

MASTERARBEIT
(Masterthesis)

**„Suchtprävention in Ausbildungsbetrieben und Bildungseinrichtungen“
Grundlagen der Konzeptionalisierung eines Seminarkonzepts
zur Schulung von Verantwortlichen**

- Ein Praxismodul der betrieblichen Suchtprävention -

von
Norbert Beuchel-Wagner

Masterstudiengang Suchthilfe KFH NW Köln / Kurs 2, Matr.Nr. : 277038

Norbert Beuchel-Wagner
Bürdenbacher, Str. 7
56593 Niedersteinebach
Tel. 02687 / 2898

MASTERARBEIT
(Masterthesis)

von
Norbert Beuchel-Wagner
im Masterstudiengang Suchthilfe KFH NW Köln / Kurs 2, Matr.Nr. : 277038

vorgelegt bei:

1. Prüfer
Wolfgang Scheiblich
Dipl.Theol. , Dipl. Soz.-arb.
Leiter Drogenhilfe
SKM e.V. Köln
Große Telegraphenstr. 31
50676 Köln

2. Prüfer
Herbert Feser
Prof.Dr.phil. , Dipl.Psych.
Wodanstr. 24
51107 Köln

Thema der Arbeit:

**„Suchtprävention in Ausbildungsbetrieben und Bildungseinrichtungen“
Grundlagen der Konzeptionalisierung eines Seminarkonzepts zur Schulung
von Ausbildungsverantwortlichen**

Ein Praxismodul der betrieblichen Suchtprävention bestehend aus:

Herleitung und theoretische Begründung des Themas, Grundlagen

- zur Sucht,
- zur Suchtprävention,
- zur strukturellen betrieblichen Suchtarbeit,
- zu Beratung, Hilfen, Interventionen

Manual zur praktischen Seminararbeit in 3 Modulen bestehend aus :

- Seminar-design,
- Hinweisen für TrainerInnen,
- Theorie-Inputs,
- Übungen und Arbeitsblätter zu den Themen
- TeilnehmerInnenmaterialien, Handouts

Anlagen zur Arbeit / Anlagen zum Manual / Powerpointfolien

Gliederung		Seite
1.	Vorwort	7
	Persönliche Ausgangslage und Motive zur Bearbeitung des Themas: „Ernüchternde betriebliche Erfahrung“, persönliche professionelle Vorerfahrung zur Thematik.	
2.	Einleitung	9
	Das Konzept der Masterarbeit Die Masterarbeit als Produkt Begründung der Seminarinhalte Suchtprävention für Betriebe und Bildungsträger	
Hauptteil		
3.1.	Teil 1 Grundlagen der Konzeptionalisierung	13
	Theoretische Herleitung und Hintergründe der drei Themenbereiche A-C	
3.1.1	A Grundlagen der Suchtentstehung, des Suchtverlaufs, Grundlagen der Behandlung	13
	3.1.1.1. Epidemiologie der Alltags Süchte Verbreitung, Konsummuster, Folgen	13
	3.1.1.2. Suchtentstehung, Erklärungsmodell	20
	3.1.1.3. Diagnose von Sucht und abhängigem Verhalten	21
	3.1.1.4. Formen der Behandlung	30
	3.1.1.5. Rückfälligkeit, Rückfalltheorie	33
	3.1.1.6. „Neue Süchte“ z.B. Anabolikamissbrauch, Internetsucht, Essstörungen und Cannabisboom	37
	3.1.1.7. Suchtprävention, Formen, Modelle, Erfahrungen	43
3.1.2	B Sucht im Betrieb / - in der Einrichtung	50
	3.1.2.1. Strukturelle Hilfen, Prävention im Betrieb	50
	3.1.2.2. Geschichte und Entwicklung	57
	3.1.2.3. Strukturelle Formen der betrieblichen Suchtarbeit	59

3.1.3	C Beratung und Hilfe im Ausbildungsbetrieb, Formen und Inhalte der Beratung,	65
3.1.3.1.	Bewährte Angebote und bisherige Erfahrungen Hilfe im Verbund / Vernetzung	65
3.1.3.2.	Motivierende Gespräche in der Praxis Kurzinterventionen / Hilfe und Beratung für Auszubildende	68
3.1.3.3.	Suchtgefährdung beim Leitungspersonal Sonderfall oder Gefahr für das System	70
3.1.3.4.	Beratungssetting in der außerbetrieblichen Berufsausbildung - Besonderheiten von Intervention und Hilfe	72
3.2.	Teil 2 dreiteiliges Manual für drei Seminarmodule (1- 3) Das konzeptionalisierte Seminarmodell als ausgeführtes Manual	75
3.2.1.	Aufbau des Manuals	76
3.2.1.1.	Informationen für die TrainerInnen	77
3.2.1.2.	Überblick über das Curriculum / - die Module	82
3.2.1.3.	Sonderfall Bildungseinrichtung	85
3.2.1.4.	Arbeitsfeld Benachteiligtenförderung Konzepte und Maßnahmemodelle	86
3.2.1.5.	Welche Vorinformationen haben die TeilnehmerInnen des Seminars?	88
3.2.2.	Modul 1 Modulthema: Grundlagen der Suchtarbeit Suchtentstehung, Formen der Sucht, Grundlagen der Veränderung, Angebotsformen der Behandlung. Zeitraumen : 1 ½ Seminartage	90
3.2.2.1.	Seminarplanung / Roter Faden Modul 1	91
3.2.2.2.	Grundlagenvortrag Sucht Abhängigkeit Drogen, Suchtverlauf, Übungen	94
3.2.2.3.	Sucht im Jugendalter / in der Ausbildung Theorieinput / Übung	98

3.2.2.4.	Identitätsmodell der integrativen Therapie Theorieinput / Übung	101
3.2.2.5.	Netzwerkdiagnostik mit den Elementen Soziales Atom und Methode Netzwerkdiagramm Theorieinput / Übung	104
3.2.2.6.	Netzwerkkonferenzen Theorieinput / Übung	109
3.2.3.	Modul 2 Modulthema: Betriebliche Suchtprävention Präventionsort Betrieb –Strukturelle Maßnahmen- Stufen- bzw. Interventionsplan, Qualitätsstandards Zeitraumen : 1 ½ Seminartage	112
3.2.3.1.	Seminarplanung / Roter Faden Modul 2	113
3.2.3.2.	Präventionsort Bildungseinrichtung - Suchtfördernde und suchthemmende Faktoren vor Ort Theorieinput / Übungen - Gesundheitsförderung im Betrieb mit Gesundheitszirkel - Arbeitskreis Suchtprävention - Implementierung von struktureller Suchtprävention - Stufenplan / Interventionskette - Betriebsvereinbarung - Suchtbeauftragte/er / Kontaktpersonen Theorieinput / Übung	114
3.2.3.3.	Angebote der Prävention Methoden u. Projekte Methodenmarkt / Übung	126
3.2.3.4.	Rauschbrillen - Alkoholprävention mit Auszubildenden	128
3.2.3.5.	Freizeit- und Erlebnispädagogik in der Ausbildung Übungen und Spiele	135
3.2.3.6.	Lebenswelten suchtblasteter Jugendlicher Theorieinput / Übungen	141
3.2.4.	Modul 3 Modulthema: Beratung, Begleitung, Kurzintervention; Umgang mit Suchtgefährdeten und Suchtkranken Zeitraumen : 2 Seminartage	145

3.2.4.1.	Seminarplanung / Roter Faden Modul 3	146
3.2.4.2.	Veränderung ist ein Prozeß Theorieinput / Übungen	147
3.2.4.3.	Thema: Beratung / Setting Theorieinput / Übungen	152
3.2.4.4.	Ambivalenz Theorieinput / Übungen	163
3.2.4.5.	Diskrepanzen Theorieinput / Übung	165
3.2.4.6	Widerstand / Reaktanz Theorie Input / Übungen	167
3.2.4.7.	FRAMES / Ein Konzept für Kurzinterventionen Theorieinput / Übung	175
4.	Zusammenfassung / Schluss	181
4.1.	Auswertungsbögen für einteiliges bzw. Mehrteiliges Seminar	182
4.2.	Dank	184
5.	Anhang	199
	Literaturliste / Audiovisuelle Medien zum Thema Linkliste zur Suchtprävention / optionale zusätzl. Handouts zum Thema / Teilnehmerliste	
	Powerpointfolien zu den Vorträgen und Übungen Von Modul 1 - 3	

1. Vorwort

Die erste „ernüchternde“ Erfahrung

Die erste erwachsene, persönliche Erfahrung mit dem Thema Arbeitswelt und schädlicher Drogenkonsum geht bei mir auf das Jahr 1983 zurück. Als junger Modellbautechniker war ich in Bad Schwalbach vor den Toren Frankfurts von einer Ingenieurgesellschaft angestellt worden. Diese hatte Ihren Hauptsitz in München mit Filialen im Rhein-Main- und im Ruhrgebiet. Die Modellbauabteilung diente vornehmlich großen Firmen der chemischen Industrie als spezieller Dienstleister im Großanlagenbau. Als Abteilungsleiter für den, in dieser Firma neuen, Bereich Architektur-, Funktions- und Messmodellbau hatte man mir vier Mitarbeiter unterstellt und zugeordnet, die als alte „Haudegen“ des Anlagen- und Rohrleitungsmodellbaus lange Jahre der Montagetätigkeit bei Großprojekten im In- und Ausland hinter sich hatten.

Diese Mitarbeiter weihten mich von Anfang an in ihr Konzept betrieblicher Feiern ein. Auf den Punkt gebracht lautete dieses Konzept ungefähr so: Ob der Kanarienvogel Eier gelegt hat, ob das Auto zum TÜV muss, ob der Neffe Kommunion hat, oder was sonst noch so im Leben passieren kann, es musste einer ausgegeben werden. Scheinbar konnte da auch kein Anlass noch so nichtig sein. Meist hatte es sich zwischen 10.00 und 11.00 Uhr schon geklärt, wer an diesem Tag an der Reihe war. Auf jeden Fall verging kein Morgen, ohne dass einer zum nahe gelegenen Geschäft unterwegs war, um Napoleon-Kola zu besorgen. Damit waren eine Flasche billiger Weinbrand Marke Napoleon und zwei Flaschen Kola gemeint. Auch ich wurde aufgefordert meinen Einstand zu geben. Mein Vorschlag einen Kuchen mitzubringen wurde ignoriert. Napoleon-Kola wurde gewünscht und da ließen sie mir auch keine Ruhe.

In Suchtdingen völlig ahnungslos machte ich mir über diese Tagesriten in meiner Firma nicht so viel Gedanken. Das änderte sich aber schnell als ich die erste Monatsabrechnung über meine Modellbauprojekte bekam. Alle Kalkulationen von mir waren über den Haufen geworfen. Viele Arbeitsstunden „meiner Abteilung“ belasteten die Modelle. Der Fortgang der Arbeiten war jedoch sehr gering. Wurde vormittags noch gemütlich gearbeitet, so schien am Nachmittag die Arbeit vollends zu stagnieren. Ich wusste mir zunächst nicht anders zu helfen als am Feierabend meine Stundenkarte zu stempeln und dann bis tief in die Nacht die Modelle ohne Stundenberechnung weiterzubauen. Ich war ziemlich ratlos und sprach mit den Kollegen. Ich fragte sie, ob sie bei ihren Aufgaben Unterstützung von mir gebrauchen könnten. Eine Änderung des Verhaltens und eine bessere Produktivität konnte ich jedoch in den nächsten Tagen nicht feststellen. Es dauerte ein bisschen bis mir klar wurde, dass der Alkohol, diese Napoleon-Kola-Kultur, an der Situation schuld war. Ich ging zu meinem Chef und die Kollegen wurden in den nächsten Tagen abgezogen und auf Großprojekte im Ruhrgebiet verteilt. Ich bekam zwei andere Kollegen zugeteilt und zu dritt (statt zu fünft) brachten wir die nächsten Projekte gut in der kalkulierten Zeit zu Ende.

Bei mir blieb noch lange ein Unbehagen über diese Vorkommnisse zurück. Ich konnte mir das Verhalten dieser Kollegen nicht so recht erklären doch die Erleichterung über diese Radikallösung war größer als meine Schuldgefühle. Erst Jahre später bei meinen ersten Gehversuchen mit betrieblicher Suchtprävention machte ich die Erfahrung, dass meine Geschichte beileibe kein Einzelfall ist und das solche „Feierfreude“ in vielen Betrieben normal ist. Mit ähnlichen Folgen für die Produktivität und vergleichbarer Schädigung für die Unternehmen.

Persönliche Ausgangslage und Motive zur Bearbeitung des Themas, professionelle Vorerfahrung zur Thematik.

Das Thema **Suchtprävention in der Ausbildung** hat in meinem Berufsleben schon lange eine wichtige Rolle gespielt. Von 1984 bis 1987 war ich in einem Modellversuch des Bundesinstituts für Berufsbildung als Ausbildungsberater für Betriebe und für Ausbildungsbegleitung von jungen Auszubildenden beschäftigt. Es handelte sich um Jugendliche im Übergang von der Schule zum Beruf die alle Sorten von Benachteiligungen auf sich vereinten und die Hilfe dabei benötigten, normalen Anforderungen in den Betrieben standzuhalten. Der Konsum von illegalen und legalen Drogen gehörte zu den Problemen dieser jungen Leute.

Von 1987 bis 1989 war ich im Anschluss an oben genannten Modellversuch im Arbeitsamtsbezirk Bergisch Gladbach als Berater und Betreuer von Ausbildungs- und Bildungsabbrechern beschäftigt. In Kooperation mit Betrieben und den zuständigen Stellen (Kreishandwerkerschaft und IHK Rhein-Berg) war es das Ziel meiner Tätigkeit Abbruchprävention in Betrieben durchzuführen und Ausbildungsabbrecher schnell wieder in Ausbildung zu bringen.

Beide Aufgaben brachten mir viel Einblick in betriebliche Ausbildungsanforderungen und in die Schwierigkeiten, die manche Auszubildende bei der Erfüllung dieser Vorgaben hatten. **Und auch vor zwanzig Jahren waren Drogenkonsum bei den jungen Menschen und die Erfüllung betrieblicher Erwartungen nur schwer vereinbar.** Die weite Verbreitung von Cannabis und Alkoholkonsum bei jungen Menschen im Ausbildungsalter ist auch heutzutage keine gute Nachricht für Eltern von Auszubildenden, AusbilderInnen oder für LehrerInnen der beruflichen Schulen.

Von 1989 bis 2002 war ich Projekt- und Einrichtungsleiter in verschiedenen berufseingliedernden und berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen im Rheinland. Von 1991 bis 2002 Einrichtungsleiter der Werkstätten der Drogenhilfe Köln e.V. Auch in dieser Zeit konnte ich durch betriebliche Praktika der KlientInnen engen Kontakt zu Ausbildungsbetrieben halten. Hier war ich häufig mit durchaus berechtigten Vorbehalten gegenüber jugendlichen Drogengebern auf Seiten der betrieblichen Kooperationspartner konfrontiert. Allzu schlecht waren die Erfahrungen mancher Betriebe mit Drogen und Sucht in der Ausbildung.

Vor dem Hintergrund dieser beruflichen Erfahrungen begann ich 1996 damit für das „**heidelberger institut beruf und arbeit - hiba GmbH**“ Fortbildungsseminare für das Ausbildungspersonal in Berufsausbildungsgängen nach § 40c AFG bzw. §§ 240 ff SGB III zu planen und in Kooperation mit verschiedenen KollegInnen auch durchzuführen. Das waren dann Fortbildungsseminare die Antworten versuchten auf drängende Fragen, wie steigenden Konsum von Partydrogen oder auch Methoden der Qualitätssicherung (EFQM) in Betrieben der Benachteiligtenförderung.

In den Jahren 2000 bis 2005 konnte ich dann für hiba gmbh bundesweit 118 **Suchtbeauftragte für Ausbildungseinrichtungen** in einer zweiteiligen Fortbildung ausbilden. Mit diesen Erfahrungen aus fünf Jahren erfolgreicher Schulung und der Begleitung von Praxisprojekten vor Ort schreibe ich nun diese Masterarbeit.

Mit dieser Masterarbeit will ich die Kenntnisse aus meinem Masterstudiengang, meine Erfahrungen in betrieblicher Suchtprävention als Mitarbeiter unserer Fachstelle von 2002 bis heute und die vorher beschriebenen Kenntnisse in ein Seminarkonzept für Ausbildungsbetriebe und Bildungseinrichtungen einbringen.

2. Einleitung

Das Konzept der Masterarbeit – Die Masterarbeit als Produkt
 Begründung der Seminarinhalte
 Beschäftigung mit Suchtprävention
 für Betriebe und Bildungsträger

Das Konzept der Masterarbeit – Die Masterarbeit als Produkt

Die Masterarbeit soll als fertiges Produkt ein fünftägiges Seminarangebot in einem entsprechenden Ordner darstellen. Es soll Fachkräfte mit Erfahrung in der Seminar- und Bildungsarbeit bzw. sozialberuflichem Hintergrund befähigen, diese Fortbildung komplett durchzuführen, ohne vorher über entsprechende spezifische Fachkenntnisse der betrieblichen Suchtprävention zu verfügen. Alle Beiträge sind ausformuliert. Die Seminarunterlagen (Handouts, PPF-Folien, Arbeitsblätter usw.) verfügen über ein einheitliches Design. Praxisnahe Hinweise für die TrainerInnen des Seminarmodells sollen die Durchführung erleichtern und die Anpassung an unterschiedliche TeilnehmerInnengruppen erleichtern. Die Durchführung soll den Fachkräften unabhängig von betrieblichen oder trägerspezifischen Besonderheiten gut und erfolgreich möglich sein.

Die Modularisierung des Seminars in 3 Teile (2 mal 1 ½ und 1 mal 2 Tage) schien mir nötig zu sein, um den SeminarteilnehmerInnen aus Betrieben oder aus Bildungseinrichtungen eine Freistellung der MitarbeiterInnen überhaupt erst zu ermöglichen. Die Betriebe stehen in Konkurrenz mit anderen Betrieben und sehen sich gefordert profitabel und ökonomisch zu arbeiten. Entscheidungen zur Teilnahme an Fortbildungen müssen daher mit den betrieblichen Abläufen vereinbar sein, aber müssen auch den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der betrieblichen Notwendigkeit genügen.

Bei den Bildungsträgern / Bildungseinrichtungen ist die Lage inzwischen nicht sehr unterschiedlich. Viele Bildungsträger mussten sich von öffentlich geförderten, sozialen Dienstleistern zu „normalen“ Wirtschaftsunternehmen wandeln. Bundesweit haben schon mehr als 40 % dieser Träger die Rechtsform der GmbH (bzw. auch der gGmbH). Marktwirtschaftliche Aspekte stehen in diesen Einrichtungen deshalb auch bei der Fortbildungs- und der Förderplanung mehr und mehr im Vordergrund. So ist es für diese Unternehmen nicht mehr zumutbar einzelne KollegInnen über ganze Wochen hinweg auf Fortbildungen zu schicken. Hier soll die Aufteilung des Seminars in drei getrennte Seminarteile die Entscheidung zur Teilnahme erleichtern.

Zielgruppe des Seminarangebotes der Masterarbeit sind Fachkräfte im Personalwesen, in arbeitsmedizinischen Diensten, in der Sozialberatung und alle, die in der Berufsausbildung Verantwortung haben. In Bildungseinrichtungen und berufsfördernden Maßnahmen sind die Zielgruppe sozialpädagogische **Fachkräfte**, AusbilderInnen und LehrerInnen, die zum Teil noch in Teams zusammenarbeiten. Diese multiprofessionellen Teams waren noch in den neunziger Jahren Standard für Einrichtungen der beruflichen Bildung. In den vergangenen zwei Jahren hat sich hier eine Kehrtwendung abgezeichnet. Diese Veränderung geschieht durch neue Festlegung von Förderrichtlinien durch die Bundesagentur für Arbeit. Konzepte wie das des „**Bildungsbegleiters**“ stehen für diese Umkehr in der beruflichen Eingliederungsarbeit. Da wo früher die verschiedenen Berufsgruppen in Teams eng zusammengearbeitet haben und gemeinsam an einer ganzheitlichen Förderplanung

für ihre Klientel beteiligt waren, wird jetzt die gemeinsame Planung und Fallarbeit kurzerhand über Bord geworfen. Der Lehrer soll nur noch unterrichten, der Ausbilder nur noch ausbilden und der Sozialarbeiter(-pädagoge) soll für eine bestimmte kursübergreifende Teilnehmeranzahl den „Bildungsbegleiter“ darstellen. Biografische Kenntnisse über die TN sind nach dieser Konzeption lediglich für die „Sozialmenschen“ von Interesse. Vernetztes Arbeiten wird nur noch innerhalb des Kreises der Bildungsbegleiter möglich und vorgesehen. Der Lehrer/Ausbilder ist jetzt nur noch für die Vermittlung von Wissen und Ausbildungsinhalten verantwortlich. Auftretende Probleme werden an die Abteilung „Soziales“ delegiert.

Für die Zielgruppenfrage bedeutet dies eine tendenzielle Reduzierung auf Sozialberufler für das vorliegende Seminar-konzept. Veränderte, ungünstigere Personalschlüssel in der Berufsförderung machen aber auch das Weitergeben von Wissen und interne Multiplikatorenarbeit zunehmend schwierig. Diese KollegInnen sind sicherlich immer mehr auf Vernetzung mit externen Hilfsangeboten angewiesen.

Begründung der Seminarinhalte

Obwohl viele dieser im Vorherigen aufgelisteten Fachkräfte in den Betrieben und Einrichtungen schon über oft jahrelange Berufserfahrung in der Beratung und Förderung verfügen, gibt es bei Gesundheits- und Suchtthemen doch viele Unsicherheiten. Die konkrete Nachfrage nach Bildungsangeboten mit pädagogisch / psychologischen Inhalten wie Beratungstechnik, Diagnostik von Lernschwierigkeiten oder auch mit Kenntnissen über psychische Störungsbilder bei Jugendlichen nimmt nach meinem Eindruck stetig zu.

Ständig wachsende Anfragen von Behörden, Betrieben und Einrichtungen nach Vorträgen, Schulungen, Workshops und Fortbildungstagen erreichen die Träger für Suchthilfe und, speziell in meinem Fall, die Fachstelle für Suchtprävention. Hierbei geht es vornehmlich um die aktuellen, drängenden Fragen aus dem großen Themenbereich: Sucht, Drogen, Abhängigkeit. Aus dieser Nachfrage kann ich folgende bedarfsgerechte Schwerpunkte herleiten:

Die Betriebe und die entsendenden Einrichtungen wünschen sich für ihr Personalwesen und da speziell auch für ihre Auszubildenden kompetente AnsprechpartnerInnen für Suchtthemen. Diese sollen auch als interne Multiplikatoren tätig sein und die übrigen MitarbeiterInnen für Suchtthemen sensibilisieren, Ihre persönliche Handlungsfähigkeit bei auftretenden Suchtgefahren stärken und ihren Kenntnisstand erweitern.

Darüber hinaus wünschen sich Ausbildungsbetriebe mehr Kenntnisse über Angebote und Hilfsmöglichkeiten für suchtgefährdete und suchtkranke MitarbeiterInnen zu bekommen. Im zweiten Schritt geht es dann darum für diese MitarbeiterInnen bedarfsgerechte Hilfsangebote zu organisieren und hierbei interne und externe Kooperationsformen auf- und auszubauen.

Ebenfalls ist es ein Ziel des Seminars den Informationsstand in den Betrieben und Einrichtungen über die vielfältigen Möglichkeiten struktureller, betrieblicher Suchtprävention zu verbessern. Die Erwartungen gehen aber in Richtung der Entwicklung passgenauer, nicht aufwendiger und möglichst hilfreicher Strukturen. Einschränkend ist jedoch festzustellen, dass der häufig vorgetragene Wunsch von Leitungen nach besserem Umgang mit Suchtgefahren nun nicht bedeutet, dass dieses Thema Priorität hat. In der Realität ist es eher der Wunsch der jeweiligen Leitungen, dass sich Aufwand und Kosten struktureller Änderungen sehr gering halten sollten.

Nach meinen Erwartungen soll das hier vorgelegte Manual folgenden Kriterien genügen:

- Die Informationen und Quellen, die in dieser Arbeit vermittelt bzw. auf die Bezug genommen wird, sollen möglichst aktuell und zeitgemäß sein.
- Materialien sollten auch auszugsweise für die innerbetriebliche Weiterbildung bzw. Präventionsarbeit verständlich und nützlich sein. Da ich nicht davon ausgehe, dass jede/r LeserIn sofort in der Lage sein wird, ein Seminar anzubieten.
- Bei den Inhalten dieser Arbeit soll es sich um gut verständliches, informatives Basiswissen handeln. Für weitergehend an der Thematik interessierte KollegInnen sollen Hilfen und Hinweise für eine vertiefte Information enthalten sein.
- Angesichts der Hauptzielgruppe, der Ausbildungsbetriebe, sollte in der Arbeit auch die Bedeutung der illegalen Alltagsdroge Cannabis für Betriebe und Einrichtungen deutlich werden. Gerade weil, wie bisher bei betrieblicher Suchtprävention üblich, kritischer Alkohol- und Medikamentenkonsum im Blickpunkt der Betriebe war.
- Als weiteren bedeutsamen Punkt sollte eine vorwiegend empathische Grundhaltung gegenüber den kritische Drogen konsumierenden jungen MitarbeiterInnen vermittelt werden. Eine betriebliche Suchtprävention beschrieben werden, die auf den Grundprinzipien des MI (Motivational Interviewing), Wertschätzung, Fairness und der Förderung von allgemeiner Veränderungsbereitschaft gründet und auf die Kraft persönlicher Veränderungsmöglichkeiten setzt.

Suchtprävention für Betriebe und Bildungsträger

Über den Aspekt der persönlichen Qualifizierung von MitarbeiterInnen hinaus zeigt der Titel der Arbeit auch auf den Präventionsort Ausbildungsbetrieb und das Tätigkeitsfeld der betrieblichen Suchtarbeit. In Betrieben werden Suchtgefahren und die Folgen von Suchtmittelkonsum deutlich. Auffälligkeiten können sich zu Störungen verdichten, Abläufe behindern, die Sicherheit gefährden und ganze Arbeitsbereiche gefährden. Bei der Ursachenforschung gerät nicht nur der gefährdete, illegale Drogen konsumierende Auszubildende in den Fokus, sondern die breitere Perspektive sieht auch den Arbeitskollegen und das eigene Verhältnis zu Suchtmitteln und den Umgang mit Abhängigkeiten dabei in kritischem Licht.

Es ergeben sich dann Fragen, die den Umgang mit legalen Stoffen wie Nikotin und Alkohol und insbesondere deren Griffnähe betreffen und welche Rolle betriebliche Feierkulturen im Ausbildungsbetrieb haben. Dann muss beim Ausbildungspersonal und der Verwaltung der Betriebe mit Widerstand und Vorbehalten gerechnet werden. Der kollegiale Konsens: „Gegen die Drogen müssen wir etwas unternehmen“, gerät dann möglicherweise ins Wanken.

Im Verlauf der Seminarsdurchführung ergeben sich also Fragestellungen auf mehreren Ebenen, die auch mit einer dreiteiligen Fortbildung nur ansatzweise zu klären sind. Suchtprobleme bei Jugendlichen und erst recht bei Erwachsenen fallen nicht vom Himmel, sondern haben eine lange Vorgeschichte und es braucht auch eine lange Zeit sie zu erkennen, und vor allem dann auch zu verändern. Insbesondere unser Umgang mit den legalen Drogen Nikotin und Alkohol unterliegt mannigfaltigen gesellschaftlichen Tabuisierungen und es herrscht oft Sprachlosigkeit, wo reden helfen könnte.

Ein behutsames Vorgehen und unaufgeregte, kleinschrittige Interventionen im Ausbildungsalltag sind deshalb angeraten. Im Sinne von Qualitätssicherung sollten kleine Veränderungsschritte geplant, durchgeführt, nach einiger Zeit überprüft und dann ggf. verändert und weiterentwickelt werden. So kann sich Suchtprävention nahtlos einreihen in die oft schon vorhandenen Strukturen von TQM (Total Quality Management) und Teil einer Betriebskultur werden, die auf den Prinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung basiert.

Für Bildungseinrichtungen besteht die Chance aus der Not eine Tugend zu machen, sich Suchtprävention auf die Fahnen zu schreiben und zum Qualitätsmerkmal zu erheben. Abbruchprävention, Suchtprävention als Teil individueller Förderplanung sind nur einige Stichworte, die auch bei der Ausschreibung von neuen Maßnahmen für die Prüfer der BA (Bundesagentur für Arbeit) zum Wettbewerbsvorteil werden kann. Hier sollte deutlich werden, dass die Beschäftigung mit Prävention keine Eintagsfliege ist sondern Teil einer durchdachten Konzeption individueller Förderung.

Meine Seminarerfahrungen der vergangenen Jahre stützen all diese Annahmen. Suchtprävention im Betrieb ist erfolgreich und hilft unmittelbar Betroffenen, wenn Sie auf Konsens aller Beteiligten setzt, keinen ausschließt und berücksichtigt, dass Veränderungen Zeit brauchen, im Prozess geschehen und im Alltag begründet sein müssen.

3. Hauptteil

3.1. Teil 1 Grundlagen der Konzeptionalisierung

Theoretische Herleitung und Hintergründe der drei Themenbereiche.

3.1.1 A. Grundlagen der Suchtentstehung, des Suchtverlaufs, Grundlagen der Behandlung

3.1.1.1. Epidemiologie der Alltagssüchte

Verbreitung, Konsummuster, Folgen

Die **Epidemiologie** liefert Hinweise auf die Verbreitung von Suchtformen, die Konsummengen und auch Angaben über das Gefahrenpotential, das von den einzelnen Suchtformen bzw. auch süchtig machenden Substanzen ausgeht. Das jährlich erscheinende „Jahrbuch Sucht“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, DHS, liefert alljährlich epidemiologische Daten zu den oben genannten Themen und zeigt auch Veränderungen auf. Die DHS veröffentlicht Daten aus unterschiedlichen Untersuchungen und Forschungsquellen.

Zahlen und Fakten zum Alkoholkonsum

Alkoholverbrauch je Einwohner an reinem Alkohol
(Veränderung gegenüber dem Vorjahr: -1,9 %)

Alkoholverbrauch je Einwohner an reinem Alkohol						
Jahreszahl	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Liter / reiner Alkohol	10,6	10,6	10,5	10,4	10,4	10,2

(Quelle: Jahrbuch Sucht 2005, Meyer Christian)

Den Gesamtkonsum im Jahr 2002 kann man auf bestimmte Getränke wie folgt aufteilen: Bier 55,9 %, Wein 21,4 %, Schaumwein 4,1 %, Spirituosen 18,6 %

Bei vielen Gelegenheiten gehört in Deutschland Alkohol einfach dazu. Zur Entspannung wird ein „Gläschen“ Wein getrunken, Bei der Sportschau, die mit Freunden geguckt wird, ist der Pils-Kasten in Reichweite. Auf den guten Abschluss wird im Kasino angestoßen. Die Liste der alltäglichen Rituale lässt sich durch moderne Konsumanlässe in der Arbeitswelt wie den „Happy-Hour-Cocktail“ oder den „Sun-Downer“ ergänzen. Auszubildende und ältere Schüler treffen sich im Freundeskreis und haben, bevor sie auf Parties oder in Discos gehen, Rituale wie das „Vorglühen“ mit Alkohol entwickelt. Dazu der Feierkonsum bei Geburtstagen, Jubiläen, anderen Familienfeiern und zum Karneval bzw. Fasching. Die Liste geht weiter und weiter. Die genauen Zahlen des Alkoholmissbrauchs und der Abhängigkeit lassen sich nicht ermitteln. Im Jahrbuch Sucht der DHS sind deshalb auch nur Schätzzahlen veröffentlicht:

Konsumenten, Missbraucher, Abhängige

Schätzzahlen des IFT, München, 2005

Konsumenten, Missbraucher, Abhängige	
Riskanter Konsum:	10,4 Mio. Personen
Missbrauch:	1,7 Mio. Personen
Abhängigkeit:	1,7 Mio. Personen

(Quelle: IFT, München 2005)

Anders sieht es aus mit Zahlen der Krankenhausstatistik und Umsatzzahlen der Getränkeindustrie und des Einzelhandels. Im Folgenden daher genaue Zahlen über die Rangfolge ausgewählter EU-Staaten und anderer Länder hinsichtlich des gesamten Alkoholkonsums pro Kopf (Liter reinen Alkohols).

Rangfolge der EU-Staaten (und ausgewählter Länder) hinsichtlich des gesamten Alkoholkonsums pro Kopf (Liter reinen Alkohols) 2002		
1	Luxemburg	11,9
2	Ungarn	11,1
3	Irland	10,8
4	Tschechien	10,8
5	Deutschland	10,4
6	Frankreich	10,3
7	Portugal	9,7
8	Spanien	9,6
9	Großbritannien	9,6
10	Dänemark	9,5
11	Österreich	9,2
12	Zypern	9,1
13	Schweiz	9,0

Rangplatz unter 45 Ländern, die in genannter Quelle erfasst sind.
(Quelle: Jahrbuch Sucht 2005 / Commission for Distilled Spirits, 2004)

Mortalität

Jährlich sterben ca. 42.000 Personen, deren Tod direkt (z.B. durch Alkoholmissbrauch) oder indirekt (z.B. durch einen alkoholisierten Unfallverursacher) in Verbindung mit Alkohol steht. (Quelle: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG, Band 128, Nomos-Verlag, 2000)

Aktuelle Analysen zu alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen und Todesfällen gehen von jährlich 73.714 Todesfällen durch Alkoholkonsum allein oder durch den Konsum von Tabak und Alkohol bedingt (74 %) aus. Der Anteil an alkoholbedingten Todesfällen an allen Todesfällen im Alter zwischen 35 und 65 Jahren beträgt bei Männern 25 % und bei Frauen 13 %.

(John & Hanke, 2003, tabak- oder alkohol-attributable stationäre Behandlungen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128:1387-90)

Besondere Risiken birgt der Konsum von Alkohol im Straßenverkehr. Der ADAC meldet 2006 in seiner jüngsten Statistik, dass junge FahrerInnen jeden dritten Alkohol-Verkehrsunfall verursachen. Die 18- bis 24-jährigen sind für einen unverhältnismäßig hohen Anteil an Alkoholunfällen verantwortlich. Hier die Zahlen zum Alkohol im Straßenverkehr aus dem Jahrbuch Sucht 2005:

Alkohol im Straßenverkehr					
Jahreszahl	1999	2000	2001	2002	2003
Alkoholunfälle	28.350	27.375	25.690	25.333	24.245
Dabei getötete	1.144	1.022	909	932	817
Alkoholisierete Beteiligte	28.769	27.749	26.023	25.701	24.554
Darunter Frauen	2.709	2.696	2.459	2.637	2.472
Darunter Männer	25.999	24.987	23.517	23.023	22.032
PKW-Fahrer	18.089	17.555	16.156	15.975	14.665
Mittlere BAK Promille	1,62	1,61	1,60	1,60	1,60

(Quelle: Jahrbuch Sucht 2005 / Bundes-Anstalt für Straßenwesen)

Morbidität

Schätzungen zur Morbidität auf Basis der Krankenhausdiagnosestatistik des Jahres 1997 ergaben, dass 2,0 % (Frauen: 0,9 %, Männer: 3,4 %) der stationären Behandlungsfälle dem Konsum von Alkohol allein und 3,5 % (Frauen: 1,4 %, Männer: 5,7 %) dem Konsum von Tabak und Alkohol zuzurechnen sind.

(Quelle: Hanke & John, 2003)

Volkswirtschaftliche Kosten

Die Kosten alkoholbezogener Krankheiten werden pro Jahr auf ca. 20,6 Mrd. € geschätzt. Der größte Teil des volkswirtschaftlichen Schadens bezieht sich mit ca. 7 Mrd. € auf die alkoholbezogene Mortalität.

(Quelle: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG. Band 128, Nomos-Verlag, 2000)

Der Krankenhausstatistik des Jahres 1997 zufolge waren 2,0 % (Frauen 0,9 %, Männer: 3,4 %) der stationären Behandlungsfälle dem Konsum von Alkohol allein und 3,5 % (Frauen: 1,4 %, Männer: 5,7 %) dem Konsum von Tabak und Alkohol zuzuschreiben (Hanke & John, 2003).

Berücksichtigt man weiterhin die bei alkohol- oder tabak-attributablen Diagnosen um einen Tag erhöhte Liegedauer der Patientinnen, dann ergeben sich für das Jahr 1997 Behandlungskosten in Höhe von 2,7 Mrd. Euro.

(Quelle: Hanke, M. und John, U. (2003) tabak- oder alkohol-attributable stationäre Behandlungen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128:1387-90)

Alkohol in der Arbeitswelt

Im Betrieb ist das Thema Alkohol immer wieder auch ein Thema unter Kolleginnen und Kollegen. Man erlebt das Gegenüber in Bezug auf seinen Alkoholkonsum als gefährdet oder als „normal“. Im schlimmsten Fall vermuten wir bei KollegInnen eine Abhängigkeit. In einer Schrift des HVBG (Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften) werden folgende Zahlen zum Konsum in der Arbeitswelt veröffentlicht. Hier wird davon ausgegangen dass:

- 5** Prozent abstinent sind,
- 80** Prozent als Normalkonsumenten anzusehen sind,
- 10** Prozent der Beschäftigten als gefährdet gelten und
- 5** Prozent bereits sichtbar alkoholabhängig und krank sind.

Die Chance für ArbeitnehmerInnen sich selbst im Normalbereich wiederzufinden ist also relativ groß.

In seinem Buch „**Alkohol und Arbeit**“ liefert Klaus Dietze 1992, der sich im Vorfeld kritisch gegen übertriebene Zahlenangaben und fragwürdige Statistiken des Suchtbereiches abgrenzt, u.a. folgende Zahlen zum Alkoholkonsum:

„Es soll in Deutschland 1,5 bis 2 Millionen Alkoholranke geben. Gehen wir von 1,5 Millionen aus, dann sind das etwa 2,5 Prozent der Gesamtbevölkerung.“

Und als **volkswirtschaftliche Rahmendaten** beziffert er u.a.:

- „Alkoholsteueraufkommen sechs Milliarden DM,
- volkswirtschaftlicher Gesamtschaden ca. 30 Milliarden DM (ein Autor kommt sogar auf unglaubliche volkswirtschaftliche Kosten von 162 Milliarden DM allein für angenommene 1,8 Millionen Alkoholranke).“

Zahlen und Fakten zum Nikotin-/ Tabakkonsum

Im Folgenden einige Zahlen zum Nikotinkonsum. Nikotin ist geraucht eine extrem schnell wirkende Substanz. Bereits ca. 7 Sekunden nach einem tiefen Zug aus einer Zigarette erreicht das Nikotin über den Blutkreislauf das Gehirn. Nikotin ist eine Substanz, die im Gehirn polare Wirkungen verursachen kann. Sie wirkt sowohl beruhigend als auch anregend.

Trotz immer mehr Gebäuden, Räumen und Einrichtungen, die zu Nichtraucherzonen erklärt werden, ist Rauchen immer noch sehr weit verbreitet und die tödlichste Droge in Deutschland. Hier einige Zahlen zum Problem:

Ausgaben für Tabakwaren				
1999	2000	2001	2002	2003
21,1 Mrd. €	21,1 Mrd. €	21,6 Mrd. €	23,3 Mrd. €	23,2 Mrd. € (- 0,3%)

Um das gesellschaftliche Suchtverhalten vollständig zu beschreiben, muss der hohe Nikotinverbrauch berücksichtigt werden, der nach Einschätzung von Experten jährlich mehr Todesopfer fordert als alle anderen Drogen zusammen.

Tabak: Pro-Kopf-Verbrauch (je Einwohner und Jahr)					
	2000	2001	2002	2003	2004
Zigaretten	1699 Stück	1733 Stück	1761 Stück	1607 Stück	1354 Stück

(Quelle: Statistisches Bundesamt)

2004 wurden in Deutschland 111,7 Mrd. Zigaretten geraucht. Dies entspricht einer Abnahme um -15,8 %, gegenüber 8,6 % im Jahr zuvor.

(Quelle: Statistisches Bundesamt)

Tabaksteuern in Mrd. € und Veränderung in % zum Vorjahr (2003/2004)				
2000	2001	2002	2003	2004
11,5	12,1	13,8	14,095	13,626 (-3,3 %)

(Quelle: Statistisches Bundesamt)

Die Tabaksteuer stellt nach der Mineralölsteuer die zweitwichtigste Einnahmequelle unter den Verbrauchssteuern für den Bundeshaushalt dar.

Anteil der Raucher

Seit 1992 ging der Raucheranteil bei Männern um 3,6 % zurück, bei Frauen stieg er um 0,6 %. Der Anteil der Raucher beträgt 39 % bei den Männern und 31 % bei den Frauen. Hochgerechnet auf die Bevölkerung (18 bis 59 Jahre) sind dies 16,7 Mio. Raucher (9,5 Mio. Männer und 7,2 Mio. Frauen), von denen 5,8 Mio. (35 %) starke Raucher (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) sind. Die meisten Raucher finden sich in der Altersgruppe der 18 bis 20-Jährigen (45 %).

(Quelle: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen ... 2000, Sucht - 47, Sonderheft 1)

Tabakabhängigkeit

Das Institut für Suchtforschung (IFT) in München schätzt, dass im Jahr 2005 ca. 13,1 Mio. Personen Tabak riskant konsumierten. Bei manifester Tabakabhängigkeit schätzt das IFT, dass ca. 4,3 Mio. Personen davon betroffen sind. Batra und Fagerström kommen (nach Kriterien des ICD-10) auf noch höhere Prozentzahlen: Etwa **70 bis 80 % der Raucher seien nikotinabhängig**, 8 bis 9 Millionen Männer und 5 bis 6 Millionen Frauen.

Mortalität

Tabakrauchen ist im Vergleich aller Krankheitsbilder die Todesursache Nummer 1 in Deutschland. Nach Welte et al. (Quelle: Welte et al., 2000) sind 1993 rund 117.000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten gestorben. Das waren bei den Männern 22 % aller Todesfälle und bei den Frauen 5 % aller Todesfälle. Andere Zahlen sind die von Ruff (Ruff et al., 2000). Sie ermittelten für 1996 137.000 tabakbedingte Todesfälle. John und Kanke ermittelten für das Jahr 1997 (Quelle: John und Hanke, 2001) sogar 143.000 tabakbedingte Todesfälle. Man kann also von 110.000 bis über 140.000 Tote durch Rauchen ausgehen. Todesursache Nr.1 sind durch Tabakrauchen verursachter Tod durch Herzinfarkt oder Schlaganfall. Lungenkrebs folgt dicht auf als zweitwichtigste Todesursache.

Morbidität

Zu den Toten kommen noch ca. 100.000 Personen, die durch von Rauchen verursachte Krankheiten zu Invaliden werden. Da sind andere Krebsarten zu erwähnen wie der Kehlkopfkrebs, Nieren- oder Prostatakrebs. Neben Krebserkrankungen können Zellpartien durch Mangel durchblutungen erkranken. Es kommt zum Gewebeerfall mit zum Teil dramatischen Folgen (Raucherbein).

Zahlen und Fakten zur Medikamentenabhängigkeit

So gut wie jeder von uns nimmt im Laufe des Jahres hin und wieder Medikamente. Untersuchungen zeigen, dass die Mehrzahl der Menschen beim Arztbesuch die Verschreibung von Medikamenten als sehr positiv einstufen. In anderen europäischen Ländern werden bei Besuchen in Arztpraxen deutlich weniger Medikamente verordnet. Ob Kinder, Jugendliche oder ältere Menschen, es ist festzuhalten, dass die Deutschen sehr schnell zu Medikamenten greifen. Meist sind wir schlecht über Wirkungen und Nebenwirkungen dieser Medikamente informiert. Anders als bei chronisch kranken Menschen, die oft auf die regelmäßige Einnahme von Medikamenten angewiesen sind, sind wir bereit sogenannte Life-Style-Präparate auch zu nicht unbedingt medizinischen Zwecken zu gebrauchen.

Medikamente mit Abhängigkeitspotential

Laut Jahrbuch Sucht 2005 haben ca. 4-5 % der gebräuchlichsten, verschreibungspflichtigen Medikamente psychotrope Wirkung und sind in der Lage ein eigenes Suchtpotential zu entwickeln. Alle psychotropen Arzneimittel wie z. B. Barbiturate (Schlafmittel) und Tranquilizer vom Benzodiazepin- und Barbitursäure-Typ, zentral wirkende Schmerzmittel, Codeinhaltige Medikamente oder auch Psychostimulantien sind in Deutschland rezeptpflichtig. Etwa ein Drittel dieser Medikamente werden nicht wegen medizinisch dokumentierter Erkrankung konsumiert. Sie dienen vielmehr der Aufrechterhaltung von Sucht und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen. Wie in der nachfolgenden Tabelle deutlich wird, spielen die Medikamentengruppe der Benzodiazepine (z.B. Valium, Tavor, Lexotanil) und der Benzodiazepinhaltigen

Derivate eine gewichtige Rolle. Benzodiazepine machen relativ schnell abhängig. Es handelt sich um problematische Substanzen. Bei einer Untersuchung über die genauen Todesursachen von Drogentoten wurde in über 90% aller Todesfälle neben Opiaten auch der Wirkstoff Benzodiazepin nachgewiesen. Benzodiazepinhaltige Medikamente (z.B. Rohypnol) werden wie illegale Drogen in der Szene gedealt. Auch wenn die Zahl der Diazepam-Verordnungen zurückgeht, so geht von diesen Substanzen doch eine große Gefahr aus. Langzeitfolgen sind Zunahme von Ängsten und Depressionen, Veränderung der Persönlichkeit und Verflachung der Gefühle.

Umsatz der psychotropen Medikamente			
Präparatgruppe	Verkaufte Packungen in Mio. (gegenüber Vorjahr)	Industrieumsatz in Mio. €	Apothekenumsatz in Mio. €
Schlaf- und Beruhigungsmittel, Benzodiazepin-Derivate, die benzodiazepinähnliche Stoffe oder pflanzliche Stoffe (39 %) enthalten	32,3 (-8 %)	etwa 136	etwa 300
Tranquilizer, Benzodiazepine (z.B. Valium)	13,0 (-10 %)	etwa 42	etwa 140
Schmerzmittel, einschl. Mittel mit Kodein und Koffein,	152	gesamt etwa 530	gesamt etwa 1.100 (1,1 Mrd.)
davon nichtrezeptpflichtige (81,1 %) rezeptpflichtige (18,9 %)	123 29		
davon Betäubungsmittel	4,4		
		457	600 <small>N.B.-W.</small>

(Quelle: Jahrbuch Sucht 2005, Neuland 2005 / Glaeske, Janhsen 2002 und 2003)

Bei süchtigem Langzeitgebrauch von Medikamenten, kann es zu paradoxen Wirkungen kommen. D.h. sonst beruhigende, dämpfende Medikamente führen zu gesteigerter Unruhe und/oder Schlaflosigkeit.

Hohes Suchtpotential haben auch Appetitzügler und Schlankheitsmittel, die zur Drogengruppe der Stimulanzien gehören. Diese Medikamente (z.B. Recatol) sind Amphetaminhaltig und werden meist von jungen Frauen in Verbindung mit Essstörungen missbraucht. Sie wirken euphorisierend und leistungssteigernd und können bei Missbrauch zu Angst mit Herzrasen, Schlafstörungen und extremen Stimmungsschwankungen führen. Illegale Drogen wie Ecstasy oder Speed (Amphetamine) werden auch zur Gewichtsregulierung benutzt mit ganz ähnlichen Reaktionen und Risiken. Auch diese Medikamente können die Unfallgefahr hochschrauben. Sie führen zu Fehlreaktionen, Überheblichkeit und Überschätzung.

Gesamtumsatz Arzneimittelpackungen					
	2000	2001	2002	2003	2004
Arzneimittelpackungen	1,59 Mrd.	1,66 Mrd.	1,65 Mrd.	1,60 Mrd.	1,49 Mrd.
Gesamtumsatz in Mrd. €	ca. 26,9 €	30,67 €	32,50 €	34,50 €	32,89 €
					<small>N.B.-W.</small>

(Quelle: Jahrbuch Sucht 2005, Neuland 2005)

Der Pro-Kopf-Umsatz lag in Deutschland damit bei etwa 423 Euro für etwa 18 Packungen. Davon entfielen 353 € auf verordnete Mittel und 70 € auf Mittel, die im Rahmen der Selbstmedikation erworben wurden. Das sind durchschnittlich 1.100 Tabletten, Kapseln, Zäpfchen oder Dosierungen anderer Zubereitungen pro Kopf.

Diese Mengen sind aber stark alters- und geschlechtsabhängig. Ältere Menschen und Frauen (häufig Benzodiazepine) nehmen gegenüber diesen durchschnittlichen Mengen 2 bis 3mal so viele Arzneimittel, vor allem verordnete. Mit diesen Ausgaben liegt Deutschland auf Rang 3 weltweit nach den USA und Frankreich vor Japan, Italien, Österreich und Spanien.

Zahl der Medikamentenabhängigen

In Deutschland gibt es ca. **1,3 -1,4 Millionen Medikamentenabhängige**.

Davon geschätzte 1-1,1 Millionen Abhängige von Benzodiazepinderivaten, 300.000 von anderen Arzneimitteln.

(Quelle: Schätzung der DHS; Glaeske, Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, Jahrbuch Sucht 2005, Neuland 2005)

Das Institut für Therapieforschung (IFT) in München, schätzt für 2005 die Zahl der **Medikamentenabhängigen auf 1,9 Millionen Personen**.

Für die betriebliche Suchtarbeit sind Medikamente nicht nur wegen ihrer süchtigmachenden Potenz von Bedeutung sondern genau wie Alkohol oder illegale Rauschmittel bedeuten sie, auf der Arbeit eingenommen, eine sehr große Unfallgefahr und Einbußen an Produktivität. Fahrten zur Arbeit oder andere Dienstfahrten unter dem Einfluss von Medikamenten können schnell tödlich enden.

Jugend und Sucht

Es gibt wenig untersuchtes Zahlenmaterial zu Jugend und Sucht. In der Folge eine Übersicht über wichtige vorhandene Zahlen, Fakten und **Forschungsergebnisse**:

(Quelle: Zahlen und Fakten aus DHS, 2003,: Schwerpunkt Jugend und Sucht / www.ausweg.de)

- Laut Drogenaffinitätsstudie (12-25-jährige) der BZgA 2002 sind Alkohol und Nikotin die am häufigsten konsumierten psychoaktiven Substanzen. 92 % der Altersgruppe haben Alkohol probiert und mehr oder weniger häufig getrunken.
- Zwischen 14 und 15 (Neuere Ergebnisse sprechen vom Einstiegsalter 12) Jahren liegt der Zeitpunkt an dem Jugendliche Alkohol probieren. **14% der Altersgruppe 12-25 trinkt pro Woche mehr als 120 Gramm reinen Alkohol. (Das entspricht ca.12 ausgeschenkten Schnäpsen)**
- 40 Prozent der Jugendlichen hatten einen Alkoholrausch. Allerdings hatten 21 Prozent diese Missbrauchserfahrung sechsmal oder häufiger. 56 Prozent der 16 bis 17-Jährigen gaben an, im letzten Jahr betrunken gewesen zu sein.
- 38 % der Jugendlichen rauchen. 22 % sind ständige Raucher/innen, 15 % sind Gelegenheitsraucher/innen. Die Raucherquote ist von 1993 – 2001 bei den 12 – 17-Jährigen gestiegen.
- **27 Prozent (mehr als ein Viertel) der Jugendlichen von 12-25 Jahren haben mindestens einmal illegale Drogen genommen.** 26 Prozent haben Cannabis-Erfahrung, 4 Prozent Ecstasy, 3 Prozent Amphetamine (Speed u.Ä.), 2 Prozent jeweils Kokain oder LSD, 0,3 Prozent Heroin und 0,2 Prozent Crack.
- **Angestiegen ist die Zahl der Cannabis-Erfahrenen. Das Einstiegsalter bei Cannabiskonsum ist auf 16,7 Jahre gesunken.** Die Bereitschaft, Cannabis

abzulehnen, nimmt ab. Die Provierbereitschaft bei Amphetaminen, LSD und Ecstasy nimmt zum Teil stark zu.

- **Trinkexzesse** (sog. binge-drinking) nehmen bei Jugendlichen zu. Schon 13-jährige gaben nach einer europaweiten Studie an, öfter betrunken gewesen zu sein. 10 Prozent der 12 – 24-Jährigen zeigen missbräuchliche Konsummuster, sechs Prozent abhängige Konsummuster (Holly et.al. 1997)
- Nach einer Untersuchung der UNI-Bielefeld sind schon im Grundschulalter Medikamente mit leistungssteigernder bzw. scherz-stillender Wirkung weit verbreitet.
Im Alter von 12 Jahren muss bereits mit 5 Prozent regelmäßigen alkoholtrinkenden und 7 Prozent regelmäßig rauchenden Schüler/innen gerechnet werden.

Zusammenfassend kann hier festgestellt werden, dass im Alter der Ausbildungsreife keine geringe Zahl von Jugendlichen bereits manifeste Abhängigkeit entwickelt haben. Für die Auszubildenden in Bildungseinrichtungen und schulischen Ausbildungsgängen kommt hinzu, dass viele der Teilnehmer/innen über die psychoaktiven Substanzen und ihre Risiken wenig informiert sind. Besonders beim häufigen Mischkonsum von Substanzen (häufig Alkohol und Cannabis und/oder Amphetamine) kann es zu großen Schwierigkeiten im psychophysiologischen Bereich kommen.

3.1.1.2. Suchtentstehung, Erklärungsmodell

Was ist Sucht?

Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Gefühls- oder Erlebniszustand. Das Ziel von süchtigem Verhalten ist entweder Lustgefühle herbeizuführen und/oder Unlustgefühle – wie Angst, Trauer, Wut – zu vermeiden. Süchtiges Verhalten ist gekennzeichnet durch Wiederholungszwang, Dosissteigerung, psychische oder physische Abhängigkeit und sehr unterschiedliche Formen von Entzugserscheinungen.

Die Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden meist synonym verwendet.

Grundlagen / Suchtentstehung

Das biopsychosoziale Modell der Suchtentstehung

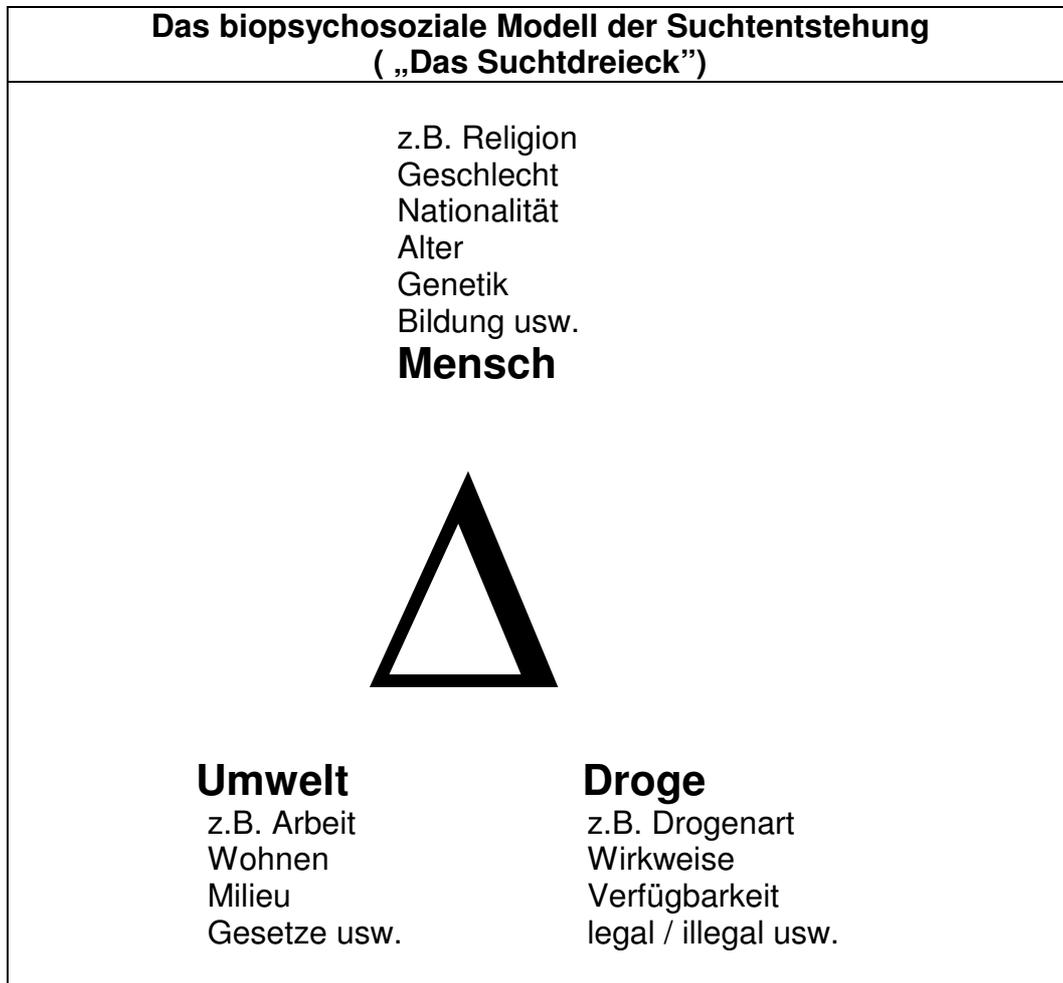
Im vorhergegangenen Text wurden viele Indikatoren mit gesellschaftlichem Hintergrund für die Entstehung von Suchtgefahren und süchtigem Verhalten benannt. Im Lehrbuch der Suchterkrankungen von Gastpar/Mann/Rommelsbacher (Thieme Verlag 1999) heißt es hierzu:

„Allerdings greifen allein betrachtet diese Erklärungsmodelle zu kurz, wenn dabei psychische und physische Faktoren außer acht gelassen werden. Sind für den Einstieg in den Drogenkonsum und -mißbrauch und für den Erwerb spezifischer riskanter Konsummuster soziale Bedingungsfaktoren von großer Bedeutung, nimmt ihre Tragweite im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung ab. **Vor allem manifeste Abhängigkeit läßt sich nicht allein über soziale Aspekte erklären; psychische, biomedizinische und pharmakologische Faktoren treten hier zunehmend in den Vordergrund.**

Um die Vielschichtigkeit von Drogensucht hinreichend analysieren zu können, ist die Entwicklung und Verifizierung einer umfassenden Theorie notwendig, in der Abhängigkeit als **biopsychosoziales Geschehen** verstanden wird, bei dem soziale, kulturelle und gesellschaftspolitische, aber auch psychologische, physiologische und pharmakologische Bedingungsfaktoren ineinandergreifen und interaktiv wirksam

werden.”

Sucht kann danach nur als multifaktorielles Geschehen verstanden werden. Zur Illustration hat sich in der Suchtprävention das Schaubild des „Suchtdreieckes“ durchgesetzt. Es symbolisiert die Trias vieler Faktoren in den Bereichen Droge, Person und Umwelt (auch die drei M's : Mensch, Mittel und Milieu).



3.1.1.3. Diagnose von Sucht und abhängigem Verhalten

Fast die häufigste Fragestellung von SeminarteilnehmerInnen ist die Frage der Diagnose von süchtigem Verhalten. Hier besteht ein starkes Interesse an Erkenntnissen und der Wunsch an die Fachkräfte nach klaren Kriterien und klaren Antworten. Allerdings wird dieses Thema häufig aufgeworfen ohne klare Vorstellungen über die jeweilige Zielsetzung. D.h. die Frage nach dem Zweck der Diagnose – Was mache ich denn mit den Diagnoseergebnissen? – bleibt ungeklärt. In dieser Arbeit sollen übliche im klinischen Bereich erprobte Diagnoseinstrumente kurz dargestellt werden. Diese Diagnoseinstrumente sind für die klinische Diagnostik entwickelt worden und dienen als Planungsgrundlage für die Planung weiterer Schritte einer Heilbehandlung (Therapie). Aber auch im klinischen Bereich ist die Zuordnung eines beobachteten Verhaltens zu bestimmten Diagnosekategorien nur

der erste Teil eines diagnostischen Prozesses. Insgesamt hat sich im Suchtbereich eine Diagnostik durchgesetzt, die viele Methoden berücksichtigt, um möglichst viele Informationen über den oft langfristigen Prozess der Entstehung und Ausbildung süchtigen Verhaltens zu bekommen und hierbei möglichst viele Informationsquellen zu nutzen.

Angelica Müller (in F. Tretter u. A. Müller: Psychologische Therapie der Sucht) schreibt hierzu:

„Vor jeder Therapie ist deshalb eine differenzierte Diagnostik erforderlich. Nach Zuordnung zu einer Kategorie nach DSM-IV bzw. ICD-10 wird im Sinne der Prozessdiagnostik eine die Interventionen begleitende diagnostische Arbeit geleistet, um Veränderungen feststellen zu können, Entscheidungen zu korrigieren oder zu ergänzen und das diagnostische Urteil einer kontinuierlichen Überprüfung zu unterwerfen. Diagnostik ist dann als fortschreitender Erkenntnis- und Änderungsprozess zu verstehen, bei dem gezielt Interventionen eingesetzt werden, die den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen sollen ...

Diagnostische Arbeit kann somit verstanden werden als das Zusammensetzen eines Puzzlespiels, in dem sowohl der Behandler als auch der Patient Rollen einnehmen, die entsprechend der Qualität der Beziehung kooperativen Charakter besitzen oder eher dem Schutz der eigenen Befindlichkeit dienen.“

Die von Müller angesprochenen Instrumente DSM-IV und ICD 10 beziehen sich beide auf Phänomene der Substanzabhängigkeit, die gehäuft und nebeneinander festzustellen sind. Die Abkürzungen haben folgende Bedeutung:

ICD 10 = **I**nternational **C**lassification of **D**iseases (Dilling et al. 1992)
ICD 10 ist die Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation WHO.

DSM IV = **D**iagnostic and **S**tatistical **M**anual of Mental Disorders – DSM IV
ist die Klassifizierung der American Psychiatry Association.

Im DSM IV werden anders als im ICD 10 auch soziale Aspekte und zwischenmenschliche Probleme als Indikator für Substanzabhängigkeit mit abgefragt. Typische Kriterien nach beiden Klassifizierungen für Abhängigkeit sind:

- Kontrollverlust bzw. mangelnde Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Substanzkonsum.
- Trotz sichtbarer und fühlbarer negativer Konsequenzen wird der Konsum nicht beendet
- Drogenkonsum wie unter Zwang. Die Droge ist stärker.
- Verengung in der Lebensführung auf die Droge und deren Konsum und Beschaffung
- Bei bestimmten Substanzen (z.B. Nikotin) ist das Auftreten von Entzugserscheinungen ein hartes Kriterium für Abhängigkeit
- Toleranzentwicklung als Merkmal bedeutet geringere Drogenwirkung bei fortgesetztem Konsum gleicher Dosis des Suchtmittels und daraus resultierend der starke Wunsch nach Dosissteigerung.

Tests und Screenings, die sich auf dieses Verständnis von Abhängigkeit beziehen, sind häufig erprobt und erforscht worden. Sie haben sich als sehr valide herausgestellt. Zu nennen wäre hier der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit, der weltweit am meisten benutzt wird und sichere Ergebnisse liefert.

Bevor bei der Suchtbehandlung von einer diagnostizierten Suchtstörung gesprochen werden kann, müssen sich verschiedene Auffälligkeiten (Symptome) zu einem komplexeren Krankheitsbild (Syndrom) verdichtet haben. Ebenfalls sollten sich

mehrere Informationsarten wie z.B. Gespräch, Tests, Beobachtung, Laborwerte, Fremdanamnesen zu einer diagnostischen Gesamtschau addieren.

Diagnose der Alkoholabhängigkeit

Screening-Instrumente

(Lindenmeyer, J., Alkoholabhängigkeit, S.18 ff.)

„Da sich Menschen mit Alkoholproblemen auf Grund von mangelnder Problemsicht, illusionärer Kontrollüberzeugung oder Scham nur sehr selten und dann sehr spät von sich aus um Hilfe bemühen, kommt dem flächendeckenden Einsatz von Screeninginstrumenten in der medizinisch-psychotherapeutischen Grundversorgung für die rechtzeitige Identifizierung von Alkoholproblemen größte Bedeutung zu.“

Labortests sind teuer und eher unspezifisch und dem medizinischen Bereich vorbehalten. Universeller einsetzbar sind Fragebögen und Kurzfragebögen als Screeninginstrumente. Beispiele für Screeninginstrumente sind:

LAST = Lübecker Alkoholabhängigkeitstest- und -missbrauchs-Screening-Test (Rumpf et al., 2001) 7 Fragen

MALT = Münchner Alkoholismustest (Feuerlein et al., 1979)
24 Fragen an den Probanden, 7 Fragen an den behandelnden Arzt

Laborparameter Gamma-Gt = Gamma-Glutamyl-Transferase (Gamma-GT).
Es handelt sich um ein in der Leber lokalisiertes Enzym, das bei Schädigung der Leber ins Blut gelangt. Insofern kann eine erhöhte Gamma-GT (>28) als indirekter Indikator für einen erhöhten, leberschädigenden Alkoholkonsum angesehen werden. Erhöhte Werte können allerdings auch durchaus andere Gründe als den Alkohol haben.

ASI = Addiction Severity Index (Mc Lellan et al., 1980). Es geht um die Schwere der Abhängigkeit. Das Interview mit 161 Items dauert ca. 40 – 60 Minuten. Alle Suchstoffe mit lifetime-Prävalenz und der Konsum der letzten 30 Tage werden abgefragt. Wird sehr häufig benutzt, um die weitere Therapieplanung auf eine sichere Basis zu stellen.

TAI = Trierer Alkoholismus Inventar (Funke et al., 1987) Ein Fragebogen mit 90 Items in 7 Dimensionen, der sich auf die letzten 6 Monate des Konsums bezieht.

KAZ-35 = Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (Körkel u. Schindler, 1996). Dieser Kurzfragebogen dient der Erfassung der Zuversicht von Alkoholabhängigen, Rückfallrisikosituationen abstinenter bewältigen zu können. Er hat 35 Items in einem Fragebogen.

Sokrates = Ein Fragebogen (Miller et al., 1996) mit 19 Items, der für Arztpraxen empfohlen wird. Er bezieht sich auf MI und TTM. Er bietet eine rasche Orientierung darüber, in welcher Veränderungsphase (Precontemplation, Contemplation, Action und Maintenance) sich ein Patient befindet (deutsche Übersetzung von Wetterling und Veltrup, 1997).

Komorbidität und Folgeschäden

Neben mannigfaltigen körperlichen Beeinträchtigungen durch Substanzmissbrauch gibt es auch eine Vielzahl psychischer Folgeschäden oder parallel vorhandener psychischer Störungsbilder. Inzwischen werden im klinischen Bereich auch breite Diagnoseverfahren eingesetzt, um solche Begleitstörungen zu identifizieren. Zahlen wie die Häufigkeit von Suizidalität bei Alkoholkrankung sind alarmierend (25 % unternehmen einen Selbstmordversuch und 15 % sterben durch Selbstmord) und legen ein genaues Hinschauen und Diagnostizieren nahe.

Komorbides Vorkommen anderer Störungsbilder bei Alkoholabhängigkeit (lifetime Prävalenz) (Quelle: Lindenmeyer 1999, Alkoholabhängigkeit)	
Störungen	Prozent
Angststörungen	1-69
Affektive Störungen	20-73
Schizophrenie	2-8
Einmalige psychotische Episode (keine Schizophrenie)	43
Borderline Störung	13-54
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	14-53
Suizidversuche	25-35
Nikotinabhängigkeit	64-85
Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit	13-29
Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit von Illegalen Drogen	0,5-7,5

Alkohol Screening Verfahren AUDIT

Das Screening Instrument AUDIT wird von der WHO als das geeignete Diagnoseverfahren benannt, um Alkoholabhängigkeit festzustellen. Es wurde in den USA 1989 von Babor, Grant et al. publiziert. AUDIT steht für: – Alcohol Use Disorders Test –. Der AUDIT-Test lässt eine sehr frühe Diagnose zu. Zentral besteht der AUDIT aus Kernfragen, die vom Patienten/in beantwortet werden. Im Unterschied zu anderen Screenings erfasst der AUDIT auch Trinkmenge und Trinkhäufigkeit, Abhängigkeitssymptome und negative Konsequenzen des Trinkens wie z.B. Verletzungen. Nachfolgend der zentrale AUDIT Fragebogen, der von Wetterling und Veltrup 1997 für den Gebrauch in deutschsprachigen Ländern leicht verändert wurde (Wetterling T., Veltrup, C., 1997: Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen):

AUDIT (modifiziert) für den Gebrauch in deutschsprachigen Ländern Alcohol-Use-Disorders-Test nach Wetterling und Veltrup 1997					
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Da Alkohol vielfach zu gesundheitlichen Schäden führt, werden Sie in diesem Fragebogen nach Ihren Trinkgewohnheiten gefragt. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich, da sie Grundlage für ein ärztliches Gespräch sind. Beachten Sie bitte, daß auch Bier ein alkoholisches Getränk ist! Als Maßeinheit gilt 1 Drink = 1 Glas/Dose Bier oder 1 Glas Wein/Sekt oder ein Glas Korn, Rum, Schnaps, Weinbrand, Whisky oder ähnliches.					
Punkte:	0	1	2	3	4
Wie oft haben Sie alkoholische Getränke getrunken?	Nie	1 mal im Monat oder seltener	2 mal im Monat	3 mal im Monat	4- oder mehrmals im Monat
Wieviel Drinks trinken Sie pro Tag	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
Wie oft trinken sie 6 oder mehr Drinks pro Tag?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft hatten Sie im letzten Jahr das Gefühl, Sie könnten nicht aufhören zu trinken, wenn Sie angefangen haben?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht das tun, was von Ihnen erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft brauchten Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie vorher stark getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie im letzten Jahr nach dem Alkohol-trinken Gewissensbisse gehabt oder sich schuldig gefühlt?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie sich nicht an die Ereignisse der Nacht zuvor erinnern können, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Haben Sie sich oder einen anderen schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
Über 8 Punkte: Alkoholabhängigkeit wahrscheinlich.					

Nach Abschluss der ersten Diagnosephase stellt sich bei diagnostizierter Abhängigkeit die Frage nach der weiteren Behandlung. Hierzu hat Lindenmeyer 10 Indikationsfragen veröffentlicht:

Indikationsfragen

- **Braucht der Patient überhaupt professionelle Hilfe, um seine Alkoholprobleme zu bewältigen?**
- **Haben andere Störungen Vorrang vor einer Suchtbehandlung?**
- **Handelt es sich bei den Alkoholproblemen um eine Abhängigkeit?**
- **In welcher Veränderungsphase befindet sich der Patient hinsichtlich der Bewältigung seiner Alkoholabhängigkeit?**
- **Welches sind die wichtigsten Rückfallrisikosituationen?**
- **Bedarf die soziale Situation des Patienten therapeutischer Aufmerksamkeit?**
- **Stationäre versus ambulante Behandlung?**
- **Kurzzeit- versus Langzeitbehandlung?**
- **Welche konkreten Behandlungsmaßnahmen sind optimal für den Patienten?**
- **Welche Form der Nachsorge bzw. Nachbehandlung ist für den Patienten zur Stabilisierung der Therapieerfolge erforderlich?**

Quelle: Lindenmeyer, J., (1999 u. 2005)
Alkoholabhängigkeit, 2. überarbeitete Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen

Hinweise für den Erstkontakt

Alles was bei einem beraterischen Erstkontakt in der Interaktion zwischen KlientIn und BeraterIn stattfindet, dient neben oberflächlichem Kennenlernen beider Parteien aufseiten des/der BeraterIn auch sofort ersten diagnostischen Zwecken. Aus den Ergebnissen des Erstkontaktes leiten sich dann für die Gestaltung der Folgetermine vielleicht schon eine Auswahl differenzierter, störungsbezogener Diagnoseverfahren ab. Deshalb ist die Gewinnung von Faktenwissen und breiten Informationen über die Klientin für die weitere Beratung von Vorteil.

In folgender Auflistung sind wichtige Hinweise und Merkmale eines Erstkontaktes von J. Lindenmeyer zusammengestellt worden. Es sind die zentralen Informationen, um in der Beratung den nächsten Schritt vorzubereiten. Erfahrene Beratungspraktiker betonen gerade für den Erstkontakt die Bedeutung der guten Stimmung und aller vertrauensbildenden Interventionen. Nur ein/e KlientIn, die zum Folgetermin auch wirklich erscheint, ist dann damit zum Beratungsfall geworden. **Nach meiner Erfahrung ist ein gut strukturiertes Erstgespräch eine gute Methode sowohl Vertrauen in die Kompetenz und Ernsthaftigkeit des/der BeraterIn herzustellen als auch ein Beweis für persönliches Interesse an den Anliegen der KlientIn.**

Lindenmeyer betont, dass entpathologisieren eine gute Gesprächsstrategie ist. Dem steht die Gefahr des Bagatellisierens oder der zu starke Wunsch, das Gespräch dem /der KlientIn angenehm zu machen, gegenüber. Wichtig ist, dass der/die BeraterInn sich auch zwischendurch vergewissert, ob der/die KlientIn noch einverstanden ist.

Hinweise für Erstkontakt

Gesprächsstrategien

- Verständnis zeigen, Kompetenz vermitteln, entpathologisieren
- Primäre soziale Versorgungsnotwendigkeiten erkennen

Erstkontakt-Struktur

Eingangsfrage: „Was können wir für Sie tun?“

Freier Bericht des Patienten (und seiner Angehörigen):

Gesprächsstrategie des Therapeuten: Empathie und Verstärkung aller Gesprächsteilnehmer, Konkretisierung

Systematische Abklärung: „Darf ich Ihnen jetzt noch ein paar konkrete Fragen stellen, um sicherzustellen, dass wir nichts Wichtiges vergessen haben?“

Alkoholkonsum: bevorzugte Getränke, Menge, Trinkmuster, Entzugserscheinungen, bisherige Behandlungsversuche, Abstinenzzeiten

Soziale Situation: Ausbildung, aktuelle Arbeitssituation, Krankschreibungen im letzten Jahr

Berufliche Situation: Ausbildung, aktuelle Arbeitssituation, Krankschreibungen im letzten Jahr

Weitere Problembereiche: Besprechung des weiteren Vorgehens und Vereinbarung geeigneter Rahmenbedingungen

Quelle: Lindenmeyer, J., (1999 u. 2005)

Alkoholabhängigkeit, 2. überarbeitete Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen

Andere Diagnoseformen

Das im vorherigen Kapitel vorgestellte multifaktorielle, biopsychosoziale Modell der Suchtentstehung ist nicht nur als theoretischer Wissens- und Lerninhalt von Interesse, sondern es kann auch wie ein **Diagnosetool** eingesetzt werden. In dem Schaubild des „Suchtdreiecks“ sind die wesentlichen Themen für den Beginn einer Suchtberatung und für die Exploration einer Vorgeschichte genannt. Es bietet zudem schon über die bildliche Darstellung den Eindruck eines komplexen Gesamtgeschehens. Zum Beratungsthema gehören mehr als nur ein paar substanz- bzw. suchtbetonte Fakten. Das Suchtdreieck dient als ein möglicher Leitfaden, der für den/die BeraterIn die Gefahr des schematischen Abfragens oder des steifen Abarbeitens einer Checkliste verringert.

Selbsttests für Substanzkonsum (Broschüren usw.)

Im Berufsleben, in suchtfremden Bereichen der Sozialarbeit und im Privatleben besteht selten der sofortige Zugriff auf die vorher beschriebenen Diagnosetools. Für diese Bereiche existieren in Broschüren der BZgA, DHS und der Krankenkassen eine Vielzahl von veröffentlichten Selbsttests. So findet man zum Beispiel den Fagerström-Test in vielen Nichtraucherbroschüren. Auch Info-Material zum Thema Alkohol enthält häufig Kurztests mit entsprechender Auflösung. Dieselben Tests können heute auf entsprechenden On-line-Angeboten auch im Internet gemacht werden.

Auch für sogenannte „Normalkonsumenten“ gibt es Unsicherheiten darüber, wo die Gefährdung ansetzt und der Normalkonsum aufhört. Deshalb ist es für manche von Interesse den eigenen Alkohol- oder Tabakkonsum kritisch zu hinterfragen. (Bei Cannabis-Konsum hilft der „Kiffertest“ unter www.partyack.de). Für Alkohol gibt es einen sehr brauchbaren Selbsttest in Form eines Fragebogens, der vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München entwickelt wurde. Der Fragebogen, der aus dem AUDIT Screening abgeleitet ist, sieht wie folgt aus:

Der Selbsttest zur Alkoholgefährdung:			
<small>(AUDIT-Fragebogen, Quelle: Max-Planck-Institut, München / WHO)</small>			
Nr.	Frage	Ja	Nein
1.	Leiden Sie in letzter Zeit häufig an Zittern der Hände ?		
2.	Leiden Sie in der letzten Zeit häufiger an einem Würgegefühl (Brechreiz), besonders morgens ?		
3.	Wird das Zittern und der morgendliche Brechreiz besser, wenn sie etwas Alkohol trinken ?		
4.	Leiden Sie in der letzten Zeit an starker Nervosität ?		
5.	Haben Sie in Zeiten erhöhten Alkoholkonsums weniger gegessen ?		
6.	Hatten Sie in letzter Zeit öfter Schlafstörungen oder Alpträume ?		
7.	Fühlen Sie sich ohne Alkohol angespannt und unruhig ?		
8.	Haben Sie nach den ersten Gläsern ein unwiderstehliches Verlangen, weiterzutrinken ?		
9.	Leiden Sie an Gedächtnislücken nach starkem Trinken ?		
10.	Vertragen Sie zurzeit weniger Alkohol als früher ?		
11.	Haben Sie nach dem Trinken schon einmal Gewissensbisse (Schuldgefühle) empfunden ?		
12.	Haben Sie ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten trinken) ?		
13.	Bringt Ihr Beruf Alkoholtrinken mit sich ?		
14.	Hat man Ihnen an einer Arbeitsstelle schon einmal Vorhaltungen wegen Ihres Alkoholtrinkens gemacht ?		
15.	Sind Sie weniger tüchtig, seitdem Sie trinken ?		

16.	Trinken Sie gerne und regelmäßig ein Gläschen Alkohol, wenn Sie alleine sind ?		
17.	Haben Sie einen Kreis von Freunden und Bekannten, in dem viel getrunken wird ?		
18.	Fühlen Sie sich sicherer, selbstbewusster, wenn Sie Alkohol trinken ?		
19.	Haben Sie zu Hause oder im Betrieb einen kleinen versteckten Vorrat mit alkoholischen Getränken ?		
20.	Trinken Sie Alkohol, um Stresssituationen besser bewältigen zu können oder um Ärger und Sorgen zu vergessen ?		
21.	Sind Sie oder/und Ihre Familie schon einmal wegen Ihres Trinkens in finanzielle Schwierigkeiten geraten ?		
22.	Sind Sie schon einmal wegen Fahrens unter Alkoholeinfluss mit der Polizei in Konflikt gekommen ?		
	Auswertung / Summe der ja und nein Kreuze		

Auswertung des Fragebogens:

Jede mit „ja“ beantwortete Frage erhält einen Punkt. Die Fragen 3,7,8 und 14 erhalten jeweils vier Punkte. Bei einer Gesamtpunktzahl von sechs und mehr liegt eine **Alkoholgefährdung** vor. Der Berufsgenossenschafts- (?)Hauptverband HVBG empfiehlt dann den Besuch des Betriebs- oder Hausarztes.

Deutlich kürzer ist der folgende Kurzfragebogen zum Risikokonsum bei Alkohol bekannt geworden als „**the three best questions**“ (AUDIT-C questions, Bush et al. Arch Intern Med, 1998).

Der folgende Fragebogen geht vom sog. **Standardglas** als Maß für die Trinkmenge aus. Unter einem Standardglas wird die Alkoholmenge verstanden, die normalerweise in einem Restaurant ausgeschenkt wird (Standard-Drink = 12 g reiner Alkohol = 3 dl Bier = 1,5 dl Wein = 4cl Schnaps).

Untersuchungen zeigen, dass zu Hause häufig großzügiger mit Alkohol umgegangen wird. Besonders bei hochprozentigen Drinks wird oft sogleich die Menge von zwei Standardgläsern eingeschenkt. Schwierig ist bei Jugendlichen zurzeit der Umgang mit Cocktails. Bei fertigen Premix-Getränken ist der Alkoholanteil noch gut nachvollziehbar (zum Beispiel ca. 2 Schnäpse pro Fläschchen). Berichten von Jugendlichen kann man entnehmen, dass schon aus Kostengründen bei Feten oder Partys wieder selber gemischt wird. Mit der Folge, dass mit Spirituosen wie Wodka oder Rum sehr großzügig harte Drinks produziert werden.

Faustregel für einen unbedenklichen Alkoholkonsum:

(Quelle: Swiss Medical Association)

Männer: - nicht mehr als 2 Standard-Drinks pro Tag

- ausnahmsweise 4 Standard-Drinks pro Tag, verteilt auf einige Stunden

Frauen und Personen über 65 Jahre: - weniger als die Männer

Kurzfragebogen zum Risikokonsum bei Alkohol „the three best questions“ (AUDIT-C questions, Bush et a. Arch Intern Med, 1998)					
Punkte :	0	1	2	3	4
Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich ?	nie	1 mal pro Monat oder weniger	2 bis 4 mal pro Monat	2-3 mal pro Woche	Mindestens 4 mal pro Woche
Wie viele Gläser trinken Sie an einem Tag, an dem Sie alkoholische Getränke konsumieren ?	1 oder 2	3 oder 4	5 oder 6	7 oder 8	10 oder mehr
Wie häufig trinken Sie 6 oder mehr Gläser zu einem einzigen Anlass ?	nie	1 mal pro Monat oder weniger	2 bis 4 mal pro Monat	2 bis 3 mal pro Woche	Mindestens 4 mal pro Woche

Auflösung: Ab 6 Punkten = Risikokonsum wahrscheinlich

Vorgenanntes Kurzscreening wurde im medizinischen Behandlungskontext entwickelt. Es eignet sich aber durchaus auch als Gesprächsgrundlage für Auszubildende, Jugendliche und junge Erwachsene, um kritischen Alkohol- bzw. Mischkonsum zu beleuchten. Alkohol ist die Partydroge Nummer eins und wird auch sehr häufig in Verbindung mit Cannabis konsumiert. Es ist auf jeden Fall eine für den Klienten nachvollziehbare und objektive Gesprächsebene. Ein Testergebnis ist bei Kurzinterventionen in der Regel ein gut geeignetes Feedbackmedium (siehe FRAMES) und soll als Hilfestellung zur Selbstexploration dienen. Konfrontation ist auch bei diesem Test eher ungeeignet.

3.1.1.4. Formen der Behandlung

Therapeutische Interventionen in der Bildungseinrichtung

Für viele TeilnehmerInnen von Bildungseinrichtungen war der erste Kontakt mit einem Psychologen oft der Kontakt zum psychologischen Dienst der örtlichen Arbeitsagentur. Viele erlebten diese Tests als diskriminierend und als Teil eines „Aussortierens nach unten“. Dies kann ein Grund dafür sein, dass viele TeilnehmerInnen danach auf den ganzen Bereich Psychotherapie nicht so gut zu sprechen sind und eine Scheu vor Psychologen und Psychotherapie entwickelt haben. Für sie ist es wichtig „keine Macke“ zu haben und selbst klar zu kommen. Therapie ist zum Reizwort geworden.

Der andere Grund für wenig positive Erfahrungen könnte sein, dass Ihnen von Seiten der Psychotherapeuten auch nicht so viel Wertschätzung entgegengebracht wird.

PatientInnen – Typologisierung nach dem YAVIS- oder HOUND-Typus

Y - young	jung
A - attractive	attraktiv
V - verbal	wortgewandt
I - intelligent	intelligent
S - successful	erfolgreich

Mit dieser YAVIS-PatientInnengruppe arbeiten Psychotherapeuten (auch Lehrer?) gern und erfolgreich

H - homely	hausbacken
O - old	alt
U - unattractive	unattraktiv
N - nonverbal	nicht gut beim Verbalisieren
D - dull	dumpf

Mit dieser HOUND-PatientInnengruppe arbeiten Psychotherapeuten (auch Lehrer?) nicht so gern und nach eigenem Erleben auch nicht so erfolgreich

Das obige Schaubild zeigt kritisch die Reaktion von Psychotherapeuten auf bestimmte PatientInnengruppen auf. Junge Auszubildende aus Bildungseinrichtungen entsprechen bei oberflächlicher Betrachtung, auch wenn sie jung (Young) sind, eher der unpopulären HOUND-KlientInnengruppe. Egal ob diese Etikettierung die Auszubildenden wirklich betrifft, so ist die Beteiligung von PsychologInnen an der pädagogischen Arbeit von Bildungseinrichtungen auf jeden Fall erschwert. Das liegt nämlich auch daran, dass die Auszubildenden wenig Leidensdruck entwickeln und bei psychotherapeutischen Angeboten wenig Bereitschaft zur Mitarbeit signalisieren.

Für SozialpädagogInnen ist es daher in der Arbeit mit Auszubildenden in Bildungseinrichtungen sehr wichtig, therapeutische Techniken und therapeutische Elemente gut herzuleiten und deren Anwendung und Zielsetzung gut zu erklären. Dies gilt für auf das allgemeine Verhalten abzielende Interventionen und erst recht für solche die mit Drogenkonsum (legal oder illegal) in Bezug stehen. Verhaltenstherapeutische Ansätze und Methoden bieten SozialpädagogInnen eine Fülle von Möglichkeiten, um systematische KlientInnenarbeit zu installieren, überprüfbar zu machen und die Auszubildenden mit zu beteiligen. Solche verhaltenstherapeutischen Behandlungsformen können sein:

- durch Akzeptanz und Wärme geprägte **anamnestische Interviews und Explorationen**.
- **Sichtbare, systematisch beobachtete Verhaltensweisen dokumentieren** und als Feed-Back in die Pädagogische Arbeit einbringen. Das ist eine wichtige Methodik um z.B. Folgen von riskantem Drogenkonsum den Auszubildenden rückzumelden und damit problematische Verhaltensstrukturen zu verdeutlichen.
- **Analyse der persönlichen Rahmenbedingungen** und problemrelevanten Lebensumstände, wie dem „sozialen Netz“, Familiensituation, Wohnung, Arbeits- und Ausbildungssituation usw.
- **Analyse von Kognitionen**. Viele der von den Auszubildenden entwickelten Vorstellungen sind dysfunktional. Sie hindern die Ausbildung und können Suchtgeschehen fördern. Es geht um die Bewertung und das Erkennen der

- Struktur dieser wahrgenommenen Gefühle und Gedankengänge. Bei den TeilnehmerInnen herrscht oft ein Mangel an Bewältigungskognitionen, an Möglichkeiten der Verbalisierung oder der Vorstellungskraft.
- Vorgenannte **Kognitionen können umstrukturiert werden**. Irrationale Glaubenssätze wie z.B.: „Ohne Kiffen stehe ich die Berufsschule nicht durch“, oder: „Alle halten mich für schlecht“, können überprüft und in Frage gestellt werden. Eine realistischere und mit weniger Angst besetzte Sichtweise kann erprobt und nahe gelegt werden.
 - **Modelllernen** als Möglichkeit von den Fortschritten und Veränderungen der anderen Auszubildenden oder anderen auszuwählenden Personen zu profitieren. Wünschenswerte Verhaltensweisen werden identifiziert und es wird versucht diese nachzuahmen.
 - Ermutigen und situative Ängste analysieren ist ein wesentlicher Teil **des Selbstsicherheitstrainings**. Viele Auszubildende in Bildungseinrichtungen stehen zum Ende der Ausbildungszeit vor dem Schritt in die Berufswelt. Sie begegnen erneut Versagensängsten, mangelndem Selbstvertrauen und verfallen in Resignation und Passivität. Drogenkonsum kann in dieser Situation zur möglichen Alternative werden. Sozialpädagogik kann hier gegensteuern.
 - **Hausaufgaben** zum Abschluss von Beratungssituationen sorgen für Kontinuität in der sozialpädagogischen Beratung. Dieses verhaltenstherapeutische Element ermöglicht Erfolgskontrolle über das in den Beratungen Erreichte. Zugleich ermöglichen die Hausaufgaben einen differenzierten Einblick in die Problemlagen der KlientInnen und sind für die weitere Interventionsplanung von Bedeutung. In der Suchtberatung mit jugendlichen KonsumentInnen von illegalen Drogen haben sich solche Hausaufgaben außerordentlich bewährt. Dazu gehören: „Problemlisten“, „Entscheidungsrankings“, „Pro-Contra-Listen“, „Veränderungspläne“ oder die Ausformulierung und detaillierte Beschreibung von Risikosituationen.

Zusammenfassend wird hier der Einsatz verhaltenstherapeutischer Methodik als erfolgversprechend empfohlen. In der Bildungseinrichtung ist in der Ausbildungssituation die Zeit vorhanden, um relativ gründlich Veränderung bei den Auszubildenden anzuregen. Besonders bei missbräuchlichem und suchtgefährdendem Umgang mit Rauschmitteln ist eine frühe Bearbeitung der Thematik durch die SozialpädagogInnen einen Versuch wert. Vermittlung in professionelle Beratungsstellen verläuft wegen Schwellenängsten und mangelnder Problemeinsicht der Auszubildenden oft im Sande. Inhaltlich ist die von der Arbeitsagentur verordnete individuelle Förderplanung ohne Thematisierung und Bearbeitung gravierender Störungen sowieso auf Sand gebaut.

Die in diesem Abschnitt beschriebenen verhaltenstherapeutischen Methoden sind bei günstigen Rahmenbedingungen auch im betrieblichen Setting denkbar. Voraussetzung ist die Möglichkeit kontinuierlich zu beraten und ein entsprechender Ausbildungsstand der SuchthelferInnen / der SozialberaterInnen. Der Sinn einer Weitervermittlung in externe Beratungsstellen sollte jedoch nach einer kürzeren Clearing-Phase überprüft werden. Diese Vermittlung ist anders als in der Bildungseinrichtung im betrieblichen Setting über den Druck realer arbeitsplatzbezogener, disziplinarischer Maßnahmen auch eher durchsetzbar.

3.1.1.5. Rückfälligkeit, Rückfalltheorie

Der Rückfall ist eines der umstrittensten Themen des gesamten Suchtbereiches. In der betrieblichen Suchtarbeit finden wir häufig noch ein sehr traditionelles Verständnis von Rückfällen. Dies liegt sicherlich daran, dass schon immer viele ehemalige alkoholranke MitarbeiterInnen nach ihrer Heilung (durch Therapie) Verantwortung in der betrieblichen Suchtkrankenhilfe übernommen haben.

Was diese KollegInnen damals in ihrer Fachklinik gelernt haben, hat ja zu einer Überwindung von akuter Alkoholkrankung beigetragen. In diesen Kliniken galt (und gilt zum Teil auch heute noch) Abstinenz als der einzig gangbare Weg aus der Sucht. **Sie haben in der Therapie vermittelt bekommen, dass ein einziger Schluck eines alkoholischen Getränkes genügt, um einen bis dahin abstinent lebenden ehemaligen Alkoholiker sofort und ohne Ausnahme in die Sucht zurückzuwerfen. Fairerweise muss ich hier aber auch erwähnen, dass in solchem Glauben nicht nur ehemalige Suchtkranke gefangen sind. Auch ich habe die Geschichte von der Rückfall verursachenden „Weinbrandbohne“ lange geglaubt.**

Vorherrschend ist in diesem Fall eine konservative oder auch enge Rückfalldefinition: **Das enge Rückfallverständnis:**

- jeglicher neuer Konsum wird als Rückfall definiert
- entweder oder denken im Sinne von: Trocken ist Trocken und Rückfällig ist Rückfällig. Dazwischen gibt es nichts
- einerseits Klarheit: „Hände weg vom ersten Glas“, andererseits die Reduzierung auf 2 Extreme (verhindert die differenzierte Sichtweise von der Vielfalt von Rückfällen)

Wenn ehemals Suchtkranke rückfällig werden so kann es sein, dass sie sich durch den Rückfall in einem schockähnlichen Zustand befinden und sofort in alte, extreme Konsummuster zurückfallen. Der Rückfall führt dann zum sofortigen Absturz (major relapse) in frühere Symptomatik führen.

Aus neuerer Rückfallforschung (Körkel J. u. Lauer G., 1995 in „Sucht und Rückfall“) wissen wir, dass viele Rückfälle auch ganz anders und unterschiedlich verlaufen können. Andere Möglichkeiten sind:

- Ein Rückfallgeschehen, dass sich schleichend entwickelt. Nach und nach rutscht die Person in altes Verhalten zurück. Lange scheint Kontrolle möglich aber dann übernimmt die Substanz doch wieder die Herrschaft.
- Manche Rückfälle sind aber auch nur sehr kurze Ausrutscher, die zwar für Aufregung sorgen aber keinen Rückfall in altes Suchtverhalten auslösen.
- Manchmal gibt es kurze sich abwechselnde Phasen von rückfälligem Konsum und erneuten abstinenten Phasen. Dieser Wechsel führt dann nicht zum schleichenden Rückfall sondern zum langsamen Überwinden und Herauswachsen aus der Abhängigkeit.

Diese unterschiedlichen Verläufe machen deutlich, dass es nicht ein entweder abstinent oder total abgestürzt gibt sondern, dass vorgenannte Forschungsergebnisse eine differenziertere Betrachtung nahe legen.

Neben der „Weinbrandbohne“ werden andere Rückfallvarianten in der Fachliteratur beschrieben (z.B. Lindenmeyer):

Der Ausrutscher (laps, slip oder minor relapse)

- einmaliger kurzzeitiger Konsum (wie beim ersten Schluck)

- schwere Rückfälle erst bei Wiederaufnahme alten Sucht- und Konsumverhaltens
- Probieren bedeutet noch keinen Absturz

Der trockene Rückfall

- Verhaltensrückfall - mit früherem Trinkverhalten korrespondierendes Denken, Erleben und Verhaltensweisen (z.B. großspurig),
- Besonders in Selbsthilfegruppen (SHG) wird solches Verhalten so genannt. Auch spielt hier die Auseinandersetzung mit dem trockenen Rückfall eine Rolle.

Der systemische Rückfall

- In manchen Familien entsteht nach Abstinenz eine rigide „blutleere“ Atmosphäre. Es entstehen Streitigkeiten darüber wer z.B. das Sagen hat. Erneutes Trinken stellt den Versuch dar, dass auseinander brechende System wieder zu reparieren. Es wird der alte Zustand wieder hergestellt indem der Rückfällige „Kranke“ geschont werden muß. Konflikte werden damit zurückgestellt.

Der Verschreibungs-Rückfall

- Arzt verschreibt alkoholhaltige od. stimmungverändernde Medikamente u. bewirkt einen Rückfall damit. Viele Ärzte verschreiben deshalb an ehemals Alkohol Kranke ausschließlich alkoholfreie Medikamente.

In der Rückfallforschung (Quelle: Marrlatt, 1985 u.1996, Körkel u. Lauer, 1995) wurde nachgewiesen, dass die Lebensentwicklung nach der Behandlung einen sehr großen Einfluss auf mögliche Rückfälligkeit hat. Kommt es zu Hochrisikosituationen, ereignen sich kritische Lebensereignisse, bricht soziale Unterstützung weg oder verändert sich die wirtschaftliche Situation zum Negativen, dann steigt die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls. Dieses Wissen machen sich Therapeuten und Berater zu nutze und bereiten im Rückfall-Prophylaxe-Training auf solche Situationen vor, indem sie auch mit dem/der KlientIn nach alternativen Lösungsmomenten forschen.

Als weiteres Modell **der Rückfallentwicklung** benennt Marrlatt den sogenannten „unbalanced life style“, einen **unausgewogenen Lebensstil u. über längere Zeit wirksame Stressoren wie:** Permanente Über- bzw. Unterforderung am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Armut, familiäre Dauerbelastung (z.B. chronische Erkrankungen), kritische Lebensereignisse (critical life events), Hochrisikosituationen, Trennung oder Tod nahe stehender Personen, ungewollter Umzug und nicht zu letzt Trinkverführungen bzw. Konsumverführungen im sozialen Miteinander.

Rückfälle können in der Psyche ehemals Abhängiger nach einem **Ausrutscher ungünstige Prozesse auslösen. Marlatt spricht von einem Abstinenz-Verletzungs-Effekt:** Es beginnt mit einem Ausrutscher (erster Schluck). Dies führt zu einer ganzen Reihe von dysfunktionalen Gedanken (Kognitionen).

Der Rückfall wird mit eigener Unfähigkeit erklärt:

- Ich bin einfach ein labiler Mensch
- Mir fehlt einfach der eiserne Wille
- Resignation und Ohnmachtsgefühle gegenüber dem weiteren Verlauf
- Nun ist sowieso alles aus, da kann ich gleich weitertrinken

Durch diese Gefühle werden sehr starke Schuld und Schamgefühle ausgelöst:

- Ich könnte vor Scham im Erdboden versinken
- Ich kann keinem mehr ins Gesicht sehen

Infolge dieser eher verzweifelten Gedanken kann es dann zu einem schweren Rückfall (major relapse) kommen. Die Überzeugung nach dem ersten Schluck einem weiteren Konsum hilflos ausgeliefert zu sein, wird von Marlatt als eine sich selbst erfüllende Prophezeiung eingestuft. Die Steuerungsfähigkeit wird aufgegeben, weil man sich als abstinenzunfähig einstuft (z.B. Willensschwäche). Dementsprechend hält man auch den weiteren Konsum für unkontrollierbar.

Für die betriebliche Suchtarbeit ist von Bedeutung, dass Alkoholabhängige, die wegen des Partners oder infolge einer Aufforderung durch ihre Arbeitsstelle kommen (Außendruck), keine schlechteren Behandlungsfortschritte in der Therapie erzielen und keine höheren Rückfallquoten als „Freiwillige“ aufweisen.

Der in dieser Arbeit in der Folge favorisierte Behandlungsansatz des Motivational Interviewing (MI) bezieht sich zum Thema Rückfall auf das Stadienmodell der Veränderung (TTM) nach Prohasca & Di Clemente. In diesem Modell wird der Rückfall als Teil eines prozesshaften Geschehens definiert. Eine Entdramatisierung wird nahe gelegt und als entscheidend angesehen, ob es gelingt trotz Schuld- u. Schamgefühlen etc. wieder in den Veränderungsprozess einzusteigen.

Der Hauptrückfallzeitpunkt nach einer Therapie ereignet sich, wie nahezu alle Verlaufsstudien dokumentieren, drei bis sechs Monate nach Behandlungsende. Untersuchungen zum **Verlauf von Rückfällen** haben gezeigt

- Langfristig sind die am stabilsten, die ihre Abstinenz in den ersten Monaten bewahren konnten.
- Bei der Analyse von Ausrutschern hat sich gezeigt, dass er nicht „naturgemäß“ in einen schweren Rückfall führen muss. So hatten in einer Studie von Kufner u.a. 56 % aller Rückfälligen im Zeitraum von 18 Monaten nach der Therapie nur einen Ausrutscher von max. 3 Tagen.
- Die Rückkehr zur Abstinenz scheint besser zu gelingen, wenn der Ausrutscher nicht auf die eigene Unfähigkeit bzw. Willensschwäche zurückzuführen ist, keine starken Scham- od. Schuldgefühle an sich selbst gerichtet sind.
- Manche Abhängige haben nach erfolgter Behandlung den Konsum auf ein niedriges Niveau (moderat, kontrolliert) reduziert.

Für MitarbeiterInnen in der betrieblichen Suchtarbeit / Suchtprävention ist es wichtig, sich mit dem veränderten Umgang mit Rückfällen auseinander zu setzen und das Fachwissen über Alkoholismus auf einen neuen Stand zu bringen. Viele jetzt noch bestehende Stufenpläne, standardisierte Vorgehensweisen oder Interventionspläne fußen inhaltlich auf eher überholten Ideen über Suchtverläufe und Rückfallgefahren. Besonders bei jungen MitarbeiterInnen und Auszubildenden sind diese Regelungen oft nicht mehr passend. Eine Überarbeitung solcher Regelwerke mit fachlicher Unterstützung von Experten ist daher sehr angeraten. Folgende Gegenüberstellung von altem und neuem Rückfallverständnis bringt die Sache auf den Punkt:

Überdenken des eigenen Rückfallverständnisses	
Altes Verständnis	Neues Verständnis
<ul style="list-style-type: none"> - Rückfälle sind Ausdruck schlechter Behandlung u. eig. Versagens - Bei Rückfälligkeit war die ganze Behandlung vergeblich - Rückfälle sind Katastrophen - Rückfälle sind ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Zerstörung - Bei Rückfällen kann man nichts machen - Rückfälle sind Ausdruck von Gleichgültigkeit, fehlendem Abstinenzwillen u. Uneinsichtigkeit - Rückfälle enden in Siechtum - Rückfälle sind Ausdruck einer klaren Entscheidung weiterzutrinken - Die wesentliche Rückfallursache ist das Verlangen nach Alkohol / Droge - Das 1. Glas endet im Kontrollverlust 	<ul style="list-style-type: none"> - Rückfälle sind Bestandteil jeder Entwicklung - Rückfälle sind die Regel u. nicht die Ausnahme - Rückfälle sind Entwicklungschancen - Rückfälle sind als aktive Gestaltungsversuche zur Bewältigung eigener Lebensprobleme zu respektieren - Rückfälle sind als Widerstand positiv zu würdigen - Rückfälle sind sinnhafte Handlungen - Rückfälle sind Selbstheilungsversuche (z.B. für das Selbstwertgefühl) - Rückfälle sind erklärbar, sie fallen nicht vom Himmel - Abstinenz ist nicht der Gradmesser für die Beurteilung einer Behandlung - Der Weg aus der Sucht braucht Zeit - Rückfall ist nicht gleich Rückfall

Für betriebliche Suchthilfe ist eine Vernetzung mit dem örtlichen Suchthilfesystem von Vorteil. Schwere und Dynamik von Rückfällen kann durch eine Kooperation von Betrieben, Hausärzten, Therapeuten, Suchtberatung, Krankenhaus, psychiatrische Klinik und/oder Suchtfachklinik günstig beeinflusst werden.

3.1.1.6. „Neue Süchte“ z.B. Internetsucht, Anabolikamissbrauch Essstörungen und Cannabisboom

Internetsucht

Bei den sogenannten „nichtstofflichen Süchten“ ist die Internet- bzw. Onlinesucht ein relativ neues Phänomen. Auch wenn diese Sucht noch nicht in die Systematik der Suchtmedizin und damit des ICD 10 Einzug gehalten hat, so gibt es im Bereich der Jugendhilfe doch genügend Hinweise auf ein wachsendes Problem. Die verlässlichsten Zahlen für Deutschland liefert eine groß angelegte, repräsentative Studie der Humboldt-Universität-Berlin (www.internetsucht.de). In dieser Studie wird z.B. eine wöchentliche Zeit im Netz von 7 Stunden als unauffällig eingestuft. Ein wöchentlicher Internetkonsum von 27 Stunden gilt als suchtgefährdet und immerhin 3,2 % der untersuchten Netznutzer waren 35 Std. und mehr pro Woche online. Es wird davon ausgegangen, dass ca. 1 Million Internetnutzer von dieser Sucht betroffen sind. Dr. Zobel / Koblenz (www.onlinesucht.de) berichtet von Jugendlichen in seiner Therapie, die 50 und mehr Wochenstunden aktiv im Netz verbrachten. Dabei waren keinesfalls die Teilnahme an sogenannten LAN-Parties (local area network) an ganzen Wochenenden oder exzessives Runterladen von Musik das Hauptsymptom bei Jugendlichen sondern eher die Teilnahme an unterschiedlichsten chats (auch sex-chats), Teilnahme an Foren und intensiver information-overload (surfen).

Auswirkungen der Internetsucht bei Jugendlichen sind:

Übermüdung, Vereinsamung, Interesse am realen Leben lässt nach, Verabredungen werden eher lästig, Freundschaften und Partnerschaften zerbrechen, Leistungsabfall in Schule und Ausbildung.

Bei der Einschätzung der Gefährdung eines Jugendlichen spielt die Quantität, d.h. das Ausmaß der Online-Zeit, eine wichtige Rolle. Aber auch die ständig artikulierte Angst, etwas im Netz zu verpassen, ist ein deutlicher Hinweis. Schwierig wird die Situation auch dadurch, dass die Beschäftigung mit Computer und Neuen Medien von den Eltern oder Erziehern der Jugendlichen zunächst als sehr erwünscht gilt. Immense Gebührenrechnungen sind dann häufig erster Anlass für kritisches Nachfragen. Den Internet-Anschluss den Jugendlichen einfach abzuschalten kann zu Ausbrüchen großer Aggressivität führen.

Anabolikamissbrauch und Essstörungen

Anabolikamissbrauch ist vor allem aus der Sportberichterstattung bekannt. Gemeint sind Sportler, die mit der Einnahme von Anabolika unerlaubte Leistungssteigerung erreichen wollen. In bestimmten Jugendszenen werden zurzeit ebenfalls Anabolika in großen Mengen konsumiert. Anabole Steroide werden injiziert und andere Anabolikapräparate in Pillenform geschluckt. Forscher der Sporthochschule Köln arbeiten zurzeit mit Trägern von Jugendhilfeeinrichtungen zusammen, um über die extrem negativen Folgen des Konsums zu informieren. Aber es gibt noch keine verlässlichen Zahlen über die Verbreitung dieser suchtmöglichen Verhaltensweise.

Einzig erwünschte Wirkung der Anabolika-Präparate bei den Jugendlichen ist der rasche Muskelaufbau und deren Definition: Fettverbrennung und Entwässerung.

Es scheint vor allem in bestimmten Randgruppen zu gehäuftem Konsum zu kommen. Jugendliche aus Migrantenfamilien und jugendliche Spätaussiedler, die sich in Body-Building-Studios oder Krafträumen von Jugendzentren treffen, scheinen für diese Gefahr besonders anfällig zu sein. Es sind fast ausschließlich junge Männer, die durch schnelles Muskelwachstum ihren Status in der Gleichaltrigengruppe verbessern wollen und gegenseitig im Muskelwachstums-Wettbewerb stehen.

Bei der Einnahme kann es zu rauschhaften Kraftschüben kommen und es wird eine erhöhte Euphorie beschrieben. Durch den Konsum kann es zu erhöhter Aggressivität

und leichter Reizbarkeit kommen. Eine Einnahme ohne Zustimmung und Verschreibung eines Arztes ist in Deutschland illegal. Bei regelmäßiger Einnahme über Monate hinweg kann sich neben der psychischen auch eine körperliche Abhängigkeit entwickeln. Durch die illegale Einnahme ist für die Jugendlichen die Unterscheidung zwischen echten Medikamenten oder Fälschungen aus dem osteuropäischen oder asiatischen Raum erschwert. Die Nebenwirkungen und gesundheitlichen Schäden durch Anabolikaeinnahme sind enorm (Hilfe: <http://bbszene.de>). In Einrichtungen der Benachteiligtenförderung dürften Konsumenten von Anabolika regelmäßig anzutreffen sein. Viele Jugendliche sind über die erheblichen Nebenwirkungen dieser Hormonpräparate nicht oder nur völlig unzureichend informiert. Prävention kann hier in den Ausbildungseinrichtungen mit entsprechenden Informationen wirksam werden und langfristige Gesundheitsschäden vermeiden helfen.

Essstörungen

Unter den jungen Frauen und weiblichen Jugendlichen nehmen Essstörungen generell zu. Das gilt sowohl für die Magersucht (Anorexie) als auch für die Ess-Brech-Sucht (Bulimie). Gemeinsam ist beiden Krankheiten, dass die Frauen Angst vor einer Gewichtszunahme haben (Männer sind von dieser Krankheit kaum betroffen). Das durch die Medien und insbesondere die Musik- und Modebranche propagierte Schönheitsideal zeigt Wirkung. Viele Mädchen und Frauen unserer Zielgruppe neigen dazu diesem Ideal nachzueifern. Als Auslöser von Essstörungen können aber zusätzlich auch private, schulisch/berufliche und familiäre Probleme wirken.

Gestörtes Essverhalten wird als misslungener Problemlösungsversuch beschrieben. Nahrungsverweigerung wird als Ersatz zur Befriedigung von psychischen Bedürfnissen, wie Aufmerksamkeit, Zuwendung und Liebe gewertet. Essen bzw. eher Nicht-Essen wird bei Essgestörten Jugendlichen zum Hauptlebensinhalt. Gesunder Appetit, Hunger und unbeschwertes Genießen von Nahrungsmitteln sind unmöglich. Beim Essen empfinden sie Emotionen wie Scham- und Schuldgefühle und es herrscht die Angst zuzunehmen.

Für die Ausbildungspraxis bedeutet dies, ein erhöhtes Augenmerk auf stark schwankende Körpergewichte bei jungen Frauen oder auch starken Gewichtsverlust zu legen. Insbesondere Magersüchtigen fehlt in der Regel die Einsicht krank zu sein. Die Grenze zwischen „normalem“ und „gestörtem“ Essverhalten ist zumeist fließend. Wichtig ist, dass auch dieses Suchtthema nicht tabuisiert wird und aufmerksame Pädagogen/innen ihre Beobachtungen ernst nehmen. Die Problematik kann in Unterrichten und Projekten mit Themen wie „gesunde Ernährung“ und durch eine kritische Auseinandersetzung mit den Schönheitsidealen gut behandelt werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat zu Beginn des Jahres 2003 eine eigene Internetadresse zum Thema Essstörungen geschaltet (www.bzga-essstoerungen.de).

„Kiffen“ und andere illegale Drogen

Auch wenn die „Einstiegsdrogen“ in den Suchtmittelkonsum sicherlich Alkohol und Nikotin sind, so ist der Konsum von Cannabis (Haschisch oder Marihuana) unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen doch weit verbreitet. Auch Ecstasy und andere Partydrogen werden in bestimmten Jugendszenen probiert oder auch regelmäßig konsumiert.

Viele Jugendliche probieren mehrmals Cannabis und es bleibt beim seltenen oder einmaligen Konsum. In einer neueren Untersuchung des Kantons Zürich hatten von den 14 bis 15-jährigen Jungen 33,8 % schon einmal Cannabis probiert. Bei den Mädchen waren es 29 %. Ungefähr 10 % dieser Altersgruppe gaben an, in den

letzten 12 Monaten oft oder mehrmals konsumiert zu haben. In der Berufsausbildung und besonders in Einrichtungen der Benachteiligtenförderung mehren sich die Anzeichen für relativ häufigen Cannabiskonsum bei den Auszubildenden. Meist findet der Konsum von Cannabis in der Freizeit und in der Freundesgruppe statt. Angestrebt wird dann die Suche nach Entspannung, Vergnügen und Geselligkeit. Wenn Kiffen im Betrieb, oder in der Einrichtung stattfindet, ist es jedoch mit dem gelegentlichen Konsumieren meist schon vorbei. Dieser problematische Konsum hat sich langsam entwickelt und ist in ein kritisches Stadium gekommen. Anzeichen für problematischen Konsum können sein:

- starker Leistungsabfall in der Ausbildungspraxis und Unterrichten
- Zunehmendes Fehlen (Montags!)
- Rückzug und sich verstärkende Verslossenheit
- Lustlosigkeit und Motivationsverlust
- Gefühlsschwankungen und Unausgeglichenheit
- Unkonzentriertheit und zunehmende Lernstörungen

Bei diesen Jugendlichen hat der Cannabiskonsum dann meist schon eine zentrale Bedeutung erlangt. Ohne Cannabis geht nichts mehr. **Auch bei der Arbeit am Ausbildungsplatz ist Cannabiskonsum dann unverzichtbar. Auch wenn die Auszubildenden ihren Konsum verharmlosen oder nicht darüber sprechen wollen, sind die AusbilderInnen, PädagogInnen dann in der Verantwortung auf die Krisensymptome zu reagieren.**

Cannabis Fakten für AusbilderInnen und Personalverantwortliche

Für viele AusbilderInnen ist das Thema Cannabis mit großen Unsicherheiten und vielen Fragen verbunden. Es fehlt ihnen sowohl an eigenen Konsumerfahrungen als auch an reinem Faktenwissen. So oder so ähnlich geht es aber auch den Eltern und älteren Angehörigen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Was diese Vertreter der Erwachsenenwelt oft nicht wissen ist, dass die jugendlichen KonsumentInnen in der Beratungssituation mit ExpertInnen oft ganz ähnliche Fragen haben. Trotz des mitunter andauernden und häufigen Cannabiskonsums wissen viele KonsumentInnen erstaunlich wenig über die Fakten von Drogenwirkung und biopsychologischem Hintergrundwissen.

Cannabis ist nicht nur weltweit die am meisten benutzte illegale Droge sondern liegt bei illegalen Substanzen auch in Deutschland an der Spitze. „Kiffen“ ist in bei jungen Menschen. Als Beleg für diese Situation kann die bislang letzte Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) aus dem Jahr 2001 dienen. Diese Studie belegt, dass sich das Probierverhalten der Jugendlichen bei illegalen Drogen verändert hat. Besonders bei Cannabis haben sich die Zahlen am deutlichsten verändert. Waren 1989 18 Prozent der Befragten bereit, Cannabis zu probieren, so waren es 2001 bereits 45 Prozent. Diese Probierebereitschaft stellt nach Ergebnissen der EDSP-Studie („Early Development Stages of Substance Abuse and Psychopathology, 1995 -1999“) aus dem Großraum München einen echten Risikofaktor für späteren Cannabiskonsum dar. Dieselbe EDSP-Studie sagt dann auch, dass 33 Prozent (BzgA 26 %) der Jugendlichen Cannabis mindestens einmal probiert haben. Ähnliche Zahlen aus Hamburg gehen sogar von 38 Prozent aus. Insgesamt gilt: Immer mehr Jugendliche greifen öfter und früher zu illegalen Drogen.

Warum junge Menschen so verstärkt nach Cannabis greifen wird in der EDSP-Studie durch Abfragen der Konsummotive beim Erstkonsum beantwortet.

Motive für den ersten Cannabiskonsum sind

Neugier	:	45 Prozent
Cannabis im Freundeskreis	:	23 Prozent
Veränderte Sinnes- Wahrnehmung	:	20 Prozent
Gutes Körpergefühl:		19 Prozent.

Beim fortgesetzten Konsum ergeben sich dann ganz andere Motive. Hier stehen dann die Veränderung der Körper- und Sinneswahrnehmung im Vordergrund. Viele junge Menschen probieren Cannabis und ein weiterer Konsum kommt für sie dann nicht in Frage. Leider endet für andere der Konsum in der Abhängigkeit. Im Jahrbuch Sucht 2006 werden von der DHS für 2005 folgende Zahlen des IFT (München) zum Cannabiskonsum in Deutschland veröffentlicht. Das IFT geht davon aus, dass ca. 140.000 Personen Cannabis missbrauchen und ca. 240.000 Personen von Cannabis abhängig sind.

Nachfolgende Fakten sollen das Thema Cannabis etwas näher beleuchten und Antwort für häufige Fragen sein:

Cannabis und Fahrtüchtigkeit

Studien und Untersuchungen von 1993 u. 1994 der Universität Maastricht beschreiben klare Beeinträchtigungen im Verkehr durch Cannabis.

„Man fährt nie sicher, wenn man Marihuana geraucht hat. Wir haben bewiesen, dass selbst bei kleinsten Dosen die Fahrleistungen schlechter werden. Ein normaler Joint verursacht Beeinträchtigungen, die ähnlich sind wie bei 0,8 Promille. Es geht nicht darum, ob man bekifft noch sicher fahren kann. Die Frage lautet vielmehr, wie schlecht man fährt, wenn man gekifft hat.“ (Zitate aus einer niederländischen Untersuchung von: H.W.J. Robbe: Influence of Marihuana on Driving, Maastricht University, Institute for Human Psychopharmacology, 1994)

Cannabis und Lernen in Schule und Ausbildung

Früher dachte man, dass nur die Motivation zum Lernen durch Cannabis negativ beeinflusst wird. Es wurde viel vom sog. amotivationalen Syndrom gesprochen. Inzwischen ist belegt, dass Kiffen für Lernen und Studieren von großem Nachteil ist. Schon ein durchgerauchtes Wochenende macht sich am Montag in der Ausbildung/ im Berufsschulunterricht negativ bemerkbar. Die Ablagerung des Wirkstoffes THC im Körper (Fettgewebe des Gehirns) sorgt für eine langanhaltende Beeinträchtigung. Bei fast allen Kiffern konnten drastische Leistungseinbußen in Schule und Ausbildung festgestellt werden. Kurzzeitgedächtnis, Lernfähigkeit und Merkfähigkeit sind nachhaltig betroffen.

Cannabis und manuelle, körperliche Aufgaben

Nicht nur das Lernen ist beeinträchtigt, sondern auch die Beziehungen zu Mitmenschen und das Alltagsfunktionieren sind nachhaltig gestört. Für Auszubildende im Berufsleben ist es wichtig zu wissen, dass die Augen- und Hand-Koordination unter Cannabiseinfluss sehr schlecht funktioniert. Sogenannte Tracking-Aufgaben (z.B. auf dem Bildschirm ein Ziel schnell mit dem Cursor ansteuern) können bekifft kaum gelöst werden. Auch die Arbeitssicherheit ist nicht gegeben. Wie beim Autofahren so bestehen auch am Arbeitsplatz nach Cannabiskonsum erhöhte Unfallrisiken.

Cannabis und Medizin / Cannabis und Gesundheit

Auszubildende argumentieren bei Diskussionen häufiger, dass Cannabis nahezu gesund sei und gegen Krankheiten hilft. Tatsächlich werden dem Cannabis Wirkstoff DELTA-9-THC vielfältige therapeutische Fähigkeiten zugesprochen. So kann die Droge die spastische Muskellähmung bei Multiple-Sklerose- und Parkinson-PatientInnen erleichtern, den Appetit von Aids-PatientInnen wiederherstellen und als Schmerz- und Anti-Brechmittel bei KrebspatientInnen fungieren, die sich gerade einer Chemotherapie unterziehen. Beim Erforschen dieser therapeutischen Wirkweise des THC ist den Forschern des Genfer Institut Universitaire de Medicine bei einem Teil der PatientInnen starke psychische Störungen nach der klinisch kontrollierten Cannabis-Einnahme aufgefallen. Sie folgern daraus, dass Cannabis durchaus gesundheitsschädlicher sei als bisher angenommen wurde. Bereits eine geringe Dosis kann Wahnvorstellungen und mentale Krankheiten auslösen. Prof. Favrat und sein Team fordern größere Vorsicht beim therapeutischen Einsatz von Cannabis.

(Quelle: Ergebnisse der Genfer Studie: www.biomedcentral.com/bmcp psychiatry)

Cannabis und Kreativität

„Cannabis macht kreativer“ ist eine weitere Aussage von jungen KonsumentInnen. Hierzu gibt es wenig untersuchte Fakten. Aus meiner Beratungspraxis weiß ich, dass viele Jugendliche beschreiben, dass ihre tätige Kreativität durch das Kiffen gelitten hat. Musik hören geht noch – Musik machen bzw. komponieren geht nicht mehr.

„Ähnlich wie bei psychotischen PatientInnen verliert unter Cannabis-Einfluss das Denken seinen Sinnzusammenhang, seine Kontinuität. In vielen Fällen wird dies als befreiend erlebt, die ungerichtet auftretenden Gedanken werden als kreative Leistung fehlgedeutet. Es ist eindeutig widerlegt, dass Cannabis die Kreativität steigert. Die Wahrnehmung und das Erleben sind gestört. Bruchstückhaftes Denken mit Herabsetzung der Merkfähigkeit und einem Verlust kontinuierlichen Erlebens ist häufig.“

(Zitate aus: Drogen- und Suchtlexikon / Das ABC der psychoaktiven Substanzen / Imprint Verlag, Hrsg.: Bernhard van Treeck)

Cannabis und Psychosegefahr

Häufiger Konsum von Cannabis während der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter erhöht das Risiko für psychotische Symptome im späteren Leben. Das Risiko ist für Personen extrem verstärkt, die genetisch anfällig für Psychosen sind. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Universität Maastricht, des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie sowie der TU Dresden (British Medical Journal/Dez.2004). Cannabis scheint demnach das Gleichgewicht des Botenstoffs Dopamin zu stören, der unter anderem die Stimmungslagen beeinflusst.

„Das Psychoseerisiko war umso größer, je häufiger die Betreffenden Cannabis konsumierten. Der Effekt war nicht damit zu erklären, dass Personen mit Psychoseveranlagung generell häufiger zu Cannabis greifen würden: Laut Studie konsumieren sie Haschisch und Marihuana nicht häufiger als andere Jugendliche.“

(Zitat aus: Psychologie Heute 03 / 2005)

Cannabis – Rauschwirkung und Zeitempfinden

Das THC (ein großer Joint enthält ca. 20 Tausendstel-Gramm THC) gerät über die Blutzufuhr ins Gehirn. Dort zeigt es seine Rausch- (psychotrope) Wirkung. Raum und Zeit dehnen sich scheinbar. Zusätzlich zur Veränderung der Zeitwahrnehmung kann sich ein ganz besonderes, neues Gefühl für die eigene Präsenz einstellen. Verstärkt wird dieses „Neuland“ durch akute Vergesslichkeit. Grundsätzlich kann ein Cannabis-Rausch aber sehr unterschiedlich verlaufen.

Im Folgenden eine Liste von beschriebenen Cannabis-Wirkungen:

- schwache Euphorie
- persönlich subjektive Zufriedenheit
- Benommenheit / Apathie
- Veränderte Sinneswahrnehmung
- Unruhe / Gereiztheit
- Blutdruckschwankungen
- Erweiterte Pupillen oder Schläfrigkeit

Cannabiskonsum und Musikerleben

Viele junge CannabiskonsumentInnen berichten von tollen Musikerlebnissen unter Cannabiseinfluss. Sie sind sicher, dass es zu solch starken gefühlsmässigen, euphorischen Hörerfahrungen nur durch Cannabis kommen kann. In positiv-Rankings, die jugendliche KonsumentInnen vornehmen, hat das Hören von Musik daher auch seinen festen Platz.

Musik und Tranceerlebnisse werden oft mit Cannabiskonsum assoziiert bzw. verbunden. Verschiedene Untersuchungen (Curry, Tart, u.a.) interpretieren das Musikerleben unter Cannabiseinfluss als Hyperfokussierung der Wahrnehmung auf den Klang und als eine innere Reise in den akustischen Raum. Vermutlich erzeugt Cannabis eine Veränderung von Zeit-, Frequenz- und Raumwahrnehmung. Hierdurch kommt es zu einer Fokussierung auf raumzeitliche Klanggestalten und infolgedessen lässt sich Musik im Rauschzustand mit einer psychoakustischen Qualitätssteigerung erleben. (In Anlehnung an: „Drogen und Musik – Ein Überblick / Jörg Fachner / in Suchttherapie2005; 6)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Cannabiskonsum reale Risiken birgt. Insbesondere die steigende Unfallgefahr bei der Arbeit oder bei Fahrten ist für Auszubildende gefährlich. Der Ausbildungserfolg ist durch stark herabgesetzte Denk-, Merk- und Wahrnehmungsfähigkeit in Frage gestellt. Die Dauerkonsumenten von Cannabis riskieren eine Abhängigkeit zu entwickeln.

3.1.1.7. Suchtprävention, Formen, Modelle, Erfahrungen

Suchtprävention in Deutschland befindet sich in einem ständigen Wandel. In den letzten Jahren haben wir eine starke Fokussierung auf die Unterstützung für Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben erlebt. Der Schwerpunkt der Unterstützung war mehr auf die Vermittlung von Lebenskompetenzen als auf die Vermeidung von Risiken gerichtet. Die Überzeugung, dass Selbstbewusstsein und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten der beste Schutz gegen Sucht und Drogen sind, wurde durch massenmediale Kampagnen wie „Kinder stark machen - zu stark für Drogen“ im ganzen Land verbreitet und fand im pädagogischen Bereich breite Unterstützung. Mit dem Begriff Suchtprävention wurden fast ausschließlich Ideen der Primärprävention verbunden.

Ergänzend zu diesem an Kindern und Jugendlichen orientierten Ansatz machte sich dann zunehmend die Überzeugung breit, dass das Lebensumfeld der Zielgruppen mit einbezogen werden musste, um Langfristigkeit und Breitenwirkung zu erzielen. Gemeindebezug ist das entsprechende Schlagwort. Gemeint ist die Einbeziehung von Familie, Kindergarten, Schule, Viertel, Freizeiteinrichtungen, Arbeitsplätzen, Vereinen usw. ... Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen als Ziel struktureller Prävention.

Durch große Veränderungen im Konsumverhalten der vorwiegend jungen Menschen mit Ecstasywelle, Cannabis- und Alcopopwelle mussten sich die Präventionsansätze verändern. Ziel war die Früherkennung von Missbrauch und Suchtgefährdung. Ansätze zur Frühintervention bei Suchtgefahren bei jungen DrogenkonsumentInnen (z.B. MOVE) finden zurzeit Verbreitung. Und Suchtprävention hat inzwischen viele Gesichter. Auch die Suchtarbeit in Betrieben und Ausbildungseinrichtungen interessiert sich sehr für Kurzinterventionen. Veränderte Konsumgewohnheiten machen sich auch im Betrieb bemerkbar. Auch hier wächst das Bedürfnis Suchtgefahren bei MitarbeiterInnen frühzeitig zu begegnen. Betriebliche Suchtarbeit, die sich aus der Tradition der deutschen Suchthilfe und der anglo-amerikanischen EAP-Programme herleitet, ist dabei sich zu verändern.

Es hat einige Jahre gebraucht bis Suchtprävention als gleichberechtigter Teil der anderen Angebote der Suchthilfe Anerkennung gefunden hat. Suchthilfe in Deutschland ist auf jeden Fall bis in dieses Jahrtausend eine „Wachstumsbranche“ gewesen. Die DHS nennt folgende Größenordnung der Suchthilfe in Deutschland:

In Deutschland sind zurzeit ca. 10.000 Personen im Arbeitsmarktsegment Suchthilfe beschäftigt. Davon wiederum fast 6000 MitarbeiterInnen (Hüllinghorst, DHS, 1995) im Bereich der Ambulanzen, d.h. der Beratungsstellen. Damit wird deutlich, dass Suchthilfe ein großes eigenständiges Segment des Gesundheitswesens darstellt. Insgesamt kann der „Teilarbeitsmarkt Suchthilfe“ in die Untergruppen Beratung, Therapie und Prävention aufgeteilt werden. Zu den vorgenannten Festen Stellen der Suchthilfe gibt es noch eine sehr große Zahl von ehrenamtlich arbeitenden Helfern, Teilzeit-Suchthelfern und nebenamtlichen Sozialberatern, die in Betrieben Organisationen, Verwaltungen und im Bereich der organisierten Selbsthilfe tätig sind.

Historisch betrachtet ist Suchthilfe eine Antwort der Gesellschaft auf Probleme mit Suchtmitteln. Eine Antwort auf sichtbares Leid bzw. auf die negativen Konsequenzen des Suchtmittelmissbrauchs. Sie ist der Versuch diese Konsequenzen zu mildern und verändernd einzugreifen.

Bei der Entstehung süchtigen Verhaltens wirken individuelle, soziale und drogenspezifische Faktoren zusammen. Daraus hat sich folgendes Selbstverständnis und folgender Arbeitsansatz der Suchthilfe entwickelt:

- Suchtkranke werden möglichst rasch in Suchtbehandlung vermittelt. Dazu gehören stabilisierende und motivierende Angebote im Vorfeld der Behandlung und nachsorgende Angebote.
- Die Behandlung kann ambulant oder stationär angeboten und durchgeführt werden. Die Behandlung ist zumeist abstinenzorientiert. Im Ausnahmefall findet Behandlung medikamentengestützt oder als Substitutionsbehandlung (z.B. Polamidon, Methadon, Codein usw.) statt.
- Das moderne Verständnis von Suchthilfe berücksichtigt den Umgang mit Rückfällen. Rückfälle gehören zur Sucht und dürfen keinen Ausschluss aus der Suchthilfe bedeuten.
- Suchtvorbeugung ist ein anerkannter Teil der Suchthilfe.
- Suchtvorbeugung kann auf der suchtpolitischen Ebene dazu beitragen, dass die Verfügbarkeit von Substanzen, wenn erhebliche Suchtgefahren vorliegen, eingeschränkt wird.
- Suchtvorbeugung ist bestrebt, den Menschen Grenzen im Konsum psychoaktiver Substanzen zu vermitteln und sie zur Einhaltung dieser Grenzen zu ermutigen, damit schädigende Abhängigkeiten vermieden werden.
- Wirkungsvolle und moderne Suchtprävention muss als multifaktorieller Handlungsansatz mit einem breiten Methodenkonzept auf unterschiedlichsten Zielebenen konzipiert und realisiert werden.
- Ursachenorientierte Suchtprävention muss bei den Entstehungsbedingungen von Sucht ansetzen, die Persönlichkeit des Einzelnen und seine Lebensbedingungen einbeziehen und eine gesunde Entwicklung fördern.
- Auf der Interventionsebene der Person zielt Suchtprävention darauf ab, bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen die Fähigkeit zu fördern und zu entwickeln, selbstbewusst mit den Höhen und Tiefen des eigenen Lebens umzugehen und sinnvolle, realistische Lebensperspektiven aufzubauen.
- Auf gesellschaftlicher Ebene muss Suchtprävention auf Lebensweisen und -bedingungen Einfluss nehmen, die die Entwicklung der o. g. Fähigkeiten behindern. Sie zielt darauf ab, Sucht fördernde Strukturen, Systeme und Lebensbedingungen zu erkennen und gemeinsam mit den Betroffenen zu verändern.

Grundlage von Prävention

Der Begriff Prävention wird in zum Teil sehr unterschiedlichen Zusammenhängen jeweils so benutzt, als wäre er eindeutig und benötigte gar keine weitere Erklärung. Im Drei-Säulen-Modell der Suchtpolitik wird Prävention gegen die Säulen Therapie und Repression abgegrenzt.

Suchtpolitik		
R E P R E S S I O N		T H E R A P I E

N.B.-W.

In diesen Kategorien wäre Prävention (Suchtprävention) eine Aktivität an Personen, die noch keine Heilbehandlung /Therapie benötigen. Es wäre auch eine Intervention, die sich klar von Interventionen repressiver Natur unterscheiden lässt. Das bedeutet bei Prävention im Sinne dieses Modells kann es nicht um Zwang gehen.

Geschichtlich gesehen, gab es für Prävention seit 1957 eine 2-stufige Unterscheidung in Primär- und Sekundärprävention. Diese Klassifikation finden wir heute noch im Medizinischen Bereich, d.h. im Bereich der Medizin, die sich mit organischen Erkrankungen (z.B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schilddrüsen-Erkrankungen usw.) beschäftigt.

2-stufiges Modell der Prävention	
Primärprävention:	Allgemeine Vorbeugung von Erkrankungen, Maßnahmen bevor sich eine Krankheit abgebildet hat, Prophylaxe bei Hochrisikogruppen
Sekundärprävention:	Medizinische Maßnahmen nach Krankheitsausbruch, dazu gehört Behandlung und Rückfallprophylaxe
Quelle: in Anlehnung an - Commission on Chronic Illness (1957)	

Nach der Differenzierung in vorgenanntes 2-stufiges Modell wurde für den Suchtbereich aber auch im Bereich sonstiger psychischer Störungen und chronischer psychischer Erkrankungen (und wohl auch in der Organmedizin) ein **3-stufiges Modell** eingeführt. Bekannt geworden durch Publikationen des NIDA-Institutes (National Institute on Drug Abuse NIDA, Rockville, 1997) wird hier folgende Unterteilung vorgenommen:

3-stufiges Modell der Prävention	
Primärprävention:	Allgemeine Prophylaxe an unselektierten Personengruppen Prophylaxe bei Hochrisikogruppen
Sekundärprävention:	Prophylaxe bei Hochrisikogruppen
Tertiärprävention:	Behandlung (Typ A) und Rückfallprophylaxe (Typ B) bei manifest Erkrankten
Quelle: in Anlehnung an: A. Uhl (API), Wien 2005, Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention - wie viel Zwang verträgt sie? W. N.B.-	

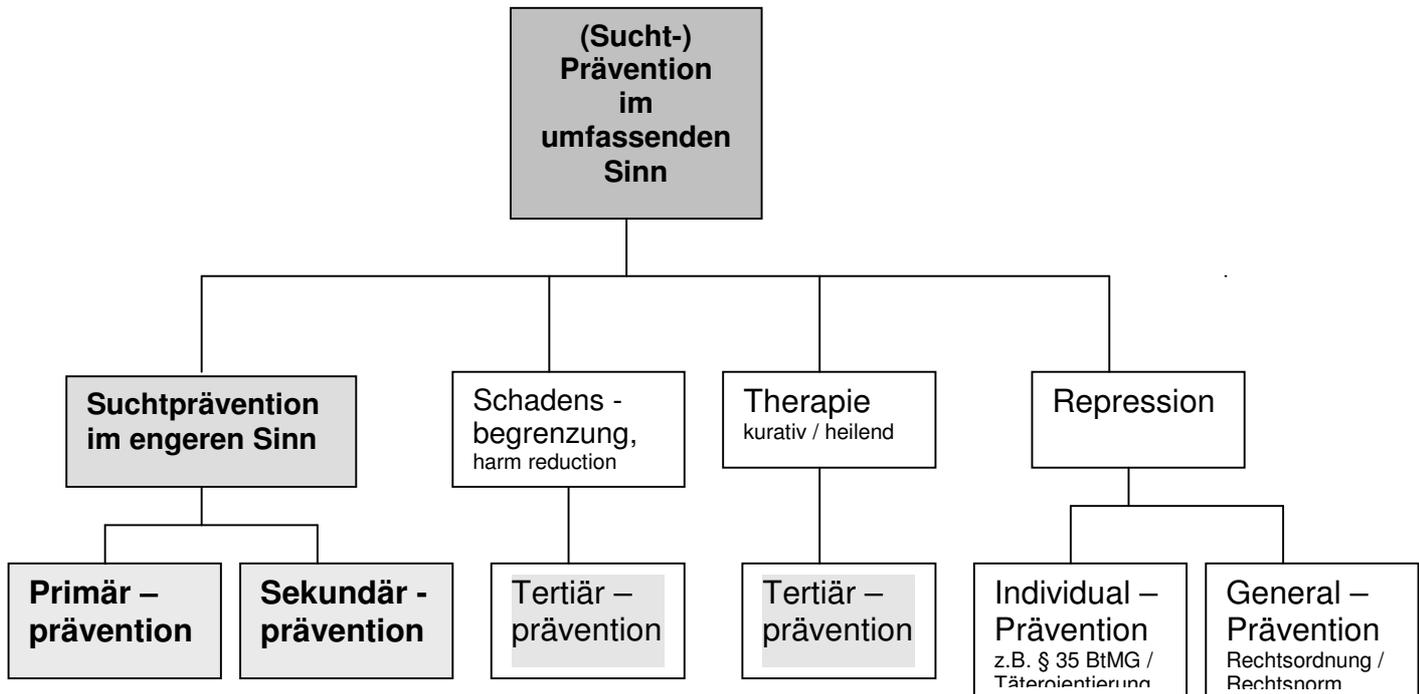
„Für „**Sekundärprävention**“ wird häufig auch das Schlagwort „Frühintervention“ bzw. „Early Intervention“ gebraucht. Sekundärprävention im Suchtbereich will auf bestehende Konsumrisiken aufmerksam machen und einem weiteren Anwachsen des kritischen Drogenkonsums entgegenwirken. Auch sollen vom Drogengebrauch verursachte Folgeerkrankungen und Folgeprobleme gering gehalten werden. Besonders aussichtsreich erscheint der Weg mit jungen Menschen über ihre Verletzlichkeit durch Drogen und Gefährdungsmomente durch mannigfache Gesundheitsrisiken ins Gespräch zu kommen. Die Altersgruppe der Auszubildenden hat ein Interesse mehr über die Folgen ihres Drogenkonsums zu erfahren. Die stark ansteigende Inanspruchnahme des „Kiffertests“ auf der Internetseite www.partypack.de der Fachstelle für Suchtprävention der Drogenhilfe Köln und die vielen Anfragen an die Internetseite www.drugcom.de der BZgA mit dem Angebot „Check Yourself“ zeigt, dass sachliche und unaufgeregte Präventionsansätze gut ankommen und die jugendliche Zielgruppe erreicht wird. Ein Konsum-Selbsttest kann aber nur Wirkung entfalten, wenn er in eine nachvollziehbare und glaubwürdige Gesamtstrategie der Suchtvorbeugung eingebunden ist. Daher ist es in unseren Ausbildungsbetrieben und Bildungseinrichtungen nicht nur notwendig gute Konzepte der Frühintervention für Risikogruppen zu haben, sondern alle am Setting Betrieb Beteiligte sollten an einer suchtpreventiven Gesamtstrategie des Betriebes mitwirken können. Die Auszubildenden müssen auf jeden Fall an betrieblichen Maßnahmen beteiligt werden. Sie werden dann sicherlich auch gute, vielleicht auch unbequeme Fragen stellen und Anregungen in Richtung Veränderung betrieblicher Abläufe und Regeln machen können. Beteiligung und Engagement an sinnvollen Projekten ist für junge Menschen eine sehr gute Erfahrung, die sekundärpräventive Wirkung hat.

„Die Bezeichnung „Tertiärprävention“ ist insofern gerechtfertigt, als die Behandlung eines Erkrankten zwar nicht mehr die Krankheit selbst verhindern kann, sich aber zunächst prophylaktisch gegen eine Verschlechterung der Erkrankung und später prophylaktisch gegen einen Erkrankungsrückfall richtet.“

(Quelle: in Abänderung: A. Uhl (API), Wien 2005, Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention – wie viel Zwang verträgt sie?)

Der zunehmenden Bedeutung von Rückfallprophylaxe und strukturierter Modelle der Rückfallprävention (z.B. Marlatt, Körkel usw.) trägt die Einführung des Begriffes „Quartärprävention“ Rechnung. Dieser Begriff hat sich bis heute aber nicht durchgesetzt. In folgender Grafik finden wir das 3-stufige Modell eingearbeitet:

Übersichtsgrafik Struktur von Suchtprävention im umfassenden Sinn



Quelle: In Anlehnung an Vier-Säulen-Modell der Suchtpolitik / z.B. Schweizer Bundesrat 2001 oder Caspers-Merk 2003 in Uhl A...in:Suchtprävention, Wien 2004

Die Primärprävention wird im Kontext und Verständnis deutscher Suchtpolitik, Suchtvorbeugung noch differenziert nach folgendem Schema:

Primärprävention	
Verhältnisprävention	Verhaltensprävention
Auch strukturelle- oder Umgebungs-orientierte Prävention genannt, zielt auf die Strukturen und Lebensverhältnisse um Personen bzw. Gruppen von Personen.	Auch kommunikative- oder Personen-orientierte Prävention genannt, zielt auf die eigentliche Zielperson direkt.

Aufgaben von Suchtprävention (Primärprävention):

Förderung von Lebenskompetenzen wie

- Belastungen standhalten
- Alltagskonflikte bewältigen
- Eigenverantwortung zu übernehmen
- Stabiles Selbstwertgefühl aufzubauen

Förderung protektiver (Schutzfaktoren) Faktoren wie

- Kommunikationsfähigkeit
- Konfliktfähigkeit
- Erlebnisfähigkeit
- Genussfähigkeit
- altersangemessene und zielgruppenspezifische Information und Aufklärung über Suchtfragen

Prinzipien von Suchtprävention (Primärprävention):

- Frühzeitigkeit
- Kontinuität
- Langfristigkeit
- Lebenskompetenzfördernd
- Vermittlung stoffspezifischer Inhalte
- Vermittlung stoffunspezifischer Inhalte

Der neue **Entwurf eines Präventionsgesetzes** nennt Eckdaten für Prävention in Deutschland. Suchtprävention lässt sich aus § 2 und § 3 des Abschnittes 1 Allgemeine Regelungen herleiten.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention
Artikel 1 Präventionsgesetz, Abschnitt 1: Allgemeine Regelungen

§ 2

Gesundheitliche Prävention

Gesundheitliche Prävention im Rahmen der Zwecksetzung nach § 1 ist:

1. Vorbeugung des erstmaligen Auftretens von Krankheiten (**primäre Prävention**);
2. Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien (**sekundäre Prävention**);
3. Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen und Behinderungen sowie Vorbeugung von Folgeerkrankungen (**tertiäre Prävention**);
4. **Aufbau von individuellen Fähigkeiten sowie gesundheitsförderlichen Strukturen**, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu erhöhen (Gesundheitsförderung).

§ 3

Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention

- (1) **Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention** sollen die Gesundheitschancen der Bevölkerung verbessern und insbesondere dazu beitragen, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen. Bei der Ausführung von Leistungen wirken die sozialen Präventionsträger im Rahmen ihrer Verpflichtung nach § 17 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch auf barrierefreie Zugänge hin und stellen erforderliche Kommunikationshilfen zur Verfügung.
- (2) Maßnahmen der **primären Prävention** können insbesondere sein:
 1. Aufklärung über Fertigkeiten zum individuellen Umgang mit Gesundheitsrisiken und -belastungen vor Krankheitseintritt;
 2. Unterstützung bei der Veränderung individueller gesundheitsbezogener Verhaltensweisen;
 3. medizinische Maßnahmen zur Abwehr von Gesundheitsrisiken und -belastungen.
- (3) Maßnahmen der **sekundären Prävention** können insbesondere sein:
 1. Früherkennungsuntersuchungen;
 2. Aufklärung und Beratung über die Inanspruchnahme, den Nutzen und gesundheitliche Risiken von Früherkennungsuntersuchungen.
- (4) Maßnahmen der **tertiären Prävention** können insbesondere sein:
 1. Aufklärung und Beratung über Fertigkeiten zum individuellen Umgang mit Gesundheitlichen Risiken und Belastungen, die sich infolge von Erkrankungen ergeben;
 2. Unterstützung bei der Entwicklung individueller Verhaltensweisen, um eine Verschlimmerung von Erkrankungen oder Behinderungen zu verhüten sowie

- Folgeerkrankungen vorzubeugen;
3. medizinisch-therapeutische Maßnahmen im Rahmen von Leistungen der Krankenbehandlung;
 4. medizinisch-therapeutische Maßnahmen im Rahmen von Leistungen zur Rehabilitation;
 6. Angebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe;
 7. pflegerische Maßnahmen, um die körperlichen, geistigen oder seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen zu erhalten.

(Quelle: Veröffentlichung des BMG)

(5) **Maßnahmen der Gesundheitsförderung einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung** können insbesondere sein:

1. Unterstützung beim Aufbau sowie bei der Stärkung individueller gesundheitsbezogener Ressourcen und Fähigkeiten zur Vermeidung von Erkrankungen;
2. Unterstützung beim Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten nach § 17 Abs. 2 Satz 1.

(Quelle: Veröffentlichung des BMG)

Betriebliche Suchtprävention findet sich in § 3 Absatz 5, Satz 2. des Gesetzentwurfes wieder. Mit „Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten nach § 17 Abs. 2 Satz 1“, bezieht sich der Gesetzentwurf auf die Ottawa Charta der WHO vom Jahr 1986. Nach dieser Charta soll sich Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in den gegebenen Settings manifestieren und stattfinden.

Neben Städten, Gemeinden, Schulen und Krankenhäusern ist in der Charta auch das „**Setting Betrieb**“ angesprochen.

Für die Weiterentwicklung von Interventionen der Suchtprävention hat sich das Augenmerk in der jüngeren Vergangenheit immer mehr auf spezielle Zielgruppen verlagert. Sie richtet sich an Gruppen in bestimmten Settings (Kindergarten, Schule, Betrieb) und an die Gesamtbevölkerung. Sie richtet sich an spezifische Gruppen mit erhöhtem Risiko für spätere Suchtgefährdung und sie richtet sich an Personengruppen mit jetzt schon riskantem Konsumverhalten und vorhandener Verhaltensauffälligkeit. Es könnte sein, dass die Aufteilung in die Systematik des 3-stufigen Präventionsmodells in naher Zukunft von einer noch größeren Diversifizierung der Präventionsansätze in die jeweiligen Zielgruppenansätze abgelöst wird.

3.1.2 B. Sucht im Betrieb / - in der Einrichtung

3.1.2.1. Strukturelle Hilfen, Prävention im Betrieb

Hauptthema für Betriebe ist immer noch Alkohol

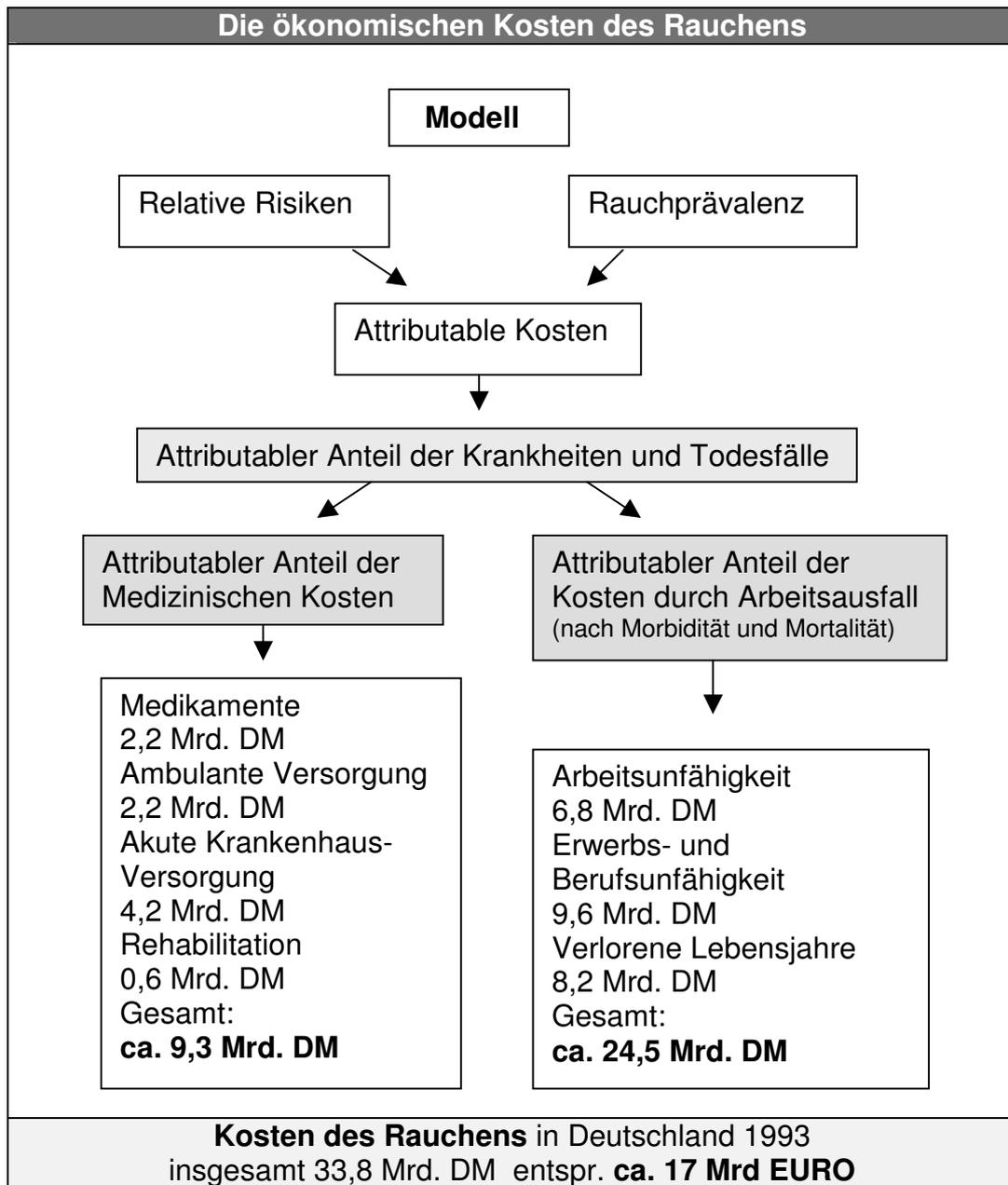
Seit vielen Jahren wird davon ausgegangen, dass in Deutschland unverändert ca. 5% aller Beschäftigten alkoholabhängig sind. Für weitere 10 Prozent gilt, dass sie durch gewohnheitsmäßigen Alkoholmissbrauch bereits gravierende Gesundheits- und Verhaltensstörungen haben. 2003 haben die Deutschen 10,3 Liter Alkohol pro Kopf verbraucht (Jahrbuch Sucht 2005). Diese Zahl ist im europäischen Vergleich sehr hoch und hat auch für Betriebe ihre Bedeutung. Diese 10,3 Liter werden überwiegend von erwachsenen Männern getrunken, die auch einen Großteil der deutschen Erwerbsbevölkerung ausmachen. In der Vergangenheit haben sich so gut wie alle Veröffentlichungen über Suchtgefahren im Betrieb auf die Substanz Alkohol fokussiert. Für den Umgang mit Alkoholproblemen bei MitarbeiterInnen gibt es langjährig erprobte Standards und betriebliche Regelwerke, die sich mehr oder weniger bewährt haben. Medikamente wurden zwar in Formulierungen mit aufgenommen, aber es gab geringe Fallzahlen im Betrieb, da Medikamentenabhängigkeit in der Regel eher unauffällig verläuft. Diese Zeiten scheinen jetzt vorbei. Zumindest der Konsum illegaler Drogen rückt mehr ins Interesse von Personal- und Ausbildungsverantwortlichen. Meine Erfahrung mit Seminaren für Suchthelfer und Suchtbeauftragte aus jüngster Zeit bestätigen dies. Der scheinbar fast alltägliche Konsum von Cannabis wirft bei den erfahrenen betrieblichen Suchtfachleuten viele Fragen auf.

Ohne Rauch geht es kaum

Zahlenmäßig kann man für die anderen legalen Drogen Nikotin und Medikamente davon ausgehen, dass die Zahl der Abhängigen in den Betrieben ähnlich wie bei Alkohol der epidemiologischen Normalverteilung entsprechen wird. Nichtraucher-schutz ist ähnlich wie bei der aufgeregten Diskussion zur „rauchfreien Schule“ auch in Betrieben ein Reizthema. Angesichts vieler stark rauchender Suchthelfer wird das meiner Meinung nach wohl noch eine Weile so bleiben. Betriebliche Gesundheitsförderung hat sich aber dieses Themas angenommen, was im Hinblick auf die großen Gefahren des Rauches und Passivrauchens auch notwendig scheint. Klar ist, es kann nicht mehr nur um Nichtraucherschutz gehen, sondern es gilt auch auf den/die RaucherIn einzuwirken, sich mit dieser starken Abhängigkeit auseinander zu setzen.

In der sehr ausführlichen Veröffentlichung „Rauchfrei am Arbeitsplatz – Ein Leitfaden für Betriebe (8/2003)“ wird eine Untersuchung der Universität Ulm zitiert, die die ökonomischen Schäden des Rauchen untersucht hat. **Die Höhe der indirekten und direkten Kosten ist erschreckend und über das Leid der Betroffenen und ihrer Angehörigen ist damit noch nichts gesagt. (Im Jahr 1993 konnten 13 % aller Todesfälle, das sind 116.000 Personen, als Todesursache dem Rauchen zugeordnet werden)** Für die Berechnung der Arbeitskosten und Löhne wurden in der Studie Durchschnittswerte nach dem Humankapitalansatz verwendet. Die anderen Daten stammen von Krankenkassen, Sozialversicherungen und dem statistischen Bundesamt. Die Studie bezieht sich auf das Jahr 1993. Da sich die Raucherzahlen seither nur geringfügig verringert haben, ist die Studie auch für die heutige Situation gültig. **Junge Frauen und weibliche Auszubildende gehören allerdings zu der Gruppe, bei denen das Rauchen tendenziell zunimmt.**

Hier die Übersicht:



In dieser Übersicht wurden einige für Betriebe relevante Kosten ermittelt. Für den Alkoholbereich macht Prof. Feser (Feser H.: Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern, 1997) folgende Rechnung auf:

Als Beispiel dient ein mittelständischer Maschinenbaubetrieb. Bei 56 alkoholbedingten Fehltagen eines Facharbeiters verliert dieser Betrieb demnach 29,757 DM im Jahr.

Und auf Seite 22 der Veröffentlichung:

„Wenn in einem Betrieb mit 2000 Beschäftigten nur 5 % durch alkoholbedingte Krankheiten an 56 Tagen ausfallen, entsteht (bei der Berechnungsgrundlage 2 Facharbeiter“) dem Betrieb ein Verlust von insgesamt 2.975.700 DM (ca 1,5 Mio €).“

In derselben Veröffentlichung weist Prof. Feser daraufhin, dass Auszubildende auch durch Trink- und Feierngebräuchen von älteren KollegInnen bzw. der betrieblichen Feiernkultur zum Trinken bei der Arbeit erzogen werden können.

„Im ersten Ausbildungsjahr meinen noch durchweg alle, Alkohol beeinträchtigt die Arbeitsleistung, aber im dritten Ausbildungsjahr haben 40 Prozent diese Ansicht schon verworfen.“

Das Thema Alkohol liefert uns auch, weil es betrieblich das vorrangige Problem war, die meisten Daten. In Deutschland gibt es etwa 1,6 Millionen alkoholabhängige Menschen. **Zwar wird heute am Arbeitsplatz allgemein weniger „getrunken“ als früher, aber dafür mehr in der Freizeit.** Wie schon an anderen Stellen ausgeführt, lassen sich alkoholbedingte Störungen aber aussichtsreich behandeln. **Kruse/Körkel/Schmalz nennen hier zu den Behandlungszielen Konsumreduktion, Arbeitsfähigkeit und Verbesserung der Erwerbssituation folgende Ergebnisse im Überblick:**

Ergebnisse von Alkoholismusbehandlung:

Konsumreduktion und Abstinenz

mehrmonatige stationäre Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken haben folgende Ergebnisse:

- 66 % sind nach 6 Monaten noch trocken
- ca. 50 % nach 4 Jahren noch völlig abstinent

Die Art der Therapieverfahren spielt hierbei keine Rolle. Egal ob 12 Sitzungen nach dem Konzept der AA oder 12 Sitzungen Verhaltenstherapie oder 4 Sitzungen motivierende Beratung. Insgesamt kommt es als Erfolgskriterium eher auf den einzelnen Therapeuten in Verbindung mit günstigen Rahmenbedingungen an und nicht so sehr auf das jeweilige Konzept.

Arbeitsfähigkeit

Krankenhausbehandlung und Krankschreibungen sind 2 Jahre vor der Behandlung auf einem hohen Niveau. 1 Jahr vor der Behandlung steigt das nochmals an. Mit Beginn der Behandlung fällt es steil ab. In den folgenden Jahren bleibt es auf niedrigem Niveau. Dies gilt für sowohl für direkt suchtbezogene Krankheiten als auch für andere nicht suchtbezogene Erkrankungen.

Weiterhin hat sich gezeigt, dass eine innerbetriebliche Suchtkrankenhilfe einen positiven Effekt auf die Krankenkosten hat und sich somit lohnt.

Erwerbssituation

Untersuchungen bei 915 alkohol- und medikamentenabhängigen Personen in Fachkliniken bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 5,5 Monaten

- berufl. Situation (Reintegration)

Ist stark von der gesamtwirtschaftlichen Situation abhängig

44% aller Klienten hatten in den anschließenden 7 Jahren einen Arbeitsplatz.

Ein Teil der Behandelten haben Stellen gewechselt, sodass man von einer erschwerten Bedingung ausgehen kann. Personen mit Job äußerten sich zu ihrer Situation zufrieden bis sehr zufrieden.

(Quelle der Zahlen aus: Kruse/Körkel/Schmalz: Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln)

Gefahr durch illegale Drogen auch im Betrieb

Bei illegalen Drogen können wir davon ausgehen, dass Cannabis die meist gebrauchte illegale Droge im betrieblichen Alltag ist. Ca. 30 % aller 14 - 24-jährigen haben in Deutschland diese Droge bereits probiert. Auch hier müssen wir davon ausgehen, dass eine Vielzahl der Auszubildenden und der jungen Arbeiter und Angestellten diese Droge vor, auf oder nach der Arbeit regelmäßig konsumieren. Sucht man nach Belegen oder Untersuchungen über das Gefährdungspotential

speziell von jungen Menschen in der Ausbildung, so gibt es hier praktisch keine genauen Ergebnisse oder Untersuchungen.

Interessante Ergebnisse liefert die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) bei einer Untersuchung über nächtliche Discoheimfahrten. Da in Discos Alkohol und illegale Drogen gemeinsam konsumiert werden, kann man davon ausgehen, dass neben der Übermüdung auch Drogenwirkungen für die sehr große Zahl schwerer und schwerster Unfälle verantwortlich ist. Die Untersuchung der BASt liefert Daten über die Schulformen der UnfallfahrerInnen:

HauptschülerInnen mit Abschluss	:	64,5 %
HauptschülerInnen ohne Abschluss	:	10,9 %
RealschülerInnen	:	19,7 %
AbiturientInnen/FachabiturientInnen	:	4,9 %.

Diese Zahlen werden im Manual des DVR (2002) „Angedröhnt und Abgefahren“ unter der Kapitelüberschrift **„Belastung im Beruf begünstigt die Flucht in den Rausch“** vorgestellt und mit Zusatzinformationen über Ausbildungsberufe versehen: **„Annähernd die Hälfte der Unfallfahrer waren berufstätige Jugendliche aus den Berufsgruppen Metall und Bau (48,1 %)“**.

Untersuchungen über die subjektiv empfundenen Belastungen von Jugendlichen in unterschiedlichen Ausbildungsgängen zeigen ein ähnliches Bild. Jungarbeiterinnen und Jungarbeiter sowie Arbeitslose sind nach allen Indikatoren wie emotionale Anspannung, negatives Selbstwertgefühl, psychosomatische Beschwerden, Krankheiten, Medikamenten- und Drogenkonsum stärker belastet als andere Jugendliche. Die Ursache kann in den besonderen Schwierigkeiten beim Übergang in eine Berufsausbildung oder eine berufliche Tätigkeit gesehen werden – ohne die erforderlichen Ressourcen.“

Lage der Auszubildenden in Betrieben und Bildungsmaßnahmen

Das Thema dieser Arbeit ist nicht nur die Konzeptionalisierung eines Seminars, um Ausbildungsverantwortliche für Aufgaben der betrieblichen Suchtprävention zu stärken, sondern versucht auch die Bedingungen von jungen Menschen im Übergang von der Schule in Ausbildung und dann Beschäftigung zu betrachten.

Junge Menschen, oft Auszubildende, in dieser Übergangssituation haben möglicherweise ihre erste Erfahrung mit Suchtmitteln bereits viele Jahre lang hinter sich und befinden sich nun eher in der Lebensphase, in der es in Bezug auf den Konsum von Rauschmitteln um Erfahrung von Grenzen geht. In dieser Zeit werden Alltagsdrogen so lange und so stark konsumiert, bis sich an den Reaktionen des eigenen Organismus und/oder denen der Gleichaltrigengruppe und Erwachsenenwelt ablesen lässt, dass eine Grenze erreicht ist. Daher ist diese Phase des Jugendalters nicht nur in Bezug auf den Status im Erwerbsleben und der Etablierung in Beschäftigung eine Übergangsphase, sondern auch in Bezug auf den riskanten Umgang mit Suchtmitteln.

Substanzkonsum im Jugendalter – Grenzen überschreiten und Neuland erforschen –

Prof. Michael Klein schreibt hierzu in der Suchttherapie (Klein M., Interdependente Muster im ..., Suchttherapie 2005; 6: 11-19):

„Viele riskante Verhaltensweisen entwickeln sich im frühen Jugendalter, da in dieser Zeit im Sinne einer Entwicklungsaufgabe die eigenen Grenzen entdeckt und justiert werden müssen. Diese wirken auf die Risikopersonen meist stimulierend und anziehend. Gerade die Ergebnisunsicherheit dieser Verhaltensweisen übt auf viele – insbesondere männliche – Jugendliche einen stark anziehenden Reiz aus. Die häufigsten Formen riskanten Verhaltens sind im Umgang mit psychotropen Substanzen, Sexualität und potentiellen Unfallsituationen (z.B. im Straßenverkehr) zu

finden. Es sind oft Mischformen aus diesen Verhaltensbereichen aufzufinden. **Gemeinsames Thema dieser Situationen ist die Erfahrung von Grenzerlebnissen und Grenzüberschreitungen.**“ ...

Und weiterhin im selben Kapitel: „Substanzkonsum kann aber auch als Risikoverhalten an sich betrachtet werden. Dies trifft etwa im Fall übermäßigen Konsums mit Vergiftungsfolgen und des Konsums unbekannter (illegaler) Substanzen bzw. Substanzmischungen zu. **Das meist jugendtypische Streben nach Genuss und Rausch sollte nicht vorschnell verdammt werden. In den meisten Fällen kann es als Durchgangsstadium verstanden werden**, in dem im Sinne einer Risikoreduktion die Integration in relativ risikoarme Lebensstile und Entwicklungsverläufe anzustreben ist, um größere Schädigungen zu vermeiden.“

Ob Übergangsphase oder Durchgangsstadium, Eltern, KollegInnen, AusbilderInnen, BerufsschullehrerInnen oder andere Kontaktpersonen von Auszubildenden, die Zeugen dieser zum Teil heftigen Entwicklung sind, sind oft ratlos und fragen sich „Wo das noch enden soll?“ Die hohen Unfallzahlen und das (wie viele Untersuchungen zeigen) frühe Abgleiten in abhängige Konsummuster sprechen ihre eigene Sprache und es macht auch keinen Sinn diese realen Lebensrisiken junger Menschen zu übersehen.

Suchtmittelgebrauch und Arbeitssicherheit

(Quelle: In Anlehnung an einen Auszug aus der Broschüre: Sicherheit für Sie / Heft 19 BG, Wiesbaden, Hrsg.: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften HVBG 1999)

Die Bundesanstalt für das Straßenwesen hat eine große Zahl von Unfällen untersucht, bei denen Alkohol im Spiel war. Das Ergebnis: Es gibt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Promillezahl im Blut und der Häufigkeit von Unfällen im Straßenverkehr.

Das Unfallrisiko

0,0 Promille	=	Unfallrisiko normal
0,3 Promille	=	Unfallrisiko X 2,0
0,6 Promille	=	Unfallrisiko X 3,0
0,8 Promille	=	Unfallrisiko X 4,5
1,0 Promille	=	Unfallrisiko X 6,5
1,2 Promille	=	Unfallrisiko X 9,5
1,5 Promille	=	Unfallrisiko X 16

Bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,8 Promille ist das Unfallrisiko bereits 4,5-mal höher als in nüchternem Zustand. Aber schon bei Werten von 0,3 Promille verdoppelt sich das Unfallrisiko.

Kommen mehrere Risiken zusammen, steigt im Allgemeinen das Gefahrenbewusstsein und man meidet solche Situationen. Wer würde sich schon gerne von einem Piloten mit 0,3 Promille im Blut in die Luft bringen lassen? Beim Thema

Alkohol und Straßenverkehr aber ist dieses erhöhte Risikobewusstsein ins Gegenteil verkehrt und nicht feststellbar.

Die Zahlen aus dem Straßenverkehr lassen sich sehr gut auf den betrieblichen Alltag übertragen. In den gewerblichen Betrieben spielt der innerbetriebliche Transport mit Fahrzeugen, z.B. Gabelstaplern und/oder Krananlagen eine große Rolle. Hier ist die Gefahr eines Unfalls genauso groß wie im Straßenverkehr.

Im Arbeitsalltag gibt es eine Fülle weiterer Risiken, etwa bei der Bedienung von Maschinen oder beim Umgang mit gefährlichen Stoffen. Die Arbeit erfordert die volle Konzentration.

Aber schon geringe Mengen Alkohol beeinträchtigen die geforderten Grundfähigkeiten. Häufig genug sind Unfälle die Folge: durch Unachtsamkeit, zu späte Reaktionen, Fehlentscheidungen, riskantes Verhalten und Umgehen von Sicherheitsregeln.

Konkrete Unfallgefahren

Selbst wenn es nicht direkt zu einem Unfall kommt: **Wer sich nicht mehr richtig konzentrieren kann, macht Fehler und liefert schlechte Arbeitsergebnisse ab.** Die Mängel wirken sich vielleicht nicht unmittelbar aus, aber sie können indirekt Schaden anrichten. So gefährdet z.B. eine fehlerhafte Steuerung nicht den Programmierer, aber die Anwender können in unangenehme oder gefährliche Situationen geraten. **Die Fehlerrate ist schon bei einfachen geistigen Tätigkeiten unter Alkoholeinfluss wesentlich höher.**

Leistungsminderung Im Bereich:		Unfallgefährdung durch:
Aufmerksamkeit	=	Riskantes Verhalten, Umgehen von Sicherheitsregeln
Gleichgewichtsapparat	=	Stürze
Reaktionszeit	=	zu späte Reaktionen
Wahrnehmung	=	Umgang mit beweglichen Objekten (Fahrzeugen)
Handfertigkeit	=	Verletzung der Gliedmaßen
Denkvermögen	=	Fehlentscheidungen
Antrieb und Stimmungslage	=	Riskantes Verhalten, Umgehen von Sicherheitsregeln

Quelle: Hrsg.: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften HVBG

Vorschriften / Verantwortung

Ein generelles Alkoholverbot am Arbeitsplatz gibt es nicht. Aber wie im Straßenverkehr gilt: Niemand darf unter Alkoholeinfluss gefährliche Situationen heraufbeschwören. Hier setzt die Unfallverhütungsvorschrift „Allgemeine Vorschriften“ strenge Maßstäbe, indem sie Beschäftigte und Vorgesetzte in die Pflicht nimmt.

Präventionsgesetz

Seit dem 02. Februar 2005 liegt der Entwurf des BMGS zum Präventionsgesetz vor. Mit dem Präventionsgesetz soll ein Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen

vollzogen werden. Prävention und Gesundheitsförderung einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege ausgebaut werden.

Ziel soll sein, die Gesundheit der Menschen zu erhalten bzw. zu fördern und damit ihre Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit nachhaltig zu verbessern.

Grundsätze der Prävention GUV - V A1 (bisher GUV 0.1)

Allgemeine Bestimmungen

§ 7 Befähigung für Tätigkeiten

(1) Bei der Übertragung von Aufgaben auf Versicherte hat der Unternehmer je nach Art der Tätigkeiten zu berücksichtigen, ob die Versicherten befähigt sind, die für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Aufgabenerfüllung zu beachtenden Bestimmungen und Maßnahmen einzuhalten.

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

Drittes Kapitel: Pflichten der Versicherten

§ 15 Allgemeine Unterstützungspflichten und Verhalten

(1) Die Versicherten sind verpflichtet, nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Unternehmers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sowie für Sicherheit und Gesundheitsschutz derjenigen zu sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen betroffen sind. Die Versicherten haben die Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu unterstützen. Versicherte haben die entsprechenden Anweisungen des Unternehmers zu befolgen. Die Versicherten dürfen erkennbar gegen Sicherheit und Gesundheit gerichtete Weisungen nicht befolgen.

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

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

3.1.2.2. Geschichte und Entwicklung

Die betriebliche Suchtprävention in Deutschland ist zurzeit auf einem bisher nicht gekannten Stand der Professionalität. Es gibt inzwischen viele einzelne Ansätze von Hochschulen, die an dieser Aufgabe mit unterschiedlicher Themenstellung forschen. Zu nennen sind hier Hochschulen in Berlin, Mannheim und Hannover. Speziell an der Universität Hannover im Weiterbildungsstudiengang Arbeitswissenschaften wird das Thema intensiv bearbeitet. Beleg hierfür ist die Expertise: „Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmungen und Verwaltungen“ die als Projekt der DHS im November 2005 veröffentlicht wurde. In dieser Expertise werden der aktuelle Stand betrieblicher Suchtprävention in Deutschland dargestellt und auch Vorschläge für eine Weiterentwicklung gemacht.

Die Wurzeln der betrieblichen Suchtarbeit in Deutschland liegen in den USA. Dort wurde am „Yale Center of Alcohol Studies“ betriebliche Formen der Alkoholprävention entwickelt. Die Grundzüge dieser damaligen in den 50er Jahren sich verbreitenden Programme waren praktisch die Vorfahren unserer heutigen Betriebsvereinbarungen. Besonders die Verantwortung und Aufgaben der Führungskräfte für innerbetriebliche Maßnahmen wurden dort sehr genau beschrieben. **Ziel dieser frühen Aktivitäten war die Reduzierung von Alkoholmissbrauch und Verringerung von Fehlzeiten und Arbeitsunfällen.**

Mit der Entwicklung der EAP-Programme (Employee Assistance Programs), als umfassendere Programme der Gesundheitsförderung, wird in den USA der Versuch unternommen auch die Wirtschaftlichkeit von Suchtprävention nachzuweisen. Diese in den 80er-Jahren durchgeführten Untersuchungen sind bis heute, die umfassendsten Belege zum betriebswirtschaftlichen Nutzen von betrieblicher Suchtprävention. Klaus Dietze hierzu in seinem Buch „Alkohol und Arbeit“:

„Employee Assistance Programs

- Eine Studie der Universität Missouri ermittelt eine jährliche Kostenersparnis durch ein untersuchtes EAP von 251 400 Dollar bei einem bereits in Ansatz gebrachten Budget des Programms von 200 000 Dollar.
- General Motors USA schreibt seinem EAP eine 33 prozentige Ersparnis für Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall, eine 67 prozentige Abnahme von Disziplinarproblemen und eine 82 prozentige Abnahme von Unfällen zu.“

Ein weiterer wichtiger Impuls war die erste „Interventionskette“, die 1976 vom Stanford Research Institute entwickelt wurde. Dieses stufenweise Vorgehen hat bis heute seine Gültigkeit behalten.

Im Deutschland der letzten Jahre wurden die betrieblichen Programme insoweit verändert und weiterentwickelt, dass nun, zumindest auf dem Papier, der Fokus vom Alkohol weg zur allgemeinen Suchtprävention und zur Gesundheitsförderung verschoben wurde.

Mit der Gesundheitsförderung sind auch die Krankenkassen seit Ende der 80er Jahre als Akteure mit im Boot. Zahlreiche Veröffentlichungen und Hilfsmaterialien für MitarbeiterInnen zu Suchtthemen belegen diese Entwicklung.

Im Folgenden ein Beispiel aus dem Jahre 1967, wo im Rahmen der betrieblichen Alkoholprävention die Flughafen Frankfurt AG sich in den USA bedient hat:

Verhaltensmuster von Arbeitnehmern mit Alkoholproblemen			
Quelle: In Anlehnung an Doyle Lindley, USA 1967/ übersetzt: Flughafen Frankfurt AG, Suchtkrankenhilfe Uli Zbrzezny			
Arbeitnehmer Verhaltensmuster	% der Arbeitsleistung	Erkennbare Anzeichen Abwesenheit/Allg. Verhalten	Erkennbare Anzeichen Arbeitsverhalten
1. Frühstadium <ul style="list-style-type: none"> Entspannungs- und Erleichterungstrinken Steigerung der Trinktoleranz Gedächtnislücken Erklärung des Trinkverhaltens 	90 %	Abwesenheit Nachlässigkeit (Mahlzeiten) Früher Feierabend Abwesenheit vom Arbeitsplatz Allgemeines Verhalten Beschwerden von Arbeitskollegen Überempfindlichkeit gegen echte oder eingebildete Kritik Häufige Klagen über körperliche Beschwerden	Arbeitsverhalten Versäumt Termine (Unaufmerksamkeit) Fehler durch falsche Beurteilung Nachlassende Arbeitsleistung Macht falsche Angaben
2. Frühes Mittelstadium <ul style="list-style-type: none"> Heimliches Trinken Schuldgefühl Zittern Interessenverlust 	75 %	Abwesenheit Wiederkehrende Fehlzeiten wegen kleinerer Krankheiten oder mit unglaubwürdigen Gründen. Häufiger als üblich im Krankenhaus Allgemeines Verhalten Aussagen werden unzuverlässig. Beginnt sich von Geselligkeit zurückzuziehen Borgt Geld von Kollegen Übertriebene Genauigkeit bei der Arbeit (Rechthaberei) Reagiert empfindl. (Mimose).	Arbeitsverhalten Wiederholt kleinere Verletzungen bei (und außerhalb) der Arbeit. Allgemeiner Verfall, Fahrigkeit Unregelmäßiges Arbeitstempo Nachlassende Aufmerksamkeit Konzentrationsschwäche
3. Fortgeschrittenes Mittleres Stadium <ul style="list-style-type: none"> Unfähig über Probleme zu sprechen Bemühungen um eine Kontrolle schlagen fehl Vernachlässigung der Ernährung Trinkt allein 	50 %	Abwesenheit Wiederkehrendes Fehlen (eventuell für mehrere Tage) Kommt nicht vom Essen zurück Allgemeines Verhalten Großspurig, angriffslustig, aggressiv und/oder kriecherisch. Eigene Probleme wirken sich auf die Arbeit aus (Trennung). Bemerkenswerter ethischer Abbau. Geldsorgen und deren Kaschierung. Verschlechterung des Körperzustandes -Gesetzeskonflikte. Wechsel im Gesichtsausdruck	Arbeitsverhalten Weit unterhalb der Erwartung
4. Endstadium <ul style="list-style-type: none"> Die Gedanken: „Meine Arbeit stört mein Trinken“ sind vorherrschend 	25 %	Abwesenheit Verlängertes, unvorhersagbares Fehlen. Wiederholte Krankenhauseinweisung Allgemeines Verhalten Trinken bei der Arbeit. Völlig unzuverlässig. Sichtbarer körperlicher Verfall. Ernsthafte finanzielle u. familiäre Probleme - Scheidung usw.	Arbeitsverhalten Ungleichmäßig Allgemeine Untüchtigkeit

Anmerkung: Doyle Lindley gehen von einer mittleren Dauer der Alkoholkrankung über alle Stadien hinweg von bis zu 15 Jahren aus. Neuere Alkoholforschung belegt die These: je jünger der Einstieg in kritischen Alkoholkonsum desto schneller der Weg in die Suchterkrankung, die Alkoholabhängigkeit.

3.1.2.3. Strukturelle Formen der betrieblichen Suchtarbeit

Präventionsort Ausbildungsbetrieb und Bildungseinrichtung

In meiner Präventionsarbeit in Ausbildungsbetrieben bzw. Bildungseinrichtungen mit außerbetrieblichen Formen der Berufsausbildung bin ich immer wieder auf generelle Zweifel an der Sinnhaftigkeit von Suchtprävention gestoßen. Ich konnte aber seit Ende der 90er-Jahre eine stark wachsende Akzeptanz für betriebliche Präventionsprogramme feststellen. Dies ging einher mit einer Bewegung hin zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Aus meiner Seminarpraxis ergaben sich immer wieder ähnliche Fragen zu strukturellen Maßnahmen für Ausbildungsbetriebe

Wie sollen wir/ich die vorgestellten Maßnahmen zur Suchtprävention für unsere Teilnehmer/innen allein überhaupt durchführen und was bringt mir die aufwendige Installierung einer Betriebsvereinbarung?

Die prozesshafte Erarbeitung einer Betriebsvereinbarung ist eine zwar aufwendige aber sehr hilfreiche Aufgabe. Die betrieblichen Gewohnheiten und Rituale werden hinterfragt und das eigene Handeln und die eigene Haltung zu Suchtthemen wird losgelöst vom Einzelfall deutlicher.

Für den Ausbildungsbetrieb, für die Bildungseinrichtung kann sich die Handlungsgrundlage für Gesundheitsförderung verbessern. Konkrete Vorteile sind:

1. **Regeln für problematische Situationen werden festgelegt**
2. **Eine Laufzeit wird vereinbart und Fristen zur Überprüfung erhöhen den Qualitätsgedanken**
3. **Die Pädagogen/innen erhalten Handlungssicherheit in schwierigen Situationen**
4. **Feste Regeln zum Suchtmittelkonsum geben den Auszubildenden Orientierung und haben Vorbildcharakter (Modelllernen)**
5. **Es werden vereinbarte Räume und Geldmittel zugesagt und bereitgestellt**
6. **Die Nachhaltigkeit wird unabhängiger von der Initiative einzelner Mitarbeiter/innen**

Rückendeckung von Leitung

Ohne Rückendeckung durch die Leitungsebene sind verbindliche Regelungen nur schwer zu erreichen. Gerade Suchtthemen sind heikel und verlangen nach klaren Strukturen und Regeln. Leitungsaspekte und Beiträge der Personalvertreter sind eine wichtige Ergänzung zur helfenden, unterstützenden Haltung vieler Pädagogen. Ungeduld hilft hier nicht weiter und es gilt bei Leitung und Kollegen/innen um Unterstützung zu werben, Informationen zu geben und alle Planungen mit den Hierarchieebenen abzustimmen. Nur so erhält man die nötige Handlungssicherheit im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen oder anderen Suchtproblemen.

Vorgesetzte sind gefordert

Eine Alkoholabhängigkeit entwickelt sich bei Erwachsenen länger als bei Auszubildenden (hier genügen mitunter 2 Jahre) und individuell sehr unterschiedlich – oft schleichend über viele Jahre hinweg und von den KollegInnen zunächst unbemerkt. **Dabei können durchaus schon früh Veränderungen beobachtet werden, die Vorgesetzte hellhörig machen sollten**, zum Beispiel Stimmungsschwankungen, zunehmende Unzuverlässigkeit, deutlich nachlassende Arbeitsleistung, Rückzug und Isolation, Konzentrationsstörungen, Vernachlässigung anderer Interessen, häufige Kurzfehlzeiten, eine „Fahne“ oder versteckte Alkoholdepots.

Neuere Suchtformen, besondere die Internetsucht, kann, so zeigt die Entwicklung der letzten Jahre, mehr und mehr auch zu einem betrieblichen Problem werden. Bildschirmarbeitsplätze nehmen immer mehr zu und Phänomene wie Online-Sucht und auch Online-Sexsucht werden in Betrieben spürbar. **Auch der süchtige Internet-Surfer erleidet einen Kontrollverlust und bricht zur Befriedigung seiner Bedürfnisse alle betrieblichen Regeln.** Ähnliches gilt für „Workaholics“, für Arbeitssüchtige, die sich zur Befriedigung ihrer Sucht auch über Absprachen und Regeln zum Schaden des Betriebes hinwegsetzen.

In der betrieblichen Realität geschieht es häufig, dass Vorgesetzte aus Unwissenheit oder Konfliktscheuheit nicht die erforderlichen Maßnahmen ergreifen. Kollegen versuchen den suchtkranken Mitarbeiter zu decken. Es wird geschwiegen und beobachtet aber nicht gehandelt. Damit werden sie Teil des süchtigen Systems des/der süchtigen MitarbeiterIn. Reinhard Fuchs beschreibt in seinem Buch „Betriebliche Suchtprävention“, Göttingen 1998, welche Gründe und Ausgangslagen das suchtpreventive Handeln von Vorgesetzten bestimmen:

Intervention durch Vorgesetzte / Besonderheiten der Vorgesetztenrolle

„Was könnte Führungskräfte dazu bringen, bei Suchtproblemen problembezogen und problemgerecht zu intervenieren?“

- Kenntnisse und Akzeptanz des Verfahrens im Umgang mit suchtmittelauffälligen MitarbeiterInnen und Kenntnisse der Zuständigkeiten,
- Antizipation von Verhaltensweisen des eigenen Vorgesetzten und anderer betrieblich relevanter Kräfte im Einklang mit den verfolgten Zielen,
- Wissen darüber, wer Unterstützung (intern und extern) anbieten kann,
- Gesprächskompetenz,
- Erwartung, dass das Suchtproblem in der Organisation im Prinzip gelöst werden kann, d.h., dass Erfolgsaussichten bestehen,
- Erwartung, dass die Organisation den Vorgesetzten selbst in seinem Handeln unterstützt und Interventionen billigt, vielleicht sogar honoriert,
- Erwartung, dass die Intervention im Vergleich zur Nichtintervention langfristig für eigene Zielerreichung so stark von Nutzen ist, dass kurzfristige Nachteile in Kauf genommen werden können,
- Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zum Umgang mit dem/der MitarbeiterIn“

(Quelle: Betriebliche Suchtprävention /hrsg. von Reinhard Fuchs... - Göttingen 1998)

und weiter:

„Was könnte Führungskräfte davon abhalten, bei Suchtproblemen zu intervenieren? Welche Risiken befürchten Vorgesetzte bei Interventionen?“

- Befürchtung, dass die Abteilung einen schlechten Ruf bekommt,
- Das Risiko, „davon gewusst zu haben“, wenn es zu Leistungseinbrüchen in verantwortungsvollen Positionen kommt,
- Den problematischen Drogenkonsumenten trotz Personalmangel irgendwie ersetzen zu müssen, selbst wenn dieser in Behandlung ist,
- Während oder nach der Behandlung das Budget zu überziehen, wenn derjenige trotz Therapie seine alten Aufgaben nicht wieder übernehmen kann.“

„Vorgesetzte lösen dieses Dilemma z.T. dadurch, dass sie „glauben“, dass Drogenmissbrauch mit den Anforderungen ihrer Arbeit sowieso unvereinbar sei und es daher bei ihnen keine Alkoholiker oder ähnliches gebe (Trice&Beyer 1977, S. 63)“

(Quelle: Betriebliche Suchtprävention /hrsg. von Reinhard Fuchs... - Göttingen 1998)

Generell gilt für die Rolle der Vorgesetzten die Aussage: Betriebliche Suchtprävention kann nur erfolgreich sein, wenn sie von der Führung selbst gewollt und aktiv unterstützt wird.

Suchtprävention gemeinsame Aufgabe

Darüber hinaus ist sie eine gemeinsame Aufgabe aller Gruppen im Betrieb. Doch zunächst muss jemand aktiv werden und den Anstoß geben! Beim Aufbau eines Programms für die betriebliche Suchtprävention ist es hilfreich, die Aufgaben auf mehrere Schultern zu verteilen, zum Beispiel in einem Arbeitskreis Sucht. In kleineren Betrieben können ein oder zwei Mitarbeiter diese Aufgabe übernehmen.

Der Arbeitskreis, dem auch Entscheidungsträger im Betrieb angehören sollten, erarbeitet ein Konzept für die praktische Umsetzung von präventiven Maßnahmen, die dann in einer Betriebsvereinbarung festgelegt werden. Darin ist zum Beispiel geregelt, wie mit auffälligen, gefährdeten oder suchtkranken MitarbeiterInnen umgegangen werden soll, wann die Personalabteilung einzuschalten ist und wann externe Hilfe hinzugezogen wird. So entsteht mit der Zeit ein System, in dem jeder seine Funktion kennt und weiß, was er wann zu tun hat.

Zunächst ist es wichtig, Führungskräfte, Mitarbeiter, Auszubildende und deren Interessenvertretungen für die Suchtproblematik im Betrieb und den Umgang mit Betroffenen zu sensibilisieren. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Schulung von Personalverantwortlichen auf allen Ebenen. Im Mittelpunkt steht dabei das richtige Vorgehen im Umgang mit auffälligen Personen – insbesondere bei Mitarbeitergesprächen. Hierzu gibt es ganztägige Veranstaltungen, in denen mit Hilfe von Videos und Rollenspielen der Ernstfall geübt werden kann.

Der Arbeitskreis kann auch einen betrieblichen Ansprechpartner oder Suchthelfer benennen. Er berät Betroffene über außerbetriebliche Hilfeangebote und vermittelt entsprechende Kontakte. Kleinere Betriebe, die über keinen eigenen betrieblichen Ansprechpartner verfügen, können die Angebote von Institutionen der Suchtkrankenhilfe, wie externe Beratungsstellen und ärztliche Dienste, in Anspruch nehmen: Dort – und teilweise auch bei den Kammern – stehen entsprechende Berater zur Verfügung, die diese Aufgabe im Betrieb übernehmen können. Darüber hinaus erhalten Betriebe bei diesen Stellen Unterstützung für den Aufbau eines betrieblichen Hilfesystems.

Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Seminarinhalte

Viele Ausbildungsbetriebe und Bildungseinrichtungen stehen vor der schwierigen Aufgabe vielfältige Aufgaben mit engen finanziellen Ressourcen und einer dünnen Personaldecke schultern zu müssen. Aufgabenfülle und belastender Erfolgsdruck und in der Regel starke Anbieter-Konkurrenz erschweren die Arbeit zusätzlich. Trotz vorhandener Schwierigkeiten mit Suchtgefährdung bei den Auszubildenden und auch Mitarbeiter/innen erscheint die Einführung suchtpreventiver Maßnahmen und struktureller Maßnahmen zur Gesundheitsförderung als Luxus und schwer zu realisieren. **Häufig benannte Hindernisse** sind:

- **Geringe Personalkapazität**
- **Kaum Möglichkeit zur internen Teambildung**
- **Geringes Zeitbudget zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildung**
- **Viele Aufgaben in der Einrichtung und Schwierigkeit nach Außen zu gehen**
- **Wenig Kenntnis und Kontakt zu externen Hilfsmöglichkeiten**
- **Rigidität von Leitung und Kollegen/innen im Umgang mit gefährdeten Jugendlichen**
- **Suchtprobleme einzelner Mitarbeiter/innen**
- **Keine Personalvertretung**
- **Geringe Unterstützung durch Leitung**
- **Tabuisierung des Themas aus Angst vor Reaktionen der Kunden oder Kooperationspartner**

Stufenpläne im Wandel

Interventionspläne oder Stufenpläne finden sich in allen Konzepten betrieblicher Suchtpräventionsprogramme. Sie gehen aus Erfahrung davon aus, dass suchtblastete (zumeist mit Alkohol auffällige) MitarbeiterInnen freiwillig keine Änderung ihres problematischen Substanzkonsums ins Auge fassen werden. Der Wert des Eingebundenseins in Arbeit und die Autorität betrieblicher Regelungen werden in diesen Interventionsplänen in die Waagschale geworfen, um mit „konstruktivem Druck“ bei den suchtgefährdeten bzw. süchtigen MitarbeiterInnen eine Verhaltensänderung zu bewirken und durchzusetzen. Es ging in diesen Plänen um Gespräche und Konsequenzen, die die Erfüllung realer Arbeitsplatzanforderungen zum Ziel hatten und die konkrete Änderungen im Arbeitsverhalten zum Inhalt hatten. Sanktionen aber auch konkrete Hilfsangebote waren in diesen Plänen fest geschrieben und boten einen nachvollziehbaren, verbindlichen Rahmen für Gespräche und disziplinarische Konsequenzen.

Diese Stufenpläne haben sich in der Praxis außerordentlich bewährt und haben vielen MitarbeiterInnen einen Ausstieg aus dem Teufelskreis Sucht überhaupt erst möglich gemacht. Trotz dieser positiven Erfahrungen und der wichtigen Rolle, die sie bei der Etablierung und Professionalisierung von betrieblicher Suchtprävention gespielt haben, müssen die Stufenpläne neuen Erkenntnissen der Suchtbehandlung angepasst werden. Hauptkritikpunkt ist das relativ späte Einsetzen von Gesprächen in den im Stufenplan vorgesehenen Interventionsschritten. Und die häufig in den Plänen festgeschriebenen Stationen der Suchtbehandlung stimmen mit den Realitäten von heute oft nicht mehr ganz überein. Das Verständnis von Rückfallgeschehen und damit verbunden von Rückfallprophylaxe hat sich in der jüngeren Vergangenheit verändert. Neue Behandlungsformen, z. B. Angebote im Bereich der Ambulanten Therapie und Änderung der Therapie- und Nachsorgekonzepte, wurden bislang in den Stufenplänen nicht berücksichtigt.

Gerade, wenn es um Auszubildende geht, haben die bisherigen Konzepte wenig Wirkung entfalten können. Der Unterschied zwischen riskantem, nicht

süchtigen Konsum und beginnender Suchtgefährdung ist bei Jugendlichen schwer zu entschlüsseln. Um einen Ausbildungserfolg zu sichern und Auszubildende vor Risiken zu bewahren, ist es aber sinnvoll möglichst frühzeitig zu intervenieren und Veränderung anzumahnen. Auch ist es sinnvoll reale Unfallgefahren anzusprechen, die durch Konsum von Rauschdrogen auf der Arbeit, bei der Fahrt von der Arbeit und auch im Freizeitbereich entstehen können.

Botschaften von Abstinenz und Verzicht sind aber bei jungen Menschen nicht nur unpopulär, sondern sind auch aus therapeutischer Sicht nicht notwendig. Dagegen macht das frühe Ansprechen von riskanten Konsummustern Sinn und kann ein Abrutschen in abhängiges Verhalten verhindern.

Ergänzung zu Stufenplänen

Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll vorhandene Stufenpläne zu überarbeiten und durch vorgeschaltete Frühinterventionen zu ergänzen. Änderungen, die nicht nur den Auszubildenden zu Gute kommen würden. **Die im November 2005 erschienene Expertise zu den Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamenten-Prävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen (DHS 11/2005) von E. Wienemann und P. Müller macht hierzu folgende Vorschläge. Dem überarbeiteten Stufenplan werden ein Fürsorgegespräch und ein Klärungsgespräch vorgeschaltet. Zuerst das Fürsorgegespräch:**

Fürsorgegespräch

Das Fürsorgegespräch ist ein Mitarbeitergespräch bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die zu Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld führen (können). Ziel ist es der Verfestigung von Problemen vorzubeugen und den einzelnen Beschäftigten frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung vonseiten des Arbeitgebers bzw. des/der Vorgesetzten erwarten können, wenn sie dies wünschen. Es ist ein Element gesundheitsorientierter Führung. Es ist nicht Bestandteil des Stufenplans und hat keinen disziplinierenden Charakter.

Beteiligte: Beschäftigte/r, unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Hat eine Beschäftigte/ein Beschäftigter persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme, die am Arbeitsplatz sichtbar werden und bei Fortsetzung des Verhaltens die Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten erwarten lassen, führt der/die unmittelbare Vorgesetzte mit der betroffenen Person ein vertrauliches Gespräch. Im Gespräch wird allein die Fürsorge zum Ausdruck gebracht und soziale Unterstützung angeboten. Inhalt des Gesprächs:

- Persönlichen Eindruck ansprechen, das der/die Beschäftigte Probleme hat, die auch am Arbeitsplatz sichtbar werden;
- Wahrgenommene Veränderungen konkret benennen;
- Frage danach, ob der/die Beschäftigte Unterstützung wünscht und wenn ja, in welcher Form;
- Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote (soziale Ansprechpersonen – sofern vorhanden, betriebsärztlicher Dienst u.a.) und externe Hilfemöglichkeiten (einschlägige Beratungsstellen, Arzt).

Nach dem Fürsorgegespräch oder statt diesem das Klärungsgespräch:

Klärungsgespräch

Das Klärungsgespräch setzt die wiederholte Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten voraus, die nicht (eindeutig) im Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch oder süchtigem Verhalten stehen. Ziel des Klärungsgesprächs ist es, ein Feedback zu den Auffälligkeiten zu geben, die Erwartungen an das zukünftige Verhalten zu benennen und konkrete Schritte zu vereinbaren sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Es ist nicht Bestandteil des Stufenplans.

Beteiligte: Beschäftigte/r, unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Bei Vernachlässigung arbeitsrechtlicher Pflichten in Verbindung mit persönlichen, gesundheitlichen oder sozialen Problemen von Beschäftigten hat die/der unmittelbare Vorgesetzte mit der betroffenen Person ein Gespräch zu führen. Das Gespräch umfasst folgende Inhalte:

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
- Besorgnis ausdrücken, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeits- und Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
- Aufzeigen der Erwartungen des/der Vorgesetzten an das weitere Arbeitsverhalten, zukünftiges Verhalten präzise beschreiben;
- Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote (soziale Ansprechpersonen – sofern vorhanden, betriebsärztlicher Dienst u.a.) und externe Beratungsmöglichkeiten (Adressen von Psychosozialen Beratungsstellen, einschlägigen Fachberatungen);
- Konkrete Vereinbarung der weiteren Schritte;
- Festlegen eines weiteren Gesprächs, um über die weitere Entwicklung des Verhaltens Rückmeldung zu geben (Rückmeldegespräch) in ca. 6-8 Wochen.

Der/die Vorgesetzte fertigt eine Gesprächsnotiz zu dem Gespräch an, die dem/der Beschäftigten ausgehändigt wird.

Die Expertise kommt zu dem Schluss:

„Angeregt werden müsste in vielen Fällen die inhaltliche Weiterentwicklung des Beratungskonzeptes. Es geht beispielsweise um die stärkere Einbeziehung ressourcenorientierter Verfahren in der Beratungsarbeit (z.B. Motivational Interviewing) und die Diskussion über Selbstwirksamkeit bei notwendigen Veränderungen des Konsumverhaltens.“

Vor allem die Frage der Abstinenz versus Konsumreduzierung und das Modell der Punktnüchternheit spaltet die betriebliche Suchtberatung. Viele Nebenamtliche Suchthelfer kommen aus der klassischen Alkoholbehandlung. Mit Hilfe von Selbsthilfe und teilweise rigiden Therapieformen haben Sie, wenn sie denn selber Betroffene waren, für sich einen „trockenen“ Umgang mit dem Suchtphänomen gefunden. Modelle wie das „kontrollierte Trinken“ stoßen bei Ihnen auf Misstrauen und Ablehnung. Es wird nötig sein für die neuen Konzepte bei Ihnen zu werben und ihnen das Kennenlernen moderner Beratungsansätze schmackhaft zu machen.

3.1.3 C. Beratung und Hilfe im Ausbildungsbetrieb, Formen und Inhalte der Beratung

3.1.3.1. Bewährte Angebote und bisherige Erfahrungen Hilfe im Verbund / Vernetzung

Für Ausbildungsverantwortliche und Suchtbeauftragte sind Kenntnisse über das Hilfesystem für Suchtkranke von großer Bedeutung. Sie sind gefordert für ihre Arbeitszusammenhänge möglichst effiziente Formen der internen und externen Vernetzung zu organisieren. Angesichts schlankerer Hierarchien und wachsender betrieblicher Produktivitätsforderungen ist vor allem die Vernetzung nach außen das Mittel der Wahl. Auch die Einrichtungen der Suchthilfe sind an einer solchen Vernetzung interessiert, weil sie auch die Schwierigkeiten erkennen früh mit Suchtgefährdeten in Kontakt zu kommen.

Aus den Krankheitsverläufen von Suchtgefährdeten und Suchtkranken und hier vor allem den Alkoholkranken Erwachsenen, wissen wir, dass viele von Ihnen noch nie eine Einrichtung des Suchthilfesystems in Anspruch genommen haben. Dabei haben wir in Deutschland ein gut ausgebautes und wohl auch sehr effizientes Behandlungssystem für Suchtkranke. Trotzdem sind es insgesamt nur ca. 20 % aller Betroffenen, die jemals Kontakt zur Suchthilfe hatten.

Prof. Michael Klein hierzu:

„Jährlich haben nicht mehr als 8 % aller betroffenen Alkoholabhängigen Kontakt zum Suchthilfesystem, während etwa drei Viertel von allen wenigstens einmal jährlich bei Ihrem Hausarzt vorstellig werden. Diese Fakten führen zu Forderungen hinsichtlich der Weiterentwicklung des Suchthilfesystems. Die wichtigsten notwendigen Innovationen sind in einer Verbesserung der Vernetzung zwischen verschiedenen Hilfesektoren (z.B. medizinische Primärversorgung, Vorsorgesystem, Jugendhilfe, Straffälligenhilfe usw.) und in verstärkten Bemühungen zur Frühintervention und Schadensbegrenzung zu sehen.

Aus diesen Gründen ist inzwischen auch von einem **Versorgungsnetzwerk** statt von der traditionellen therapeutischen Kette als Idealmodell der gesundheitlichen Versorgung für Suchtkranke auszugehen. Zum Versorgungsnetzwerk gehören vor allem:

- (1) Hausärzte und niedergelassene Psychiater
- (2) Suchtberatungsstellen (Sucht-Ambulanzen)
- (3) Entgiftungskliniken
- (4) Suchtfachkliniken
- (5) Nachsorgeeinrichtungen
- (6) Selbsthilfegruppen“

(Klein M.: Suchtstörungen in: Handbuch für Gesundheitsberater, Huber 2001)

Der von Klein geforderten Weiterentwicklung wird in vielen Bereichen zurzeit Rechnung getragen. Die traditionelle Behandlung von Suchtkranken besteht im Wesentlichen aus 3 Schritten:

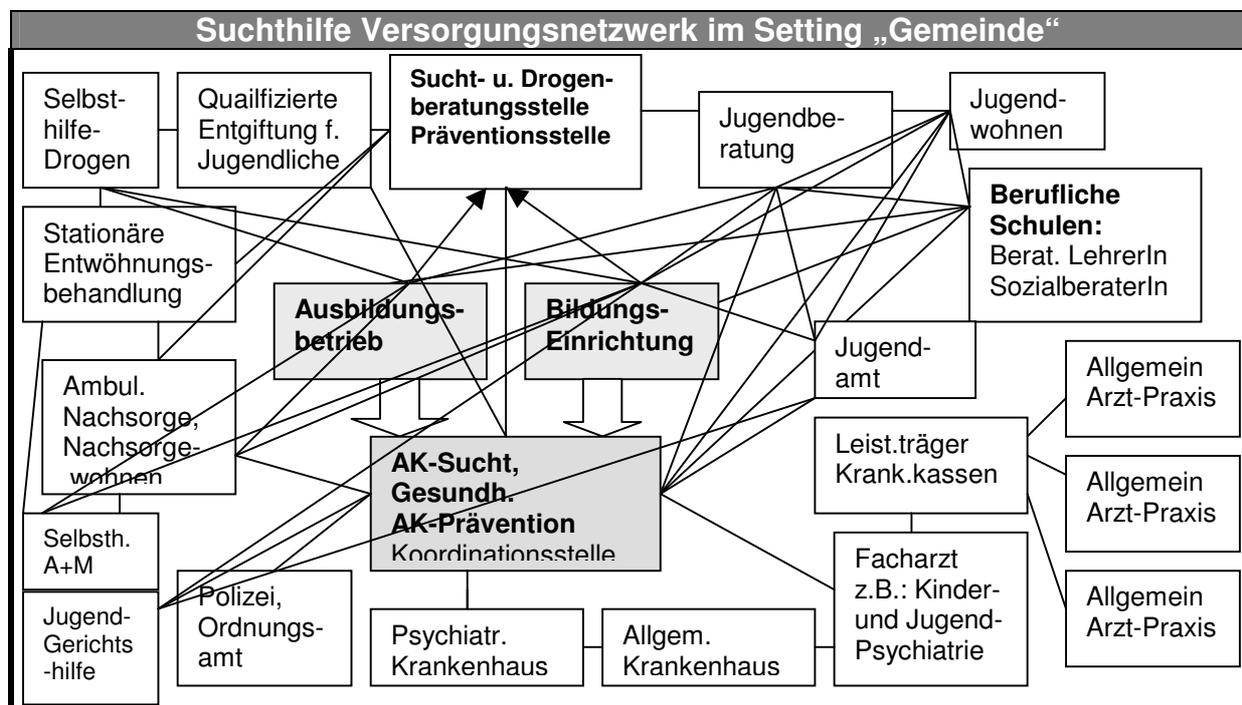
- **Motivation zur Abstinenz** (durch die Suchtberatungsstellen)
- **Entzug** (Entgiftung) (Durch Kliniken mit entsprechenden Stationen)
- **Entwöhnungsbehandlung** zur langfristigen Aufrechterhaltung der Abstinenz (stationär in Fachkliniken, die hierauf spezialisiert sind)

Wie vorher besprochen erscheinen viele Suchtkranke aber viel häufiger in Hausarztpraxen oder allen möglichen Stationen der Allgemeinkrankenhäuser. Behandelt wurden dann einzelne Symptome wie: Depressivität, Magen-Darm-Beschwerden, Leberreizung oder Herz-Kreislauf-Störungen. Hier hat bisher noch keine Vernetzung in Richtung Suchthilfe stattgefunden. Entgiftungsstationen im Allgemeinkrankenhaus hatten häufig Drehtürcharakter und Suchtkranke tauchten hier in regelmäßigen Anständen wieder auf, ohne dass eine grundlegende Veränderung in Gang kommen konnte.

Das von M. Klein empfohlene Versorgungsnetzwerk findet sich bereits in amerikanischen Ansätzen der gemeindenahen Gesundheitsförderung und in der Psychiatrie Enquête (1975) der Bundesregierung als Idee wieder. Hier wurde die bedarfsgerechte Versorgung Suchtkranker neben die bedarfsgerechte Koordination des Versorgungsgebietes gestellt. All diese Ansätze begreifen Suchterkrankung als ein prozesshaftes Geschehen, bei dem möglichst frühe Interventionen auch Teil einer ebenso prozesshaft verlaufenden Änderungsbewegung sein können.

Ausbildungsbetriebe und Bildungseinrichtungen sind Orte, wo suchtgefährdete, kritisch konsumierende Jugendliche jeden Tag anzutreffen sind. Kurzinterventionen vor Ort mit Einbettung in ein vernetztes lokales Hilfenetz könnte die Suchtgefährdung bei Auszubildenden nachhaltig verändern und die Situation im Betrieb und in der Einrichtung verbessern helfen.

Folgende Grafik zeigt mögliche Vernetzung auf Gemeindeebene. Es ist ein zugegeben vielleicht etwas idealer Entwurf, aber dieser oder ähnliche Modelle werden in einigen Kommunen durchaus schon erfolgreich praktiziert.



Die in dieser Arbeit an verschiedener Stelle angesprochenen motivationalen Kurzinterventionen könnten die Situation verbessern und gewährleisten, dass suchtgefährdete Auszubildende und erwachsene Suchtkranke schneller mit professioneller Hilfe versorgt werden. Bereits in der beginnenden Umsetzung sind im Gesundheitsbereich folgende neuere Angebotsformen:

Für den Bereich Jugendhilfe:	MOVE – Motivierende Kurzinterventionen bei Drogen konsumierenden Jugendlichen
Für die Entgiftung:	Konzepte der qualifizierten Entgiftung d. h. Motivationsarbeit und Zusammenarbeit mit dem lokalen Hilffssystem
Für die Allgemein-Praxis:	Konzepte zur Kurzintervention und Screenings. Schulung und Manual (BZgA)
Für die gynäkologische Fachpraxis:	Beratungsleitfäden / Manual (BZgA)

Behandlungsmodelle für Berater – KlientIn - Beziehung /

(Four models of ... Emanuel & Emanuel 1992)

Jeder Berater hat seinen persönlichen Stil. Er ist oft geprägt vom Herkommen, eigenen Erfahrungen und Stand der individuellen Beraterpraxis und eigenen Visionen. Die Reflexion dieses persönlichen Stils ist von Bedeutung, wenn es um die Erprobung neuer Gesprächstechniken bzw. -methoden geht. Nicht jede Beratungsform passt für jeden Berater. Im Folgenden vier Behandlungsmodelle, die es erleichtern den eigenen Stil zu benennen. Es gibt wie so oft in der Suchthilfe keinen Königsweg. Jeder Stil hat seine Wirksamkeit und Berechtigung. Wer in der Regel eher zurückhaltend und vorsichtig berät, wird sich nie mit dem „väterlichen Modell“ anfreunden und umgekehrt. Hier die Übersicht:

Behandlungsmodelle für BeraterIn - KlientIn - Beziehung (Four models of ... Emanuel & Emanuel 1992)

- 1 The paternalistic model** (das väterliche Modell)
„Ich weiß was richtig ist und ich sage es dir“
- 2 The informative model** (das informative Modell)
„Ich gehe vom autonomen Klienten aus / Ich liefere Infos und er/sie hat die Freiheit den eigenen Weg zu planen oder sofort einzuschlagen“
- 3 The interpretative model** (das interpretierende Modell)
„Es geht um das Herausfinden von Werten, Zielen und Visionen und die Planung von Maßnahmen. Es geht darum eine Passung zu erstellen“
- 4 The deliberative model** (das bedächtige, beratende Modell)
„Zwischen Berater und KlientIn besteht ein eher freundschaftlicher Umgang. Die persönliche Meinung des Beraters („Meine Meinung ist...“) wird zum Thema gemacht. Eigene Werte und Präferenzen werden mitgeteilt.“

Zusammenfassend wird festgestellt, dass der/die BeraterIn bei suchtgefährdeten Auszubildenden den eigenen Beratungsstil reflektieren sollte und in Verbindung mit motivierenden Beratungsformen auch erfolgreich einsetzen kann. Vernetzung macht die Beratungsarbeit erst effektiv.

3.1.3.2. Motivierende Gespräche in der Praxis Kurzinterventionen / Hilfe und Beratung für Auszubildende

Die in dieser Arbeit vermittelte Gesprächsführung orientiert sich hauptsächlich an der Motivierenden Gesprächsführung (MI) von William R. Miller und Stephen Rollnick (Miller u. Rollnick / Motivierende Gesprächsführung, Lambertus Verl. 1999). Sie haben in ihrem Werk einen Beratungsansatz entwickelt, der die Motivation zur Verhaltensänderung in den Vordergrund der Interaktion stellt. Miller und Rollnick geben in ihrem 2002 in Deutschland neu aufgelegten Buch folgende Definition für Motivational Interviewing (MI):

„MI is a client-centered, directive method for enhancing intrinsic motivation to change by exploring and resolving ambivalence.“

Obwohl MI zunächst als Methodenbuch von Praktikern der Suchtbehandlung für Praktiker geschrieben wurde und zunächst keine wissenschaftliche Untermauerung bzw. theoretische Herleitung angeboten hat, konnte sich diese Methodik mit großer Schnelligkeit ausbreiten. Zumindest in Teilen findet MI heute in allen Segmenten der Suchthilfe Anwendung.

Zum Ende von Modul 2 werden erfolgreiche Modelle der Kurzintervention (z.B. FRAMES) vorgestellt, die sich ebenfalls auf die Arbeiten von Miller und Rollnick beziehen.

Eigene Erfahrung

Ich selbst wurde von Dr. Ralf Demmel, Universität Münster, und Dr. Georg Kremer, dem Übersetzer des Miller und Rollnick Buches, im Jahr 1999 in die Technik des Motivational Interviewing eingewiesen. In diesem Seminar des LWL in Schöppingen waren die dort anwesenden Praktiker aus allen Bereichen der Suchthilfe spontan von den Möglichkeiten des MI begeistert. Die Ergebnisse des Seminars wurden wie folgt zusammengefasst:

„Besonders die Vorstellung der **5 Prinzipien** motivierender Gesprächsführung schien den Gruppenteilnehmern hilfreich. Eine erfolversprechende Methode, die durch die Auflistung der fünf Prinzipien gut gegliedert und anwendbar wird.

Umgang mit Ambivalenz:

Die Einheit über den **Umgang mit Ambivalenz** scheint eine häufige Situation der stationären Behandlungsformen aufzugreifen. Mit Eintritt in die Klinik ist längst nicht alles klar. Das Verhalten und die Entwicklung der PatientInnen bleibt von ambivalenten Verhaltensweisen geprägt. Diese Widersprüche sind mit wechselnden Themen bis weit in den Nachsorgebereich hinein anzutreffen. „Einerseits suche ich Arbeit andererseits habe ich soviel Schulden, das es kaum lohnt.“ Motivierende Gesprächsführung scheint bei der Aufdeckung und Bearbeitung dieser Ambivalenzen gut einsetzbar.“

„Zielfindung – dem **positiven Kontakt zu den KlientInnen** wird große Bedeutung beigemessen. Er dient zu Beginn der Behandlung und bei neuen Behandlungsschritten der Ergründung des Standpunktes und einer **realistischen Zielfindung**. Mit motivierenden Gesprächsformen kann es vermieden werden den PatientInnen Ziele überzustülpen.“

(Beuchel-Wagner, Beitrag in: Kurzintervention und motivierende Gesprächsführung, Forum Sucht, LWL, Münster 2000)

Dr. Demmel und Dr. G. Kremer gehören zu den von Miller und Rollnick ausgebildeten und autorisierten MI-TrainerInnen. Dr. Demmel, der an Kurzinterventionsmodellen für

die Arztpraxis (Projekt: BRIAN) forscht, war dann ebenfalls mein MI-Lehrer im Masterstudiengang der KFH NW und DR. G. Kremer war in Folge mein Ausbilder als MOVE-Trainer für Kontaktpersonen von Drogen konsumierenden Jugendlichen). Die am MI orientierte und von der Landeskoordinationsstelle in NRW „GINKO“ entwickelte Semareinheit „MOVE“ beinhaltet insbesondere Gesprächsführung und Interventionsformen zum Umgang mit kritisch konsumierenden Jugendlichen. Ebenso wie auf das MI bezieht sich MOVE auf das Rad der Veränderung (Wheel of Change bzw. Five Stages) von Di Clemente und Prochaska.

Motivierende Gesprächsführung in der Ausbildung

In der außerbetrieblichen Berufsausbildung ist das Ziel der dort angewandten Förderplanung Abbrüche zu verhindern und den Ausbildungserfolg zu sichern. Ziel vieler Förderplangespräche ist es, bei den Auszubildenden größere Veränderungsbereitschaft und Ausbildungswillen zu erzeugen und Abbrüchen vorzubeugen. In der sozialpädagogisch begleiteten Berufsausbildung gilt es immer wieder neue Ansätze und Wege zum Ausbildungserfolg der TeilnehmerInnen zu erproben. Sanktionen und Ermahnungen verpuffen oft wirkungslos angesichts komplexer, krisenhafter Lebenssituationen der Auszubildenden. Ihr riskanter Drogenkonsum ist bei den Auszubildenden nicht die einzige riskante Verhaltensweise und mit ihrer Änderungsmotivation steht es nicht zum Besten. In Gesprächen begegnen BeraterInnen in der Regel ambivalentem und widerständigem Verhalten. Diese Blockaden und Widerstände gilt es zu erkennen und aufzulösen. Eine empathische Grundhaltung, wie sie im MI angelegt ist, kann Beratung trotzdem erfolgreich machen. **Ermutigung statt Konfrontation ist ein erfolgversprechender Weg. In der Praxis bewährte Strategien sind:**

- Gesprächstechniken, die der Ambivalenz der Auszubildenden Rechnung tragen
- Gesprächshemmende Faktoren vermeiden, das Gespräch in Fluss halten
- sozialpädagogische Kurzinterventionen zur Verhaltensänderung pointiert einsetzen.
- Grundbedingungen der Einstellungs- und Verhaltensänderung berücksichtigen
- Anleitung, die erlernten Techniken in den Ausbildungsalltag zu integrieren.

Das Fortbildungskonzept MOVE wurde wissenschaftlich evaluiert und die Ergebnisse 2005 von der BZgA in der Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung veröffentlicht. Zu den in diesem Kapitel beschriebenen Phänomenen kommt die Studie zu folgenden Ergebnis:

„Die dokumentierten Gespräche zeigen, dass die Kontaktpersonen durch die Fortbildung deutlich sensibler geworden sind für die jeweilige Motivation der Jugendlichen. Die Anlässe zur Thematisierung von Konsum beschränken sich nicht mehr auf die Ansprache bei Regelverstoß. Es bieten sich ihnen vielfältige Möglichkeiten zur Kurzberatung in einer Form, die nicht wie bisher auf Widerstand, sondern auf Offenheit unter den Jugendlichen trifft.

Die Dokumentation der Umsetzung widerspricht damit den oftmals von Seiten der Jugendhilfe vorgetragenen Bedenken, dass Handlungsdruck und Bedarf an Problematisierung lediglich auf Seiten der Fachkräfte besteht, die Jugendlichen jedoch selbst keinen Bedarf anmelden. Entscheidend für die Verbesserung der Gesundheitskommunikation ist darum die Stärkung der Sensibilität durch eine genauere Einschätzung des jeweiligen Stadiums der Verhaltensänderung und durch das Wissen um die angemessene Intervention.“

(K. Marzinzik, A. Fiedler: MOVE – Motivierende Kurzintervention bei Konsumierenden Jugendlichen – Evaluationsergebnisse des ... BZgA (Hrsg.), Köln 2005)

3.1.3.3. Suchtgefährdung beim Leitungspersonal, Sonderfall oder Gefahr für das System

Vorgesetzte spielen in der betrieblichen Suchtarbeit naturgemäß eine besondere Rolle. Sie stehen bei Suchtproblemen in ihren Einheiten auch mit ihrer Leitungskompetenz auf dem Prüfstand. Mangelndes Engagement, mangelnde Betriebskultur, negatives Arbeitsklima, schlechte Kommunikation usw. fallen auch auf sie zurück. Die obere Führungsebene ist hier gefordert eine klare Willensäußerung zur Einführung und Kultivierung betrieblicher Suchthilfe zu veröffentlichen und durchzusetzen.

Zugleich sind die Vorgesetzten auch diejenigen, die bei Suchtproblemen von MitarbeiterInnen, neben den unmittelbaren KollegInnen, das Suchtproblem zuerst wahrnehmen. Die Aufforderung besteht dann darin sich für Früherkennung und Frühintervention zu interessieren und entsprechende Schulungen zu durchlaufen. So richten sich die meisten Schulungsmedien auch an die Leitungs- und Führungsebene von Betrieben. Gespräche mit suchtgefährdeten oder abhängigen KollegInnen zu trainieren und einzuüben ist das Hauptthema dieser Videos oder Multimedia-Pakete (siehe Punkt 5 / Anhang). Ziel dieser Programme ist es klar strukturierte, problemorientierte Gespräche mit MitarbeiterInnen führen zu können. Eine Ausbildung zum Suchttherapeuten bzw. Suchtexperten kann naturgemäß nicht Sinn der Sache sein. Vorgesetzte haben aber Einfluss und auch die disziplinarischen Möglichkeiten, um sich entschieden für betriebliche Suchtprävention einzusetzen und damit den negativen Einfluss von Sucht auf betriebliche Abläufe möglichst gering zu halten.

Alle Autoren der betrieblichen Suchtarbeit sind sich darin einig, dass Vorgesetzte keine suchtmmedizinischen Diagnostiker sein sollen. Gefordert wird aber ein Augenmerk auf Suchtgefahren und eine große Aufmerksamkeit für persönliche Veränderungen bei MitarbeiterInnen und auch für deutliche negative Veränderung der Arbeitsleistung. Hier können Vorgesetzte ihre Fachlichkeit einbringen und erbrachte Leistung mit auffälligem Verhalten in Verbindung bringen und nüchtern die Erfüllung normaler Anforderungen bei MitarbeiterInnen überprüfen.

Zentrale Anforderungen an Vorgesetzte beim Umgang mit Suchtgefährdeten sind:

- MitarbeiterInnen auch in Bezug auf mögliche Suchtgefährdung beobachten.
- Basisinformationen über den Suchtbereich und betriebliche Hilfsmöglichkeiten zu erwerben.
- Abhängiges Verhalten bei den MitarbeiterInnen zu erkennen bzw. Hinweise auf beginnende Suchtgefährdung ernst zu nehmen.
- Gesprächskompetenz zu trainieren mit dem Ziel lösungsorientierte, strukturierte Gespräche mit MitarbeiterInnen führen zu können.
- Mit konstruktivem Druck Einfluss zu nehmen mit dem Ziel, MitarbeiterInnen zur Annahme von Hilfe bzw. zu konkreten Veränderungsschritten zu bewegen.
- Auszubildende frühzeitig über Suchtgefahren und betriebliche Regelungen zu informieren. Ausbildungsstandards z.B. in Bezug auf Punktnüchternheit zu entwickeln und durchzusetzen.

Die Erfüllung dieser zentralen Anforderungen ist ein wichtiger Beitrag, betriebliche Arbeitsabläufe humaner aber auch, aus betriebswirtschaftlicher Sicht, effizienter zu gestalten. Die sichtbare Auseinandersetzung mit Suchtgefahren im Kontext

integrierter Angebote der Gesundheitsförderung für alle MitarbeiterInnen sind wichtige Beiträge zur Heranbildung von betrieblichem Nachwuchs. Auszubildende bekommen das Signal: Die einzelnen MitarbeiterInnen sind wertvoll und ich werde in dieser Organisation als Individuum mit Licht und Schatten gesehen und ernst genommen. Diese Erfahrung wird die Leistungsbereitschaft der Auszubildenden erhöhen und bei beginnender, eigener Suchtgefährdung den Weg zur schnellen Hilfe ebnen.

Sucht in der Managementetage

In einer Fortbildung für Abschnittsleiter der Arbeitsverwaltung in Norddeutschland bin ich zuerst dem Phänomen begegnet. Auch in Führungsetagen kann es Abhängige geben. Am Beispiel dieser Großbehörde konnte ich feststellen, daß durch die Suchterkrankung von Managern großer betrieblicher Schaden entstehen kann. Damals fielen mir dann auch eigene, frühere Erfahrungen mit alkoholkranken Bundeswehroffizieren wieder ein. Ich konnte mich wieder an die große Hilflosigkeit aller Untergebenen erinnern. Hilflosigkeit auch deswegen, weil die innere Struktur dieser Institution auf die Suchterkrankung von Vorgesetzten gar nicht eingestellt war. Eingebettet in ein System von „Befehl und Gehorsam“ gab es für den erkrankten Kommandeur scheinbar keine Hilfe.

Wie in anderen Bevölkerungsgruppen kann auch bei Freiberuflern und Führungskräften davon ausgegangen werden, daß mindestens 5 Prozent dieser Gruppe suchtkrank sind. Mit fatalen Folgen für die betroffenen Institutionen. Minderleistungen in der Leitungsetage beeinträchtigen den Erfolg der ganzen Unternehmung aufs Stärkste.

Der Psychotherapeut Dr. A.J.B. Seim beschreibt die Situation folgendermaßen:

„Die Betroffenen können sich aufgrund ihres Persönlichkeitsprofils noch weniger den Makel einer Suchtproblematik eingestehen als andere Personengruppen. Somit entwickeln sie fast perfekte Verleugnungsstrategien, die vor allem eine längere Krankheitsdauer zur Folge haben...

Nach dem Motto: „Jeder weiß es, keiner sagt was“ wahrt das Umfeld Schweigen über das Problem. Oftmals aus berechtigter Angst um die eigene Position. In vielen betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen wurden Führungskräfte gar nicht als Zielgruppe vorgesehen.

Die innerbetrieblichen Ansprechpartner, zum Beispiel Sozialdienst und ehrenamtliche Suchtkrankenhelfer, sind aufgrund ihrer niedrigen hierarchischen Position gar nicht in der Lage, die betroffenen Führungskräfte mit dem Problem zu konfrontieren...“

(Quelle A.J.B. Seim: Führungskräfte und Suchtmittel – Alkohol im Nadelstreifen, SR 1/1996)

Stress, hohe Anspannung und großer Leistungsdruck und die daraus resultierende Sehnsucht nach Entspannung führen oft direkt zum Konsum Entspannung garantierender Substanzen. Auch leistungssteigernde Stimulanzen und die Entwicklung zum arbeitssüchtigen „Workaholic“ sind unter Vorgesetzten verbreitet.

Für die Ausbildung bedeutet dieses Phänomen, dass **auch unter Ausbildungsverantwortlichen ein nennenswerter Anteil von Suchtkranken zu finden ist**. Den Auszubildenden ist aus hierarchischen Gründen der Weg zur Benennung solcher Missstände versperrt oder zumindest erschwert. So hat jeder Ausbilder, Meister, und Personalverantwortliche mit eigener Suchtproblematik eine fatale Signalwirkung für den betrieblichen Nachwuchs. Auszubildende suchen als junge Menschen nach Grenzen, Orientierung und Realitätsbezug. Arbeitssicherheit und Sicherheit auf Wegen von und zur Arbeit sind wichtige Lernthemen in der

Ausbildung. Hier haben alle MitarbeiterInnen eine Mitverantwortung für den betrieblichen Nachwuchs und diese Verantwortung legt den Schritt zur Auseinandersetzung mit suchtgefährdeten Vorgesetzten nahe.

Zechgelage im Vorstandskasino sprechen sich unter jungen Menschen herum. Aber die leeren Weinbrandflaschen im Papierkorb der Meisterbude oder im Büro des Abteilungsleiters der Verwaltung sind für Auszubildende auch ein falsches Signal. Lernen am Modell wird für Azubis hier zum Problem.

3.1.3.4. **Beratungsaufgaben in der außerbetrieblichen Berufsausbildung - Besonderheiten von Intervention und Hilfe**

Das Beratungssetting in Einrichtungen der außerbetrieblichen Berufsausbildung hat gegenüber dem „normalen“ betrieblichen Ausbildungsort einige Besonderheiten. Zunächst sind es andere Betriebsziele, die naturgemäß auch zu anderen Lösungen führen. Das Hauptziel im Wirtschaftsbetrieb ist wirtschaftliches Arbeiten, um Gewinne zu erzielen und am Markt erfolgreich zu sein. Diesem Ziel hat sich betriebliche Gesundheitsförderung wie z.B. Suchtprävention unterzuordnen.

Außerbetriebliche Einrichtungen haben in der Regel nur geringe wirtschaftliche Produktionszwänge oder z.B. den Druck eilige Aufträge abzuwickeln. Ob Dienstleistungssektor oder Produktionsbereich: Im Vordergrund aller Aktivitäten steht die Ausbildungsverpflichtung und die Förderung der jeweiligen TeilnehmerInnen. Bei dieser Auftragserfüllung gilt es aber nicht nur die Erwartungen und Wünsche auf Seiten der Auszubildenden zu berücksichtigen, sondern zugleich gibt es auf der Seite der Finanziere außerbetrieblicher Berufsausbildung sehr konkrete Erwartungen an die Bildungsträger. Als Geldgeber und verantwortlich für die Vergabe zukünftiger Mittel können Sie bis hinein in die Förderplanung einzelner TeilnehmerInnen Einfluss auf Entscheidungen des Bildungsträgers nehmen.

Die außerbetrieblichen Einrichtungen können sich so zwischen sehr divergierenden Erwartungen ihrer Kunden: TeilnehmerInnen und Ihrer Kunden: Finanziere wiederfinden. Bei schwierigen Themen wie Drogen und Sucht sind konflikthafte Situationen deshalb nahezu vorprogrammiert. Im Brennpunkt dieser Konflikte befindet sich häufig der/die SozialberaterIn bzw. SozialpädagogIn. Als direkte AnsprechpartnerIn für die Auszubildenden und für deren Nöte und Bedürfnisse zuständig werden sie auch für repressive und disziplinarische Interventionen der Einrichtungsleitung in die Pflicht genommen.

In den Bildungseinrichtungen finden wir neben Funktions- und Verwaltungskräften im pädagogischen Bereich in der Regel drei Berufsgruppen. Wunschgemäß sollten hier zwischen den Berufsgruppen Kooperation und Kollegialität zur bestmöglichen Ausgestaltung der Förderung praktiziert werden. Große Ausbildungsgruppen, fehlende Zeit und sehr unterschiedliche berufliche Werdegänge erschweren die Kooperation

SozialpädagogInnen kommen aus einem Beruf, in dem Empathie zu einer wichtigen Fähigkeit zählt. Ihr Blick ist auf die Umstände gerichtet, die den Auszubildenden so geprägt haben. Sie interessieren sich für sein Umfeld und für seine bisherige Sozialisation. Häufig übernehmen SozialpädagogInnen eine Art Anwaltsfunktion für die Jugendlichen. **Sie sind die ExpertInnen für die Beziehungsebene, für Gruppenarbeit, für Beratung und Gespräche.**

AusbilderInnen und LehrerInnen oder FachlehrerInnen haben ihre Lernziele in den jeweiligen Fachrichtungen im Fokus. Sie wollen Lernfortschritte in den Einzelnen Fächern und Gewerken sehen. Sie sind die Anwälte des Rahmens, sie fühlen sich für das inhaltliche Vorankommen verantwortlich und müssen in dieser Hinsicht auch

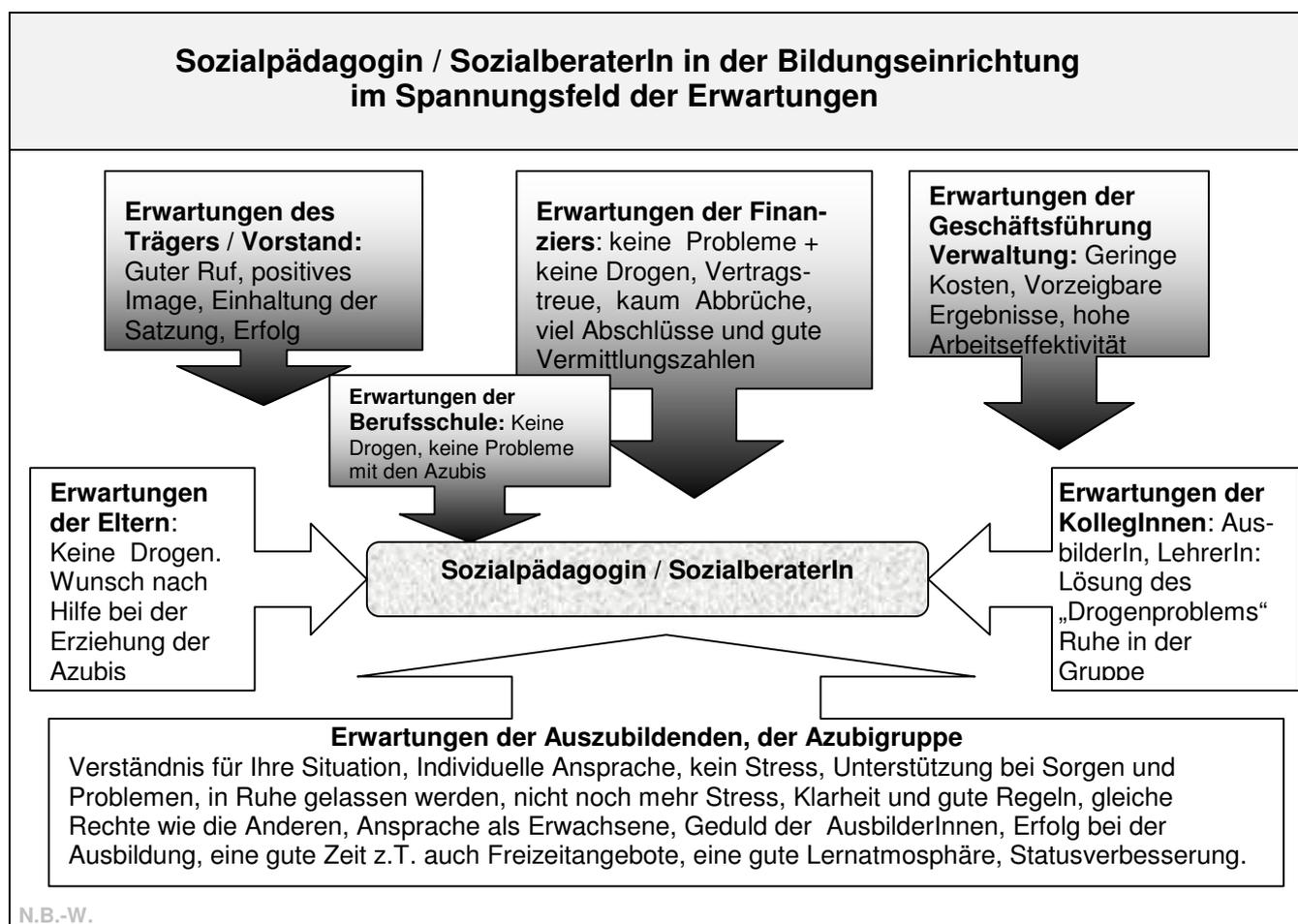
Forderungen stellen. Arbeitstugenden halten sie in der Regel höher als andere soziale Lernziele.

LehrerInnen in der Bildungseinrichtung stehen im Spannungsfeld zwischen Fördern und Auslesen und sind für auftretende Lernprobleme zuständig.

In der Ausbildungseinrichtung sind zur Erfolgreichen Qualifizierung von jungen Auszubildenden die Kompetenzen aller drei Berufsgruppen notwendig. Teamfähigkeit ist in der Einrichtung aber auch gefragt, um den Auszubildenden diese arbeitsmarktrelevante Schlüsselqualifikation auch als Ausbildungsteam vorzuleben.

Die **sozialpädagogische Begleitung** der Auszubildenden bindet Fachpraxis, Fachtheorie und Lernunterstützung zusammen in ein ganzheitliches Konzept. Ziel ist sowohl der erfolgreiche Abschluss der Ausbildung als auch die persönliche Entwicklung der jungen Auszubildenden. Zu den Schwerpunkten der Aktivitäten gehören neben der sozialpädagogischen Gruppenarbeit und Einzelberatung auch Freizeit- und allgemeinbildende Angebote.

Die **Auseinandersetzung mit Suchtthemen** wird sehr schnell den SozialpädagogInnen überlassen. Dies ist fachlich und aus Sicht des Maßnahmemanagements nachvollziehbar und als schwieriges Beziehungsthema gehört die Ansprache von Suchtgefahren auch in die Hände von Beziehungsprofis. Allerdings gilt auch für Suchtprävention und speziell für die Beratung zu Suchtthemen, dass sie nur vor dem Hintergrund klarer institutioneller Vorgaben und gemeinsamer Strategie und gemeinsamer Aufmerksamkeit aller Berufsgruppen wirklich Aussicht auf Erfolg haben kann. Das bedeutet für die sozialpädagogischen Fachkräfte, dass Sie sinnvollerweise die Aufgabenstellung für sich annehmen müssen aber mit der vorab beschriebenen Aufgabenfülle auch sehr schnell auf



Kooperation und Unterstützung durch Beteiligte auf allen Handlungsebenen der Einrichtung zurückgreifen müssen.

SozialpädagogInnen in Bildungseinrichtungen stehen unter hohem Erwartungsdruck auf allen nur denkbaren Ebenen. Sie sind, das zeigt alle Erfahrung, in großer Gefahr, bei dem ungeliebten Thema Drogen und Sucht zwischen alle Stühle zu geraten. Diese multifaktorielle Erwartungslage wird durch obiges Schaubild verdeutlicht. Besonders prekär wird ihre Lage, wenn es gilt konsequentes Handeln gegenüber kritisch Drogen konsumierenden Jugendlichen einzunehmen. Haben sie doch oft die Auflage Kündigungen oder Abmahnungen nicht zu veranlassen, weil sonst die Förderung durch die Arbeitsagentur wegfällt. Hier stehen wirtschaftliche Zwänge der Einrichtung gegen den Schutz der Gruppe und gegen den konstruktiven Druck auf den Drogenkonsumenten. Dann müssen sie trotzdem versuchen gegenüber den TeilnehmerInnen ohne Autoritäts- und Glaubwürdigkeitsverlust nützliche Regelungen durchzusetzen.

SozialpädagogInnen sollten sich der Rückendeckung bei Leitung und KollegInnen versichern, aber auch eigene, individuelle Möglichkeiten der Prävention und Intervention nicht aus den Augen verlieren. Suchtprävention ist u.a. eine pädagogische Aufgabe und kann im Rahmen der eigenen Möglichkeiten von SozialpädagogInnen auch erfolgreich durchgeführt werden. Mit Unterstützung externer Hilfsangebote können Informationen gegeben und Auseinandersetzung in der Ausbildungsgruppe initiiert werden. Bei kritisch konsumierenden Teilnehmern/innen ist es wichtig andere vor diesen Einflüssen zu schützen und offen die gesundheitlichen Gefahren zu benennen. In Kooperation mit den anderen Berufsgruppen ist eine feste Verankerung von Gesundheits- und Suchtthemen im Lehrplan anzustreben. Die jugendlichen Auszubildenden sind Experten für Ihren eigenen Konsum. Diese Kompetenz kann Sozialpädagogik nutzen und die TeilnehmerInnen können und sollten in Präventionsplanungen einbezogen werden. Das Internet bietet hier viele Möglichkeiten der zusätzlichen Informationsgewinnung für PädagogInnen und die Auszubildenden.

Suchtprävention von der Abteilung Sozialpädagogik vorangetrieben und initiiert, hilft den Ausbildungserfolg zu sichern. Gute Konzepte überzeugen. Der Arbeitsagentur und speziell der Berufsberatung ist aus allen Lehrgängen und betrieblichen Ausbildungsverhältnissen gut bekannt, dass Suchtgefährdung ein häufiger Abbruchgrund ist. Ein Ausbildungsbetrieb, der sich Suchtprävention zur Querschnittsaufgabe in allen Bereichen macht und für klare betriebliche Regeln im Umgang mit Suchtgefahren Sorge trägt, schafft sich damit ein wichtiges Qualitätsmerkmal, das im Vergleich mit anderen Trägern helfen kann. Bei Ausschreibungsverfahren wird so etwas (manchmal!) mit berücksichtigt.

3.2. Teil 2

Suchtprävention in Ausbildungsbetrieben und Bildungseinrichtungen
Dreiteiliges Manual für drei Seminarmodule

Das konzeptionalisierte Seminarmodell als ausgearbeitetes Manual
(Alle drei Seminarteile / Seminarbausteine haben den gleichen strukturellen Aufbau. Sie sind thematisch selbständig und können kombiniert werden)

3.2.1. Aufbau des Manuals

Im Folgenden Informationen zur Handhabung und zum Einsatz des Manuals in der praktischen Seminararbeit. Die allermeisten der hier vorgestellten Übungen und Seminaufgaben wurden von mir und meinen KollegInnen schon vielfach erprobt und haben sich alle in der Schulungspraxis bewährt.

Praxistipps zur Durchführung dienen zur Weitergabe von persönlichen Erfahrungen. Fehlerfreundlichkeit ist natürlich auch im Umgang mit eigenen Erfahrungen und Schwierigkeiten bei der Semindurchführung eine Tugend. Glück hat der/die Trainer/in, die im Team arbeiten und in der gemeinsamen Reflexion Fehler identifizieren und Veränderungen für die Zukunft einarbeiten kann. Auch bei der Seminarpraxis ist „Veränderung ein Prozess“.

Ein paar dieser Klippen und Hürden können aber umschifft oder genommen werden und so sind die Vorschläge zur Durchführung auch gedacht. Zwangsläufig wurden die Theoriebeiträge im folgenden Manual pointiert und popularisiert aufbereitet um breite und heterogene Zielgruppen mit dem Seminarmodell zu erreichen. Soweit nicht von mir selbst entwickelt, finden sich die jeweiligen Hinweise auf den Hintergrund im Text in verkürzter Form und bei den Übungen und Handouts entsprechende Quellenangaben.

Am Ende jedes Seminarmoduls finden sich im Abschnitt „Tipps und Zusatzmaterial“ das Thema betreffende Ergänzungen, Buchtipps zum vertieften Studium, Informationen über aktuell erhältliche Broschüren und Materialien, Checklisten und Zusammenstellungen von Praxistipps. Auch folgender Beitrag zur Gestaltung von Gruppenprozessen gehört zu den Tipps und Zusatzmaterialien.

Die Entfaltung des Gruppenprozesses

„Der Gruppenprozeß entwickelt sich auf natürliche Weise. Er gleicht sich selbst aus. Greife nicht ein. Es ergibt sich von selbst.

Versuche, den Prozeß zu steuern, mißlingen zumeist. Entweder blockieren sie den Prozeß oder sie führen zum Chaos.

Lerne dem Lauf der Dinge vertrauen. Wenn Schweigen herrscht, laß es Wachsen; irgendetwas wird sich daraus entwickeln. Falls sich ein Sturm erhebt, laß ihn toben. Er wird sich legen und zur Ruhe gelangen.

Ist die Gruppe unzufrieden? Es liegt nicht an dir, sie glücklich zu machen. Selbst wenn Du dazu die Fähigkeit besitzt, würden deine Bemühungen die Gruppe um eine äußerst kreative Auseinandersetzung bringen.

Der kluge Gruppenleiter weiß die Entfaltung des Gruppenprozesses zu fördern; er selbst verkörpert ebenfalls einen Prozeß. Beide Prozesse entwickeln sich auf dieselbe Weise und nach demselben Urprinzip.

Der Gruppenleiter vermag seinen Einfluss geltend zu machen, ohne sichtbar einzugreifen.

So ist es beispielsweise wirksamer, das reale Geschehen im Hier und Jetzt zu fördern, als den Lauf der Dinge nach seinen subjektiven Vorstellungen erzwingen zu wollen. Seine Überzeugung vorzuleben bringt mehr als Moralisieren.

Offenes Verhalten ist wirkungsvoller als Vorurteile.

Eine strahlende Persönlichkeit ermutigt die Menschen – wer alle in den Schatten stellt, entmutigt bloß.“

Quelle: Tao der Führung, von John Heider, Sphinx Verl., Basel 4.Aufl. 1995, ISBN 3-85914-180-5

3.2.1.1. Informationen für die TrainerInnen

Die Arbeit an der Seminare durchführung beginnt in der Regel lange vor dem eigentlichen Seminarbeginn. Am Anfang steht zumeist das Gespräch mit dem Kunden über den Seminarauftrag. Es sollte ein möglichst offenes Gespräch über Möglichkeiten, Chancen aber auch Grenzen der Seminararbeit sein. Da, zumindest was das Thema strukturelle Suchtprävention betrifft, es in der Regel um das anstoßen prozesshafter, innerbetrieblicher Prozesse gehen wird, ist die Thematisierung überzogener oder zu kurzfristiger Erwartungen seitens der Auftraggeber oft notwendig. Allerdings ist es ebenso notwendig wichtige, erreichbare Transferergebnisse für die Praxis im Ausbildungsbetrieb auch als festes Seminarziel vorher mit dem Auftraggeber zu benennen, zu kontrahieren und dann durch die Methodik der Seminare durchführung anzustreben.

Das gilt insbesondere dann, **wenn neben dem zu bearbeitenden Suchtthema noch andere weiter gehende Themen der Bearbeitung harren**. So hat zum Beispiel die Nichtübernahme von fertig ausgebildeten jungen Menschen für die Ausbildungsrealität der derzeitigen Auszubildenden eine nicht zu unterschätzende negative Signalwirkung. Solche innerbetrieblichen Veränderungen haben auch Auswirkung auf das Verhältnis Ausbilder – Auszubildende und sorgen für Stresserleben und zusätzliche Belastungen zum Ende der Ausbildung (Wie geht es weiter?) hin. Solche Themen gehören direkt zur betrieblichen Suchtprävention dazu und für die TrainerInnen ist es nötig, vorher Informationen einzuholen.

Zu solchen Informationen gehören auch Fragen nach der aktuellen betrieblichen Belastung der TeilnehmerInnen zu Beginn des Seminars. Bei starker betrieblicher Belastung ist es für die TeilnehmerInnen in der Ankommssituation wichtig, von den TrainerInnen neugierig auf das Thema gemacht und angeregt zu werden, aber auch die Zeit zu haben, zunächst erst einmal durchzuschlafen und zur Ruhe zu kommen. Wichtig im Vorfeld ist auch die Frage, ob es Informationen über die individuellen Zielsetzungen und Lernmotivationen der SeminarteilnehmerInnen gibt.

Grundsätzliche Haltung

Hilfreich in der Vorbereitung auf Seminare waren für mich folgende grundsätzliche Überlegungen über die Durchführung von Seminaren bzw. von Trainings. Sie sind ein Auszug aus: „Handbuch Trainings- und Seminarpraxis“ von J. Kießling-Sonntag, Cornelsen Verlag, 2003. (siehe nächste Seite!)

Grundsätzliche Gemeinsamkeiten von Fortbildungsseminaren und Trainings

- **Natürliches Interesse**
Individuen / Gruppen haben ein natürliches Interesse daran, neue Informationen aufzunehmen und neue Möglichkeiten der Wahrnehmung und des Handelns kennen zu lernen.
- **Wichtiges Anliegen**
Beteiligung, Aufgeschlossenheit und Konzentration bleiben im Seminar / Training lange Zeit erhalten, wenn das Seminarthema einen Bezug zu wichtigen Anliegen der TeilnehmerInnen hat. (z.B. für einen Ausbilder die Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen „seiner“ Auszubildenden)
- **Aktives mitgestalten**
TeilnehmerInnen erwarten, dass sie durch praktische Übungen, unterschiedliche Arbeitsformen und verschiedene Formen der Interaktion das Seminarsgeschehen aktiv mitgestalten können.
- **Umgang mit heterogenen Erwartungen**
TeilnehmerInnen akzeptieren SeminarleiterInnen, wenn sie diese als wertschätzend, kompetent, transparent und neutral-vermittelnd im Hinblick auf heterogene Teilnehmererwartungen erleben.
- **Klimatische Basis**
Die Gruppe ist in der Regel bereit über persönliche Unterschiede hinweg konstruktiv zu arbeiten, wenn das Klima von gegenseitiger Wertschätzung und Respekt geprägt ist. Dann wirken sich Unterschiede fruchtbringend auf das Seminar aus.
- **Vereinbarungen mit den Auftraggebern**
Die TeilnehmerInnen respektieren, dass die TrainerInnen auf der Basis einer konkreten Vereinbarung mit dem Auftraggeber handeln und sind bereit, einen Ausgleich zwischen dem Auftrag und ihren persönlichen Anliegen herbeizuführen, sollten diesbezüglich Diskrepanzen auftreten.
- **Gesicht wahren**
TeilnehmerInnen sind bereit, in der Gruppe rational und Gewinner-Gewinner-orientiert zu arbeiten, sofern alle Meinungen und Positionen offen ausgesprochen werden können und ein Klima aufrechterhalten wird, in dem jede Person ihr Gesicht wahren kann.
- **Transfer leicht machen**
TeilnehmerInnen sind bereit, im Seminar erworbene Kenntnisse in der Praxis anzuwenden und getroffene Absprachen einzuhalten, wenn die vermittelten Kompetenzen einen erlebbaren Nutzen für die konkrete Tätigkeit der Teilnehmer bringen.

Quelle:

In Anlehnung an J. Kießling-Sonntag: „Handbuch Trainings- und Seminarpraxis“, Cornelsen Verlag 2003

Diese Grundannahmen haben mir in schwierigen Seminarsituationen Hilfe gebracht und ich habe auf deren Wirksamkeit vertrauen können. Auch lässt sich der Bezug zur Motivierenden Gesprächsführung schon zu Anfang des Seminarablaufs herstellen. Aufkommender Widerstand in der Seminargruppe ist auch ähnlich wie in Therapie oder Beratung zunächst wohl Trainer- oder Seminarleiterfehler. Ich überprüfe dann,

ob ich o.g. Grundsätze auch umgesetzt habe. Grundzüge motivierender Techniken wie z.B. empathische Grundhaltung, Wertschätzung anderer Einstellungen und auf gleicher Höhe sein, sollten auch vom Trainer berücksichtigt werden.

Raum, Zeit und Seminarphasen

Für das Gelingen von Fortbildungsseminaren ist die Raumfrage von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Genügend Tageslicht und geringe Lärmbelastigung im Außenbereich, damit man auch zwischendurch lüften kann, sind zum Beispiel wichtige Kriterien für die Wahl des Seminarraumes. Für Aktivierungen und erlebnisorientierte Seminarübungen und Warm-ups benötigt man Platz und einen genügend großen Raum.

Auch Seminartechniken wie Fish-bowl oder „Innenkreis und Außenkreis“ benötigen Platz. Darüber hinaus sind Suchtthemen für alle Beteiligten auch tendenziell eher schwere und belastende Themen bei der sich die Luft auch „energetisch“ schnell verbraucht. Da ist es hilfreich, wenn genügend Luft im Seminarraum vorhanden ist.

Der Seminarraum sollte mit Stuhlkreis, Moderationstafeln, Moderationsflächen und 1 Flipchart ausgestattet sein. Ein Tisch zur Auslegung von zusätzlicher Lektüre und Materialien ist nützlich. Betriebliche Seminarhäuser sind nach meiner Erfahrung mit Seminartechnik meist gut bis sehr gut ausgestattet. OHP-Tageslichtprojektoren und Beamer plus Projektionswand sind inzwischen Mindeststandard geworden.

In Bildungseinrichtungen bzw. Einrichtungen der Benachteiligtenförderung ist es eher notwendig die vorhandenen technischen Möglichkeiten zu erfragen und rechtzeitig deren Beschaffung zu organisieren. Aber auch die beste Technik kann versagen oder Organisation kann schief laufen. Zur Sicherheit können einige OHP-Folien auch einen Beamer-Vortrag ersetzen und eine mitgebrachte Mehrfachsteckdose hat manchen Technikeinsatz erst möglich gemacht. **Ich habe es mir zur Gewohnheit gemacht, die Zeit vor Seminarbeginn für den Check der Ausstattung, des Seminarraums und der Technik nicht zu knapp zu bemessen.** Das hat mich vor mancher unliebsamen Überraschung bewahrt.

Die meisten Seminare lassen sich in die drei Phasen:

- Seminarbeginn / Einstiegsphase
- Bearbeitung der zentralen Seminarthemen / Hauptteil
- Seminarende / Ausstiegsphase

einteilen. Diese Phasen sind im vorliegenden Seminarmodell in allen drei Seminarmodulen sehr ähnlich strukturiert. Es folgt eine Darstellung der Hauptthemen in Kurzform, gültig für die einzelnen Seminarphasen dieses Manuals.

Seminarbeginn / Einstiegsphase

- **Begrüßung** der TeilnehmerInnen durch den/die Trainer/in (das Trainerteam).
Zugleich Begrüßung durch den betrieblichen Auftraggeber falls anwesend.
- **Organisatorische Fragen** / Zeitrahmen und Zeitplanung / Lernzeiten und Pausen / Essenszeiten / notwendige Absprachen mit der Küche: Vegetarier in der Gruppe, Seminar Getränke, Kaffee bzw. Tee Angebot usw. Experten zum Thema Abendgestaltung bzw. Sport- und Freizeitaktivitäten zu Wort kommen lassen.

- Kurze **Vorstellung** der Trainerin / des Trainers. Kurzdarstellung des Seminarthemas und Seminarziels. Abfragen der persönlichen Seminaranliegen bezogen auf das Thema. 5-minütige Einzelarbeit zum Thema: „**Mein Hauptanliegen**“; oder: „Was möchte ich zum Seminarende hier gelernt haben?“. Auf Moderationskarten aufschreiben.
- Danach **Vorstellungsrunde** mit der Vorgabe: Name, Vorname, Dienststellung im Betrieb, Funktion in der Einrichtung verbunden mit der **Vorstellung des persönlichen Anliegen**s. Die Moderationskarten werden in Bezug auf inhaltliche Schwerpunkte zu Clustern an eine Moderationswand gepinnt.
- **Die 4 V's** als Methode einen Seminarkontrakt mit Seminarregeln auszustatten (genaue Beschreibung siehe Modul 1)
- Der vorbereitete „**Rote Faden**“ wird von den TeamerInnen vorgestellt (entweder als PowerPoint-Folie oder auf einem Flipchart visualisiert) und mit den geäußerten Seminaranliegen abgeglichen. Nach einer möglichen Ergänzung durch Themen für den im roten Faden ausgewiesenen „weißen Fleck“ bzw. Kompromissfindung durch die Seminargruppe **gilt der Kontrakt als geschlossen**.
- Nach einer **Aktivierung in Form einer Namensübung** (z.B. „positiver Peter“) kann der Hauptteil des Seminars beginnen.

Hauptteil

Das Seminar versucht die TeilnehmerInnen in einen Lernprozess einzubinden der durch einen Wechsel von kurzen **Theoriephasen** und möglichst intensiven **Übungseinheiten** geprägt ist. Bei diesen Übungsphasen wird ein „**Methodenmix**“ angewendet, der inhaltlich begründet ist und nicht nur der „Unterhaltung“ der TeilnehmerInnen dient.

Die Theoriephasen sind durch kurze Theorievorträge mit Unterstützung durch OHP-Folien/bzw. Beamerpräsentation gekennzeichnet. Viele der Theoriebeiträge werden durch Arbeitsblätter und Übungen begleitet. Handouts zu den zentralen Theorieinhalten sollen das Erinnern der Seminarinhalte und den Transfer in die Praxis der Einrichtungen sicherstellen. An bestimmten wichtigen Stellen werden die TeamerInnen Gespräche vorsprechen oder im Rollenspiel vorführen. Hier können freiwillige TeilnehmerInnen einen Part übernehmen, wenn das Training nur von einer Person durchgeführt wird. Diese Demonstrationsübungen sind Stimuli, die das selbstständige Üben der TeilnehmerInnen vorbereiten und unterstützen sollen. Zur Veranschaulichung der Vorgehensweise hier ein Beispiel aus dem Seminarmodul 3:

Thema Beratung (Abfolge und Gestaltung der Einheit) 3.2.4. Modul 3 3.2.4.3 Thema Beratung / Setting		
Handlung / Aktivität	Lernsituation bei den TeilnehmerInnen	Seminarumsetzung
Darbietung	Die TeilnehmerInnen hören zu und folgen dem Theorieinput der TrainerIn	Kurzvortrag 15 Min. mit PPF-, OHP-Folien: Beratungssituationen, Beratungsanlässe. Beratertypen
Besinnung / Erinnerung	Die TeilnehmerInnen sollen eine konkrete Fragestellung be- bzw. erarbeiten	Einzelarbeit 10 Min. Thema: Wann bin ich schon einmal richtig gut beraten worden? Was war von Bedeutung? Was war kennzeichnend für die Situation?
Erarbeitung	Die TeilnehmerInnen sollen jetzt in Kleingruppen eine konkrete Fragestellung erarbeiten bzw. bearbeiten	In Kleingruppen zu 4 bis 5 TN werden die Ergebnisse vorgestellt und in gebündelter Form auf einer Wandzeitung festgehalten. Die Gruppe überlegt eine geeignete Präsentation.
Ergebnissicherung	Der Lernerfolg soll jetzt gesichert werden.	Die von den Gruppen erarbeiteten Ergebnisse werden präsentiert und zur Dokumentation im Seminarraum ausgestellt.

Zur Auflockerung, als Warm-up und zur Sicherung der Aufmerksamkeit wird das Seminar durch **spielerische und erlebnispädagogische Elemente** angereichert. Hierbei werden ausschließlich Methoden vorgestellt, die sich unmittelbar auf die Arbeit mit den Auszubildenden übertragen lassen.

(Im Einzelfall und bei günstigen örtlichen Bedingungen habe ich zur Motivation und zur Demonstration dieser Anliegen in den Pausen und/oder nach der Seminararbeitszeit Aktivitäten wie Bogenschießen oder eine geleitete Nachtwanderung angeboten)

Seminarende / Ausstiegsphase

- Das Seminar endet mit einem Resümee dessen, was im Seminar inhaltlich gelaufen ist.
 - Vereinbarung von Transfersicherung. Z.B. einen Erinnerungsbrief an sich selber verfassen, der von den TrainerInnen nach 8 Wochen verschickt wird.
 - Es wird ein erneuter Blick auf die anfangs gesammelten Seminaranliegen und die Vereinbarungen des Kontrakts geworfen. Nicht bearbeitetes wird thematisiert und in die Zukunft verwiesen (Folgeveranstaltung / Follow-up).
- Je nach Vereinbarung mit dem Auftraggeber und je nach Thema erfolgt die Vereinbarung von Coaching-Terminen als weitere Transfersicherung.

- Schlussrunde: Es wird die Frage gestellt: Was nimmt der/die einzelne TN mit in sein/ihr Praxisfeld? Wie war die Zusammenarbeit in der Gruppe usw. Durchführung einer Feedbackrunde zu diesen Fragen. Evtl. ein Schlussritual mit Werkzeugkiste oder Seil (siehe Abschluss von Modul 3). Verteilen von Teilnahmebescheinigung bzw. Zertifikat. Die Zertifikate werden gemischt und ausgeteilt. Es erfolgt zirkuläres Überreichen und Gratulation. Ende

3.2.1.2. Überblick über das Curriculum / – die Module

Seminarbeschreibung

Das Seminarkonzept mit seiner inhaltlichen Ausgestaltung der drei Seminarmodule sieht eine insgesamt Dauer von **fünf Seminartagen** vor. Aus der Arbeit mit Betrieben bzw. Bildungseinrichtungen wissen wir jedoch, dass es schwierig bis unmöglich ist, die KollegInnen für fünf Seminartage von der Arbeit in den Betrieben / bzw. Einrichtungen freizustellen.

Aus diesem Grund wird die Aufteilung in drei Seminarmodule von jeweils 2 Modulen zu 1½ Seminartagen und Modul 3 mit zwei ganzen Seminartagen eingeführt. Bei dieser vorgeschlagenen Durchführung ist aber schon bei der Terminierung / in Planungsgesprächen mit den Auftraggebern sicherzustellen, daß alle drei Seminarteile zeitnah durchgeführt werden können. Die Seminarinhalte bauen aufeinander auf und sollten in den Folgeveranstaltungen bei den TeilnehmerInnen noch präsent sein.

Thematische Schwerpunkte der drei Module

Die drei Seminarmodule haben folgende thematische Schwerpunkte:

Modul 1 Modulthema: Grundlagen der Suchtarbeit
Suchtentstehung, Formen der Sucht, Grundlagen der Veränderung und
Vermittlung, Angebotsformen der Behandlung.
Zeitrahmen : 1 ½ Seminartage

Einzelthemen Modul 1 :

- Grundlagenvortrag Sucht, Abhängigkeit, Drogen, Suchtverlauf
- Grundlagenvortrag Suchtprävention, Präventionsarten, Settings
Übungen zu den Vorträgen
- Sucht im Jugendalter / in der Ausbildung
Theorieinput / Übung
- Identitätsmodell der integrativen Therapie als Erklärungshintergrund
und Diagnosetool. Theorieinput / Übung
- Grundlagen und Angebotsformen der Behandlung. Theorieinput
- Netzwerkdiagnostik mit den Elementen: Soziales Atom und Methode
Netzwerkdiagramm. Theorieinput / Übung
- Netzwerkkonferenzen (in der Regel nur für Bildungseinrichtungen vorgesehen)
Theorieinput / Übung

Modul 1 liefert Grundlagenwissen über Hintergründe und Methoden der Suchtarbeit. Ziel ist es auch Suchtprävention als Handlungsfeld mit Grundlagenwissen einzuführen. Die Bedeutung sozialer Einbettung der Auszubildenden in Mikrobezüge wie „soziales Atom“ und, bei erweiterter Perspektive, in „Soziale Netzwerke“ soll vermittelt werden. Hierbei liegt der Schwerpunkt der Wissensvermittlung auf der Vorstellung diagnostischer und der Interaktionsplanung dienender Methoden sozialer Fallarbeit.

Modul 2 Modulthema: Betriebliche Suchtprävention
Präventionsort Betrieb – Strukturelle Maßnahmen-
Stufen- bzw. Interventionsplan, Qualitätsstandards
Zeitraumen : 1 ½ Seminartage

Einzelthemen Modul 2 :

- Präventionsort Bildungseinrichtung mit den Unterthemen:
Suchtfördernde und suchthemmende Faktoren / Vor-Ort-Analyse
Gesundheitsförderung im Betrieb / Gesundheitszirkel
Arbeitskreis Suchtprävention
Implementierung von struktureller Suchtprävention
Stufenplan / Interventionskette / Betriebsvereinbarung
Suchtbeauftragte/er / Kontaktpersonen
Jeweils Theorieinput / und z.T. Übungen zum Unterthema
- Strukturelle Prävention / Methoden u. Projekte der Suchtprävention im Ausbildungsbetrieb / in der Bildungseinrichtung / Methodenmarkt / Übung
- Rauschbrillen – Alkoholprävention mit Auszubildenden / Theorie und Demonstration / Übungen
- Freizeit- und Erlebnispädagogik in der Ausbildung / Übungen und Spiele
- Lebenswelten suchtbelasteter Jugendlicher / Theorieinput / Übungen

Modul 2 liefert Grundlagenwissen über betriebliche Suchtprävention in Ausbildungsbetrieben und Bildungseinrichtungen. Angesichts dieser komplexen Aufgabenstellung werden diese Inhalte lediglich Anregungscharakter haben und die TeilnehmerInnen mit Materialien und Hintergrundwissen über den aktuellen Stand betrieblicher (struktureller) Regelungen versorgen. Sie sollen auf dieses Gebiet betrieblicher Suchtprävention neugierig gemacht werden und die Bedeutung von verbindlichen, einvernehmlichen Betriebsvereinbarungen (Regeln) für die KlientInnenarbeit erkennen.

Des Weiteren wird ein Schwerpunkt auf die Vermittlung von Grundkenntnissen über die Gestaltung präventiver Maßnahmen im Betrieb gelegt. Projekte werden vorgestellt werden und vorhandenes Praktikerwissen (Im Sinne von „best practice“) allen zugänglich gemacht werden.

Modul 3 Modulthema: Beratung, Begleitung, Kurzintervention;
Umgang mit Suchtgefährdeten und Suchtkranken
Zeitraumen: 2 Seminartage

Einzelthemen Modul 3 :

- Veränderung ist ein Prozess / Theorieinput / Übungen
- Thema: Beratung / Setting / Theorieinput / Übung
- Ambivalenz / Ambivalente Haltungen bei der Zielgruppe / Theorieinput / Übungen
- Entdeckung und Umgang mit Diskrepanzen / Umgang mit Widerstand / Reaktanz Theorieinput / Übungen
- FRAMES / Ein Konzept für Kurzinterventionen / andere Formen von Kurzinterventionen / Theorieinput / Übungen

In Modul 3 geht es im Schwerpunkt um Beratung und die **Methodik motivierender KlientInnenarbeit mit Auszubildenden und Möglichkeiten der Kurzintervention** im betrieblichen Kontext. Dieses Schwerpunktthema hat den unmittelbaren Transfer in die konkrete, alltägliche Beratungsarbeit „vor Ort“ zum Ziel. Effektive Gespräche durch beraterische Instrumente des MI zu führen soll eingeübt werden. Hierbei ist **Haupttransferziel der Umgang mit Widerstands-Phänomenen (Reaktanz)** und effektive Formen der Kurzintervention in der Beratungssituation.

Die vermittelte Gesprächsführung orientiert sich hauptsächlich an der Motivierenden Gesprächsführung (MI) von Miller und Rollnick (Miller u. Rollnick / Motivier.Gespr.-Führung, deutsche Übersetzung Lambertus Verlag 1999). Des Weiteren werden Modelle erfolgreicher Kurzintervention (z.B. FRAMES) vorgestellt. Ein weiterer Hintergrund ist die am MI orientierte und von der Landeskoordinationsstelle in NRW „GINKO“ entwickelte Semareinheit „MOVE“. Ebenso wie auf das MI bezieht sich MOVE auf das Rad der Veränderung (Wheel of Change bzw. Five Stages) von Di Clemente und Prochaska, das im Modul 3 intensiv vorgestellt und besprochen wird. **Nach intensiver Ausnutzung der Seminarzeit soll zum Ende von Modul 3 dann noch ein Blick nach vorn getan werden. Die Frage „Wie geht’s weiter?“ und „Wie ist jetzt der nächste Schritt“ runden das dreiteilige Seminar ab.**

Anmerkung zum Curriculum:

Alle Theoriephasen sind durch kurze Theorievorträge mit Unterstützung durch OHP-Folien/bzw. Beamerpräsentation gekennzeichnet. **Alle Power-Point-Folien werden als Handouts kopiert und den TeilnehmerInnen zur Verfügung gestellt werden.** Die Übungen sind sehr unterschiedlich und verfolgen mit einem „Methodenmix“ ihre inhaltlichen Ziele zur Verankerung und Verfestigung und Erlebarmachung der theoretischen Lerninhalte.

3.2.1.3. Sonderfall Bildungseinrichtung

Schwierige Rahmenbedingungen

Durch meine Seminarerfahrung als Trainer im Fortbildungsangebot des Heidelberger Instituts Beruf und Arbeit (hiba gmbh), das für die Bundesagentur Fortbildungen bundesweit für Ausbildungseinrichtungen und Bildungseinrichtungen anbietet, und infolge meiner Vor-Ort-Erfahrung in Nordrhein-Werstfalen, speziell hier in den Regionen Köln und Rhein-Erft-Kreis, hatte ich die Gelegenheit Einblick in viele Bildungseinrichtungen zu bekommen.

All diese Einrichtungen der Berufsbildung, der Jugendberufshilfe und der Jugendsozialarbeit sind (vielleicht mit Ausnahme der Jugendwerkstätten in NRW), zum allergrößten Teil aus Mitteln der Arbeitsagenturen bzw. der Bundesagentur für Arbeit finanziert. Hieraus ergeben sich für die durchführenden Bildungsträger folgende Rahmenbedingungen:

- Bindung an die Ausschreibung durch die Berufsberatung der Arbeitsagentur. Gestiegene Erwartungen an QM-Management. (Vergabepaxis geregelt in §§ 240 ff. SGB III = öffentliche Ausschreibung)
- Zwang zu extrem knapper Kalkulation / „Ent – BAT – isierung“ bis hin zum Lohndumping, um die Ausschreibungshürde zu nehmen
- geringe Arbeitsplatzsicherheit der MitarbeiterInnen / viele Zeitverträge. Das wirtschaftliche Risiko der Träger durch den Zwang zur Ausschreibung und das Risiko, den Zuschlag nicht zu erhalten, führt den MitarbeiterInnen das eigene Arbeitsplatzrisiko deutlich vor Augen.
- Arbeitsverträge an Laufzeiten der Maßnahmen angekoppelt
- Dadurch bedingte hohe Zahl älterer KollegInnen (schwer kündbar) und sehr junger KollegInnen mit Zeitverträgen
- Extrem heterogene Lerngruppen und sehr hoher MigrantInnenanteil
- Häufung sozialer Problemlagen und Benachteiligungen in den Kursangeboten.
- Wandel der Bildungsträger von sozialen Dienstleistern zu „normalen“ Wirtschaftsunternehmen. Bundesweit haben ca. 40 % dieser Träger die Rechtsform der GmbH (z.T. auch als gGmbH). Marktwirtschaftliche Aspekte stehen hierdurch auch bei der Förderplanung mehr und mehr im Vordergrund.

Nicht zuletzt durch vorgenannte Arbeitsbedingungen ist die Fortbildungsmotivation der MitarbeiterInnen schwankend. Auch hat die Bereitschaft der Leitungen zur Freistellung von MitarbeiterInnen durch die Personaleinsparungen stark abgenommen da sich die Personalschlüssel extrem „verschlankt“ haben.

Für die geplanten Seminarmodule bedeutet dies, dass KollegInnen aus solchen Bildungseinrichtungen ganz besonders auf Vernetzung mit externen Hilfsangeboten angewiesen sind und interne Vernetzung kaum Platz haben wird. Möglichkeiten und Chancen externer Unterstützungssysteme sollten daher intensiv vorgestellt werden. Vernetzung und Netzwerkperspektive haben vor dem Hintergrund vorgenannter Entwicklungen, eine besondere Bedeutung.

3.2.1.4. Arbeitsfeld Benachteiligtenförderung Zielgruppen, Konzepte und Maßnahmemodelle

Vorgenannte institutionelle Rahmenbedingungen wirken vor dem Hintergrund verstärkter Bemühungen von Arbeits- und Sozialverwaltung der Länder und Kommunen die Zahl der jungen Arbeitslosen mit Sozialhilfeanspruch deutlich herabzusenken.

Bundesweit ergibt sich der Trend, dass immer mehr junge Erwachsene mit größeren sozialen bzw. auch gesundheitlichen Problemen in außerbetrieblichen Ausbildungsgängen und anderen eingliedernden, berufsorientierenden Maßnahmen zu finden sind.

Eine Übersicht des Bildungsträgers „Zug um Zug“ aus Köln über den psychosozialen bzw. gesundheitlichen Status von 148 TeilnehmerInnen vom April 2004 verdeutlicht die Problematik für die Bildungseinrichtungen eindrucksvoll:

Zwischenbericht Job-Orientierung/Sprungbrett Januar 2004 : Die Auswertung der Problemlagen von 148 TeilnehmerInnen ergibt folgendes Bild:		
Sachverhalt	Anzahl	Prozent
Vorliegende+Verdacht psych. Diagnose	128	86 %
Schulden	127	86 %
Drogenkonsum	94	63 %
Riskanter Alkoholkonsum	70	48 %
Ohne festen Wohnsitz	55	37 %
Kriminalität / vorbestraft	44	30 %
Gewaltbereitschaft	44	30 %
Heimaufenthalt / Jugendhilfe	42	28 %
REHA / Lernbehinderung	42	28 %
Klinikaufenthalt	37	25 %
Unter Medikation	28	19 %
Verdacht auf Prostitution	9	6 %

Da bei dieser Übersicht Mehrfachnennungen möglich waren, und Alkohol- und Drogenerkrankung auch zu den Psychischen Störungen (Nach ICD 10 bzw. DSM IV) gezählt werden, ergibt sich eine dramatische Häufung von psychischen Störungsbildern in dieser Bildungseinrichtung. Der externe Supervisor, der die MitarbeiterInnen dieser Maßnahme begleitet und unterstützt, beschreibt die TeilnehmerInnen wie folgt:

„Aus der Sicht des Psychiaters und Psychotherapeuten zeigen die in der Supervision vorgestellten TeilnehmerInnen oft ein weites Spektrum an einzelnen oder kombinierten Störungen und Auffälligkeiten in ihrer seelischen Gesundheit. Einige der TeilnehmerInnen befinden sich bereits in regelmäßiger Behandlung, andere versuchen sich oft mit ihren Symptomen zu arrangieren oder tendieren zu Selbstheilungsversuchen, wobei häufig eine Abhängigkeitsentwicklung von psychoaktiven Substanzen zu beobachten ist...“

Hilfe durch Suchtprävention

Obwohl viele der älteren, schwer kündbaren Fachkräfte in den Einrichtungen schon inzwischen jahrelange Berufserfahrung in der Benachteiligtenförderung haben, gibt es bei Suchtthemen doch viele Unsicherheiten. Die konkrete Nachfrage nach Hilfsangeboten an die Träger der Drogenhilfe bzw. auch der Fortbildungsbedarf zu Suchtthemen scheint relativ groß zu sein. Trotzdem ist es eine Aufgabe der Träger von Suchtprävention, für diese Angebotsformen der Ausbildungs- und Integrationsförderung junger Menschen bedarfs- und bedürfnisgerechte Weiterbildungen anzubieten. Jedoch sind solche Angebote angesichts schwieriger wirtschaftlicher Situationen bei den Bildungseinrichtungen beileibe keine Selbstläufer. Wirtschaftliche Aspekte, wie Förderung der Effizienz der Arbeit durch Vernetzung oder Senkung von Abbruchquoten, müssen daher herausgearbeitet werden und in entsprechenden Ausschreibungen klar kommuniziert werden.

Vernetztes Arbeiten als Seminarthema

Untersuchungen über suchtblastete Jugendliche belegen, dass sie über auffällig weniger soziale Beziehungen und Unterstützung verfügen als ihre Altersgenossen. Sie unterscheiden sich hier allerdings nur gering von vielen Haupt- und SonderschülerInnen, die schon in der Allgemeinbildenden Schule in Bezug auf Unterstützung durch soziale Netzwerke benachteiligt sind (siehe auch DJI-BMBF-Studie: „Schule und soziale Netzwerke“, Juni 2004). Für alle ist gleich, dass Teilnahme an Ausbildung immer schwieriger zu realisieren ist. Umso größer der Wert von Maßnahmeplätzen für die jungen TeilnehmerInnen und ihre Familien. Trotzdem sind sie durch ihre bisherige schulische und familiäre Sozialisation stets abbruchgefährdet und Suchthemen spielen hierbei eine besonders problematische Rolle.

Viele unterschiedliche Belastungen und schwierige Themen dieser Jugendlichen machen eine Beratung für die KollegInnen in den Bildungseinrichtungen schwierig und belastend. Das Einnehmen der Netzwerkperspektive (Unterstützung von Außen) für Jugendliche und Berater macht die Hilfe effizient. Neue Ideen können sich entwickeln.

Für die Seminarteilnehmer/innen bieten die Seminarinhalte von Modul 1 das Kennenlernen der Netzwerkperspektive. Praktische Übungen werden die Theorievermittlung unterstützen. Diese Perspektive bedeutet Entlastung und neue Ansätze für die praktische Beratungsarbeit im Bildungsträger und in der Jugendberufshilfe. Der/die einzelne Berater/in ist nicht mehr im Zentrum des pädagogisch / therapeutischen Prozesses, sondern er verstärkt die Umfeldorientierung der Förder- bzw. Hilfeplanung.

3.2.1.5. Welche Vorinformationen haben die TeilnehmerInnen des Seminars?

Erwartungsgemäß werden die TeilnehmerInnen über mehr oder weniger große Praxiserfahrung mit konsumierenden jungen Erwachsenen verfügen. Nach meiner Erfahrung in der Arbeit mit Ausbildungsverantwortlichen und Auszubildenden in Groß- und Mittelbetrieben konnte ich bezogen auf die Drogen- und Suchtproblematik bei Auszubildenden ebenso viel Fragen und Bedenken wie in Bildungseinrichtungen feststellen. Die Fragen der KollegInnen sind sehr ähnlich, auch wenn real die sozialen Problemlagen der Auszubildenden (siehe auch das vorherige Kapitel 3.2.1.4.) in den Bildungseinrichtungen noch extremer sind. Es sind Fragen wie:

- Wie erkenne ich ob jemand drogengefährdet ist ?
- Wie kann ich mir sicher sein, dass jemand wirklich illegale Drogen oder Medikamente konsumiert?
- Wenn ich mir sicher bin, dass jemand Drogen nimmt, wie kann ich das ansprechen?
- Die KollegInnen schauen da weg; was kann ich da machen?
- Ist Kiffen denn wirklich so schädlich? Mir hat es doch damals auch nicht geschadet!
- Bei jeder Gelegenheit wird hier doch Alkohol ausgeschenkt, wie kann ich da glaubhaft vor Alkohol warnen.
- Suchtprävention wie geht das? Was können wir tun, damit unsere Auszubildenden erst gar nicht in Not geraten?
- Wir machen uns alle einen Kopf, aber den TeilnehmerInnen ist das total egal! ... usw.

Diese Liste könnte ich beliebig fortsetzen. So wie diese Fragen regelmäßig in Fortbildungen oder Workshops genannt werden, so gleich sind auch die jeweiligen Voraussetzungen und Vorerfahrungen bei Ausbildungsverantwortlichen in Betrieben und Bildungseinrichtungen.

Alle in der Praxis Tätigen, haben Beobachtungen in Bezug auf veränderte Konsumgewohnheiten der Auszubildenden/TeilnehmerInnen gemacht. Im Vordergrund stehen wahrscheinlich Berichte der jungen Erwachsenen über ihren Konsum von Alkohol und Cannabis in Verbindung mit anderen Partydrogen.

Mischkonsum (Cannabis und Amphetamine in Verbindung mit Alkohol) beim „Feiern“ ist inzwischen bei jungen Erwachsenen eher die Regel denn die Ausnahme geworden. Ebenso werden sie Informationen über den steigenden Konsum von alkoholhaltigen Mixgetränken, den sogenannten Alkopops oder nach der Verteuerung durch die Steuererhöhung auch von selbstgemixten Cocktails bei den Auszubildenden haben. Auch harte Drinks und harte Konsummuster im Umgang mit Alkohol (z.B. das sog. „binge-drinking“) zeigen negative Auswirkung auf die Ausbildungssituation. Anzeichen von früher Alkoholabhängigkeit häufen sich.

In Bezug auf den Alltag in den Ausbildungsbetrieben / in den Bildungseinrichtungen bedeutet das auch die Auseinandersetzung mit Fehlzeiten der TeilnehmerInnen nach durchgeführten Wochenenden, vermehrten Krankmeldungen und Leistungseinbrüchen in Phasen verstärkten Konsums psychoaktiver Substanzen.

Vorgenannte Beobachtungen werden ergänzt durch in der Regel eher negative Erfahrungen beim Versuch mit den TeilnehmerInnen über Ihren kritischen Konsum

ins Gespräch zu kommen. Konfrontative Ansprachen der AusbilderInnen, BetreuerInnen und PädagogInnen führen erfahrungsgemäß sofort zu Verleugnung und Ausweichen auf Seiten der Betroffenen. Da in der Regel viele dieser „Drogengespräche“ von den Ausbildungsverantwortlichen in guter Absicht begonnen wurden, hat der negative Verlauf dieser Ansprachen häufig eine tiefe Ratlosigkeit und Frustration hinterlassen. In diesem Punkt decken sich die Erfahrungen mit denen von Eltern, die auch das Beste wollend, bei Ihren Kindern auf taube Ohren stoßen.

Ein weiterer Erfahrungshintergrund der SeminateilnehmerInnen wird ein eher verharmlosendes Bild von Cannabis und den damit verbundenen Konsummustern und Konsumrisiken gerade für junge Menschen sein. Es fehlt in der Regel an neueren Informationen über die veränderten Substanzen und deren gravierende Auswirkungen auf Gedächtnis, Konzentration und andere wichtige Hirnfunktionen.

Viele langjährige SozialberaterInnen oder Suchtbeauftragte in den Betrieben aber auch viele MitarbeiterInnen der berufsfördernden Maßnahmen und ihrer Bildungsträger sind schon lange mit der Suchtthematik beschäftigt. Sie werden zum Teil (mindestens) Grundlagenfortbildungen bei Präventionsstellen und Suchthilfeeinrichtungen durchlaufen haben. Auch verfügen sie über ein breites Praktikerwissen. Diese Vorerfahrungen sollten in der Kennenlernphase des Seminars abgefragt und gewürdigt werden. Dies ist mit der Einladung verbunden ihre Erfahrungen in das Seminargeschehen aktiv einzubringen.

Im ersten Seminarmodul Modul 1 wird Grundlagenwissen vermittelt werden, dass die unterschiedlichen Vorerfahrungen zumindest theoretisch auf einen Stand bringen soll. Trotzdem ist es ein großer Unterschied, ob KollegInnen schon viele Drogenthemen (meist Alkohol) in Beratungssituationen besprochen haben oder ob ihnen solche Erfahrung ganz fehlt.

Erfahrene KollegInnen und AnfängerInnen gleichermaßen „ins Boot zu holen“ wird eine Aufgabe und Herausforderung dieses dreiteiligen Seminarmodells sein.

3.2.2. Modul 1

Suchtprävention in Ausbildungsbetrieben und Bildungseinrichtungen Dreiteiliges Manual für drei Seminarmodule

Modul 1

Modulthema: Grundlagen der Suchtarbeit
Suchtentstehung, Formen der Sucht, Grundlagen
der Veränderung, Angebotsformen
der Behandlung. Arbeit im Netzwerk

Zeitraumen : 1 ½ Seminartage

(Alle drei Seminarteile / Seminarbausteine haben den gleichen strukturellen Aufbau. Sie sind thematisch selbständig und können kombiniert werden)

Das Seminarmodul 1 gliedert sich in verschiedene Themenblöcke. Diese Themenblöcke sind:

Modul 1 Themenblöcke

- **Begrüßung / Organisation / Anliegen / Seminarkontrakt**
- **Kennenlernen** als Schwerpunktaufgabe des 1. Modul
- **Grundlagen von Sucht und Abhängigkeit / Suchtbehandlung**
- **Suchtbelastete Jugendliche / Sucht im Jugendalter**
- **Netzwerkdiagnose / Netzwerkarbeit**
- **Materialien / Transfer** (evtl. Weißer Fleck)
- **Auswertung / Abschied / Ende**

3.2.2.1. Seminarplanung / Roter Faden Modul 1

Begrüßung / Organisatorisches

Kurze **Begrüßung** der TeilnehmerInnen durch die TrainerInnen. Vorstellung der Arbeitserfahrung betrieblicher und außerbetrieblicher Arbeit mit Auszubildenden. Sehr kurz dann noch Namen, Qualifikation und persönlicher Background der TrainerInnen.

Zur Klärung gebracht werden **organisatorische Fragen** wie: Zeitrahmen und Zeitplanung, Lernzeiten und Pausen, Essenszeiten und notwendige Absprachen mit der Küche: z.B. gibt es Vegetarier in der Gruppe? Bezahlung von Seminargetränken. Ist im Kaffee- bzw. Tee-Angebot enthalten.

Gibt es in der Gruppe ExpertInnen zum Thema Abendgestaltung bzw. Sport- und Freizeitaktivitäten? usw.

Kennenlernen

(Kennenlernen 1. Teil)

Die Seminargruppe wird durch „**Landschaften stellen**“ (Soziometrisches Stellen) in Bewegung gebracht. Neben den üblichen Themen wie: Beschäftigungszeit, Dienstjahre, Wohnort, Alter, Zugehörigkeit zu Teams oder Abteilungen, Betriebsteilen/Einrichtungen usw. , werden zum Einstimmen auf das Seminarthema auch Aufgaben zum Konsum von Genuß- (bzw. Suchtmitteln), Liebesspeisen, Fortbildungen zum Suchthema, Berufserfahrung als Suchthelfer usw. aufgestellt.

Seminarkontrakt

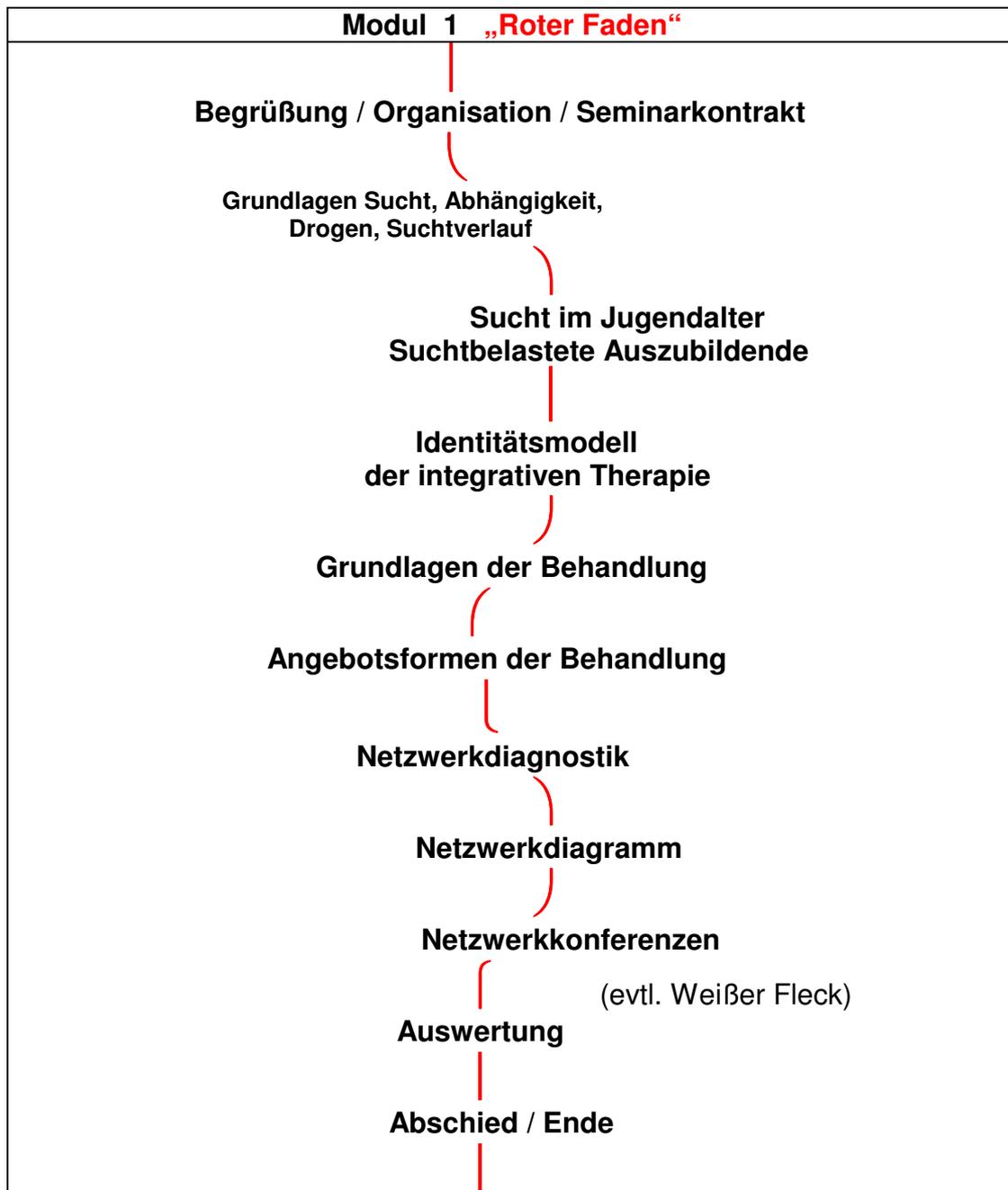
(Kennenlernen 2. Teil)

Kärtchenabfrage / Einzelarbeit und Vorstellung im Plenum

„**Mein Seminaranliegen**“ Die Seminaranliegen werden in Einzelarbeit von den TeilnehmerInnen auf Moderationskärtchen geschrieben und anschließend im

Plenum vorgestellt und an einer Pin-Wand montiert. Beim Vorstellen des persönlichen Anliegens sollen die TeilnehmerInnen sich mit Name und Einrichtung vorstellen und ein geknicktes Moderationskärtchen als Namensschild beschriften und vor sich stellen.

Mehrfachnennungen der Anliegen werden auch angepinnt. Hierbei kann bereits eine Ordnung (Cluster) nach thematischen Schwerpunkten der Anliegen erzielt werden. In der Folge wird dann der Seminarablauf und die Seminarmodule mit einem auf Flipchartpapier und OHP-Folie vorgefertigten „**Roten Faden**“ vorgestellt.



Planung und Anliegen werden nun gemeinsam betrachtet und ein Abgleich versucht. Häufig genannte und in der Planung nicht berücksichtigte Anliegen werden herausgearbeitet und auf andere FOBI-Möglichkeiten verwiesen bzw. ans Seminarende gerückt. Hier empfiehlt es sich ein Zeitfenster („Weißer Fleck“) jetzt in den Ablaufplan einzuarbeiten.

Nach der Präsentation Roter Faden und Abgleich mit den Anliegen werden ergänzend zu den inhaltlichen Aspekten am Flipchart die 4 „V’s“ vorgestellt und eine Übung dazu angeleitet. Die Seminargruppe wird hier nach bisherigem Kennenlernen im Plenum zum ersten Mal in vier Untergruppen aufgeteilt.

Handout / Übung:

Die 4 „V’s“ sind:

- **V erbindlichkeit,**
- **V erantwortlichkeit,**
- **V ertraulichkeit** und zuletzt
- **V (F) reiwilligkeit**

Aufgabe :

Diese 4 Begriffe werden auf vier Gruppen verteilt. In jeder Gruppe wird nun jeweils einer der vier Begriffe zur Diskussion gestellt und kurz untersucht. Untersucht wird nach den Aspekten :

Was bedeutet der Begriff in meiner Einrichtung / im Kollegenkreis ?

Was bedeutet der Begriff im Umgang mit den TeilnehmerInnen in der Einrichtung ?

Was bedeutet der Begriff für uns in diesem Seminar ?

Die Gruppenarbeit dauert ca.10 Minuten. Die Gruppenergebnisse sollen von den TeilnehmerInnen auf Flipchartpapier visualisiert werden.

Die Gruppen präsentieren danach ihr V im Plenum. Es folgt ein kurzer Austausch über die Ergebnisse der Gruppenarbeit und es wird Einigung über das Verständnis und die Bedeutung der Begriffe für das Seminar angestrebt. Die Flipchartpapiere werden im Seminarraum bis zum Seminarende ausgestellt.

Mit dieser Übung gilt der Seminarkontrakt als geschlossen.

3.2.2.2. **Grundlagen Sucht**, Abhängigkeit, Drogen, Suchtverlauf, Übungen Grundlagen / Suchtentstehung Theoretische Grundlagen

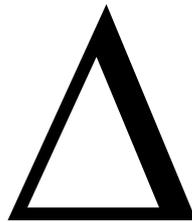
Das biopsychosoziale Modell der Suchtentstehung („Das Suchtdreieck“)

Im vorhergegangenen Text wurden viele Indikatoren mit gesellschaftlichem Hintergrund für die Entstehung von Suchtgefahren und süchtigem Verhalten benannt. Im Lehrbuch der Suchterkrankungen von Gastpar/Mann/Rommelsbacher (Thieme Verlag 1999) heißt es hierzu:

„ Allerdings greifen allein betrachtet diese Erklärungsmodelle zu kurz, wenn dabei psychische und physische Faktoren außer acht gelassen werden. Sind für den Einstieg in den Drogenkonsum und -mißbrauch und für den Erwerb spezifischer riskanter Konsummuster soziale Bedingungsfaktoren von großer Bedeutung, nimmt ihre Tragweite im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung ab. **Vor allem manifeste Abhängigkeit läßt sich nicht allein über soziale Aspekte erklären; psychische, biomedizinische und pharmakologische Faktoren treten hier zunehmend in den Vordergrund.**

z.B. Religion
Geschlecht
Nationalität
Alter
Genetik
Bildung usw.

Mensch



Umwelt

z.B. Arbeit
Wohnen
Milieu
Gesetze usw.

Droge

z.B. Drogenart
Wirkweise
Verfügbarkeit
legal / illegal usw.

Um die Vielschichtigkeit von Drogensucht hinreichend analysieren zu können, ist die Entwicklung und Verifizierung einer umfassenden Theorie notwendig, in der Abhängigkeit als **biopsychosoziales Geschehen** verstanden wird, bei dem soziale, kulturelle und gesellschaftspolitische, aber auch psychologische, physiologische und pharmakologische Bedingungsfaktoren ineinandergreifen und interaktiv wirksam werden.“

Sucht kann danach nur als multifaktorielles Geschehen verstanden werden.

Übung zum Thema Sucht und Drogen / Grundlagenwissen

Im Folgenden eine Übung die sowohl der Wissensvermittlung im Seminarmodul 1 zum Thema Grundlagen von Sucht und Drogen dient, als auch unmittelbar übertragbar ist auf die Arbeit mit Gruppen von Auszubildenden. Für die Seminararbeit kann die Übung verschiedene Funktionen haben. Vom Ablauf her gehört sie an den Anfang von Unterrichten, Workshoptagen, Rauschbrillenaktionen, Projekten zu Sucht und Drogen, Arbeit mit Eltern / Angehörigengruppen usw.

Folgende Ziele können mit der Methode „Suchtsack“ erreicht werden:

- Die Übung dient dem Kennenlernen.
- Die TrainerInnen bekommen einen guten Überblick über den Wissensstand der Seminargruppe.
- Die TrainerInnen können Wissenstransfer auf spielerische Art und Weise leisten.
- Die Unterschiede von stoffgebundenen und nichtstofflichen Süchten können angesprochen besprochen werden
- Der eigene Umgang der TeilnehmerInnen mit Sucht, Süchteilen und Suchtstoffen kann bei dieser Übung reflektiert werden.

Usw. usw.

Handout / Übung: Der Suchtsack

Um über Sucht, Suchtmittel, Drogen oder Süchteilen ins Gespräch zu kommen, ist der Suchtsack eine der erfolgreichsten und bewährtesten Methoden in der Projekt- und Seminararbeit von Suchtprävention. Diese Methode wurde bisher von allen Seminarteilnehmern unserer Seminare, in der Ausbildungspraxis, bei Projekttagen oder Projektwochen erfolgreich eingesetzt.

In einem Stoffsack, der oben zum Zuzchnüren ist, werden Suchtsymbole verborgen gelagert. Der Suchtsack kann attraktiv und schön gestaltet sein. Er soll auf seinen Inhalt neugierig machen. Die Gruppen- bzw. SeminarteilnehmerInnen sehen den Inhalt nicht, dürfen aber mit dem Arm in den leicht aufgeschnürten Sack langem und sich einen Gegenstand herausfischen.

Der Inhalt des Suchtsackes (Mehr oder weniger, je nach Zweck) :

Symbole für illegale Drogen (Heroin (Einwegspritzen), Ecstasy, Speed, Kokain usw.), Alcopopflasche, Weinflasche (klein), Bierflasche (klein), Schnapsflachmann, Symbole für Fernsehen (Fernbedienung), Computer (CD-ROM), Internet(CD-ROM), Handy und andere moderne Unterhaltungsmedien (Gameboy, Walkman usw.) Automodell, Cannabis (Jointatrappe, große Zigarettenblättchen oder Purpfeifchen), Rauchgeräte, Zigaretenschachteln, Medikamentenpackungen, Kaffeedose, Symbol für Urlaub oder Reisen, Sport- und Fitnes- Symbole, Symbole für Schönheits- und Körperkult (kleine Hanteln), Süßigkeiten, Musiksymbole, Terminkalender für Arbeitssucht usw. usw. usw. ...

Die Seminararbeit mit dem Suchtsack hat viele methodische und inhaltliche Möglichkeiten. Die Anschaffung und Ausstattung eines Suchtsackes ist eine gute Investition für jede Einrichtung die mit Auszubildenden, Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen arbeitet. Das Füllen kann als Aufgabe auf die MitarbeiterInnen einer Abteilung, eines Teams aufgeteilt werden. Wenn jeder etwas übernimmt ist der suchtsack schnell voll. Einmal gefüllt, kann er immer wieder zum Einsatz kommen. Er eignet sich für Bildungsarbeit, Elternabende, Themenabende und in der Gruppenarbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Je nach Zielgruppe kann man unterschiedliche Methoden anwenden z.B. :

Drei Runden Methode :

1. Runde : Jeder greift in den Suchtsack und sucht sich blind einen Gegenstand aus dem Sack. In der Runde stellt jeder seinen Gegenstand vor und sagt was ihm zum Thema Sucht dazu bekannt ist. Ergänzungen und Fragen der anderen Gruppenteilnehmer sind möglich oder sogar erwünscht. Moderationsvorschlag: Und, ist dies das Mittel Ihrer Wahl?
2. Runde : Der Suchtsack wird in der Mitte der Runde ausgeleert. Jetzt kann sich jeder Teilnehmer/in ein Suchtsymbol seiner Wahl aussuchen. Entweder eigene Erfahrung, eigenes Erleben, Betroffenheit, Ablehnung usw.
3. In der dritten „Resterrunde“ können die übriggebliebenen Symbole kurz vorgestellt und besprochen werden. Auch die Frage: Was gehört vielleicht noch in den Sack, was fehlt?

Variante :

Der Moderator greift als erstes in den Suchtsack und ertastet eine Weinflasche. Nachdem er zu Alkohol/Wein Stellung bezogen hat, benutzt er die Flasche zum „**Flaschendrehen**“. Der Flaschenhals zeigt dann auf Den/Diejenige, der/die als Nächste in den Suchtsack greift. Das Flaschendrehen wird dann weiter durchgeführt. Diese Variante ist amüsant und die Reihenfolge ist nicht vorhersehbar, was die Spannung erhöhen kann. Bei Unsicherheit in der Gruppe sind die vorher genannten Methoden vorzuziehen.

Buffet – Methode:

Der Inhalt des Suchtsackes wird als Buffet aufgebaut. Zuerst wird das Buffet kurz besichtigt und dann freigegeben. Jeder kann sich zwei Symbole nehmen. Eins für eigene Suchtgefahr und eins über das man mehr Informationen haben möchte oder eine Frage dazu hat.

Jetzt stellt jeder nacheinander seine Symbole vor. Austausch über beide Symbole in der Seminarrunde.

Elemente von Abhängigkeit**Handout / Übung:**

„Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit“ (Chr.Kröger in Tretter: Psychologische Therapie der Sucht)

Die folgende Übung dient an dieser Stelle dem experimentellen Kennenlernen von Katagorien des Abhängigkeitssyndroms. Der Fagerström-Test eignet sich sehr gut um mit wenigen Fragen ein ziemlich valides Ergebnis über Nikotinabhängigkeit zu bekommen. Er ist weltweit der häufigst angewandte Test und allgemein anerkannt.

Folgende Kategorien werden in diesem Test abgefragt:

- Entzugssyndrom (mehrfach abgefragt)
- Starkes nicht abweisbares Verlangen
- Toleranzentwicklung
- fortgesetzter Konsum trotz körperlicher Schädigung

Nach dem Ausfüllen des Tests werden obige Kriterien im Plenumsgespräch erarbeitet. Die Kriterien von Abhängigkeit werden auf dem Flip-Chart festgehalten.

Test - Anweisung:

Füllen Sie den Fragebogen spontan und ohne langes Nachdenken aus! Wenn Sie selbst rauchen benutzen Sie den Test als Selbsttest. Wenn Sie Ex-Raucher sind, denken Sie an Ihre Starkrauchphase und füllen Sie die Fragen entsprechend aus. Wenn Sie nie geraucht haben, denken Sie an eine/n RaucherIn, die Sie gut kennen und füllen Sie den Test für diese Person aus. (Die Auswertung ist auf der Rückseite).

Fragen	Antworten	Punkte
1. In welcher Zeitspanne nach dem Aufwachen rauchen Sie ihre erste Zigarette?	Innerhalb von 5 Minuten	3
	6 bis 30 Minuten	2
	31 bis 60 Minuten	1
	Nach 60 Minuten	0
2. Empfinden Sie es als schwierig, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, nicht zu rauchen; z.B. ; in der Kirche, Bibliothek, im Kino etc.?	Ja	1
	Nein	0
3. Welche Zigarette möchten Sie am allerwenigsten aufgeben ?	Die erste am Morgen	1
	Alle anderen	0
4. Wie viele Zigaretten pro Tag rauchen Sie?	10 oder weniger	0
	11 bis 20	1
	21 bis 30	2
	31 oder mehr	3
5. Rauchen Sie oft mehr in den ersten Stunden nach dem Aufwachen als am Rest des Tages?	Ja	1
	Nein	0
6. Rauchen Sie, wenn Sie so krank sind, dass Sie die meiste Zeit des Tages im Bett verbringen?	Ja	1
	Nein	0
Summe		

Dieser kurze Fragebogen enthält sechs Fragen (Items), deren Antwortvorgaben ein Punktwert zugeordnet wird. Je nach erreichtem Punktwert wird von einer sehr geringen (0 bis 2 Punkte), geringen (3 bis 4 Punkte), mittelschweren (5 Punkte), schweren (6 bis 7 Punkte) oder sehr schweren (8 bis 10 Punkte) ausgegangen.

3.2.2.3. Sucht im Jugendalter / in der Ausbildung

Theorieinput / Übung
Theoretische Grundlagen

in den vergangenen zwei Jahren stand neben dem Anstieg von jugendlichem Alkoholkonsum durch Alkopops und neue Formen von Spirituosen vor allem der weit verbreitete Cannabiskonsum bei Auszubildenden, jungen Erwachsenen und Schülerinnen im Brennpunkt der Aufmerksamkeit.

In der Fachstelle für Suchtprävention reagierten wir unter anderem mit dem Angebot von Veranstaltungsreihen wie: „Wenn ohne Joint nichts läuft“ (In Kooperation mit dem Kölner Stadt Anzeiger) mit Lesungen aus dem gleichnamigen Buch von Lisa Lindberg und „Riskante Kicks - Alkopop und Cannabis Konsum in Schule und Ausbildung“. Im Nachzug zu solchen Infoabenden mit anschließender Fachleute-Podiumsdiskussion wurde unsere Fachstelle mit Anfragen zum Thema Cannabis jeweils stark in Anspruch genommen.

Cannabis ist weltweit die am weitesten verbreitete illegale Rauschdroge. Auch Deutschland macht da keine Ausnahme. Besonders bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfreut sie sich, wie es scheint, dauerhafter ja sogar wachsender Beliebtheit. Jüngste Erhebungen bei jungen Menschen aus Hamburg ergaben in der Altersspanne von 14-24 Jahren erstaunliche 38 % die schon Erfahrungen mit Cannabis gemacht haben. Angesichts dieser Prävalenzzahlen ist es nicht so erstaunlich, daß manche Jugendliche von Ihrer Altersgruppe annehmen, dass jeder schon einmal probiert hat. „Das ist doch normal, das macht doch jeder“, bekommen wir in der Fachstelle aber auch Eltern und andere PädagogInnen öfters zu hören. Auch wenn dies je nach Zusammensetzung der Peer-group keinesfalls den Tatsachen entsprechen muss, **so hat sich Cannabis doch zu einer „illegalen Alltagsdroge“ entwickelt.**

Der Cannabiskonsum bei Jugendlichen hat, nachdem der Drogeneinstieg in der Regel mit den Legalen Drogen Nikotin und Alkohol bereits stattgefunden hat, zunächst experimentellen Charakter. Dieses jugendtypische Experimentier- und Probierverhalten ist erstmal nichts besonders Auffälliges, sondern gehört unter anderem zu den Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. Der Erwerb von Kompetenzen im Umgang mit legalen wie illegalen Drogen findet zumeist in dieser Lebensphase statt. Drogenexperimente bei Jugendlichen sind also nichts pathologisches und dürfen auch nicht isoliert von den Standards der Altersgruppe betrachtet werden.

In dieser Lebensphase treten Entwicklungsprobleme mit wesentlich höherer Wahrscheinlichkeit auf, als in anderen Lebensphasen. Hier zeigt sich, für alle Beteiligten oft überraschend, ein bisher nicht gekanntes problematisches Risikoverhalten der Jugendlichen, das zu Beeinträchtigungen der physischen und psychosozialen Gesundheit führen kann. Diese riskanten Verhaltensweisen können sein: verfrühter Sexualverkehr, aggressive Handlungen, riskantes Verhalten im Verkehr aber eben auch der übermäßige Konsum von Tabak, Alkohol aber auch Cannabis oder anderer illegaler Drogen wie Exstasy oder Speed. Bisher sind alle Versuche den Drogengebrauch, legal wie illegal, zu eliminieren gescheitert und haben eher dazu geführt die, mit dem Drogengebrauch einher gehenden Probleme zu intensivieren statt zu lindern.

Das Überstehen und Durchleben dieser risiko- und erfahrungsreichen Zeit (Es ist der gesamte Zeitraum des Übergangs von Schule zur Ausbildung bzw. Beruf bis hin zur Einmündung in Beschäftigung) ist für viele Jugendliche jedoch eher mit erworbener psychosozialer Gesundheit (Ressilienz) verbunden, denn mit Absturz und sozialem Niedergang. Hierfür ein gutes Gespür zu entwickeln und notwendige Erfahrungen von überzogenen Risiken unterscheiden zu können, ist eine wichtige Qualifikation für Eltern, Erzieher- LehrerInnen oder auch AusbilderInnen und Personalverantwortliche in den Betrieben.

Grundvoraussetzung für die Erziehungs- und Beratungstätigkeit im vorgenannten Spannungsfeld ist für Eltern und Professionelle das gründliche Reflektieren eigener Konsummuster und der eigenen Haltung zu legalen und illegalen Rauschmitteln (oder anderen üblichen Süchteleien). Unsere Jugendlichen und Auszubildenden haben ein fein entwickeltes Gespür für Stimmigkeit und Authentizität auf Seiten der „Erwachsenen“. Wenn wir aber an diesem Punkt schludern, unglaubwürdig sind oder unser eigenes Verhalten schönen dann haben sie allen Grund uns nicht zu trauen und unsere Besorgtheit abzutun.

Anmerkung zur Seminardurchführung:

An dieser Stelle wird mit Hilfe des vorbereiteten PowerPoint-Vortrages wichtige Grundlagen der Suchtarbeit dargestellt und im Überblick präsentiert. Die Folien haben folgende Inhalte:

- Definition Drogen
- Differenzierung legal und illegal
- Wirkungstypen
- Epidemiologische Zahlen zur Sucht
- Drogentote
- Definition Sucht
- Suchtentstehung / Suchtdreieck
- Merkmale einer süchtigen Gesellschaft

Die Dauer dieses Kurzvortrages sollte ca. 30 Minuten nicht überschreiten. Verständnisfragen und Ergänzungen durch die Gruppe der SeminarteilnehmerInnen kann während des Vortrages erfolgen.

Zur Erfolgskontrolle der bisher vermittelten Inhalte und zur Verfestigung des Gelernten kann an dieser Stelle des Seminars die Übung mit dem Suchtverlauf durchgeführt werden:

Handout / Übung: Der Suchtverlauf

Ziel der Übung

Die Entwicklung von Abhängigkeiten und Entstehung von Suchterkrankung zum Thema machen. Die Übung dient auch dazu eigenes Konsumverhalten zu reflektieren und eigene Konsummuster zu erkennen. Durch unterschiedliche Lösungen wird deutlich, dass auch einzelne Suchtverläufe je nach Person, Suchtmittel und anderen Faktoren sehr unterschiedlich sein können. Hier gibt es viel zu diskutieren aber kein „Richtig“ oder „Falsch“.

Materialien:**2 Sätze Karten mit folgenden Begriffen:****1. Sucht-Verlauf als Überschriftkarte (andere Farbe)**

- | | |
|-------------------------|---|
| 2. Positive Einstellung | 6. verstärkter Konsum |
| 3. Konsum | 7. Gewöhnung |
| 4. Genuss | 8. Missbrauch / (unsachgemäße Handhabung) |
| 5. Rausch | 9. Abhängigkeit / süchtiges Verhalten |
| | 10. Suchterkrankung |

Zeit

30 - 45 Minuten (Je nach Intensität der Diskussion)

Beschreibung

Karten ungeordnet auf dem Boden verteilen. Die Gruppe in zwei Untergruppenteilen. Sie sollen die Karten in fünf Minuten (Variante: Zwei Teilnehmer/-innen je Gruppe sollen in zwei Minuten) die Karten in eine stimmige Reihenfolge legen. Wenn vorhanden ist es gut zwei Moderationstafeln mit dem Rücken gegeneinander zu stellen. Die beiden Gruppen sollen die Karten nun an der Moderationswände anpinnen. Vorteil: Die beiden Gruppen werden nicht durch die Lösungsversuche der anderen irritiert. Nach der Beendigung werden beide Moderationstafeln zur Gesamtgruppe gedreht.

Hinweise und Erfahrungen

Die Teilnehmer/-innen müssen sich auf die Reihenfolge verständigen. Achten Sie darauf, dass die Gruppe das Geschehen unkommentiert beobachtet. Nach zwei Minuten beenden Sie die Aufgabe und fordern die beiden Protagonisten auf zu erklären, warum sie diese Reihenfolge gelegt haben. Danach geht die Frage an die Gruppe, ob sie mit dieser Reihenfolge einverstanden sind. Änderungsvorschläge werden von Ihnen aufgenommen und sichtbar gemacht in dem Sie die Kartenfolge verändern. In der Regel werden 3 – 5 Änderungen genannt. Um das Gespräch in Gang zu halten ist es hilfreich zu fragen, ob die Teilnehmer/-innen an eine bestimmte Substanz denken. Spannend ist die Frage, ob es eine Sucht ohne Rauscherlebnisse gibt. Oftmals wird lebhaft über den Begriff „Missbrauch/unsachgemäße Handhabung“ diskutiert. Wenn keine Änderungen mehr vorgenommen werden, kann die Frage: „Wie lange dauert es, bis ein Mensch suchtkrank ist“ oder „in welchem Stadium des Verlaufes kann ein Mensch eher aufhören“ erneut für Diskussion sorgen.

Variationen und Kombinationen

Mehrere Sets mit dem oben beschriebenen Suchtverlauf eröffnen Ihnen Möglichkeit, diverse Teams zu bilden. Die Arbeitsergebnisse können miteinander verglichen und diskutiert werden.

3.2.2.4. **Identitätsmodell der integrativen Therapie** Theorieinput / Übung

Identitätsmodell der integrativen Therapie

An dieser Stelle des Seminars soll der Fokus auf die Grundlagen unserer Existenz und was uns als Menschen ausmacht, also auf eine höchst personale Ebene gerichtet werden. Die Zeit der Ausbildung in einem Betrieb oder in einer berufsbildenden Schule oder Einrichtung ist immer nur ein kleiner, und nicht immer der Wichtigste, Ausschnitt aus immer sehr komplexen Lebenswelten der jeweiligen TeilnehmerInnen. Trotzdem gibt es die Versuchung für AusbilderInnen und Pädagoginnen dies im Eifer des Fördern-Wollens zu übersehen und das jeweilige Erscheinungsbild des jungen Erwachsenen im Betrieb oder der Einrichtung für die ganze Realität zu halten. Das Identitätsmodell der integrativen Therapie mit seinen „Fünf Säulen der Identität“ oder „Fünf Säulen des Supports“ schärft das Auge des Helfers für die Komplexität der TeilnehmerInnen und relativiert zugleich die Bedeutung einzelner personaler Teilaspekte zu Gunsten einer vollständigeren Gesamtbetrachtung.

Zugleich ist dieses Modell Herleitung und Grundlage für viele Methoden der sozialen Netzwerkarbeit.

„ **Die Fünf Säulen der Identität** „ (Auszug:D.Rahm / Integrative Therapie / Paderborn 1993)

Identität ist das Bild und das Gefühl, das ich von „mir selbst“ habe. Identität entsteht dadurch, dass ich mich sehe, fühle, bewerte, vergleiche, Entwürfe von mir mache, Rollen übernehme, und dadurch, dass ich von anderen gesehen werde, dass sie auf mich gefühlsmäßig reagieren, mich bewerten, vergleichen, Entwürfe von mir machen und mir Rollen zuschreiben.

Die Identität basiert konkret auf fünf Säulen. Sie beeinflussen sich gegenseitig in ihrer Entstehung und Ausprägung; sind aber in verschiedenen Lebenssituationen und –phasen unterschiedlich wichtig und relevant. Zusammen bilden sie die Identität eines Menschen, wobei für die meisten Menschen die Identität in den verschiedenen Bereichen unterschiedlich sicher ist.

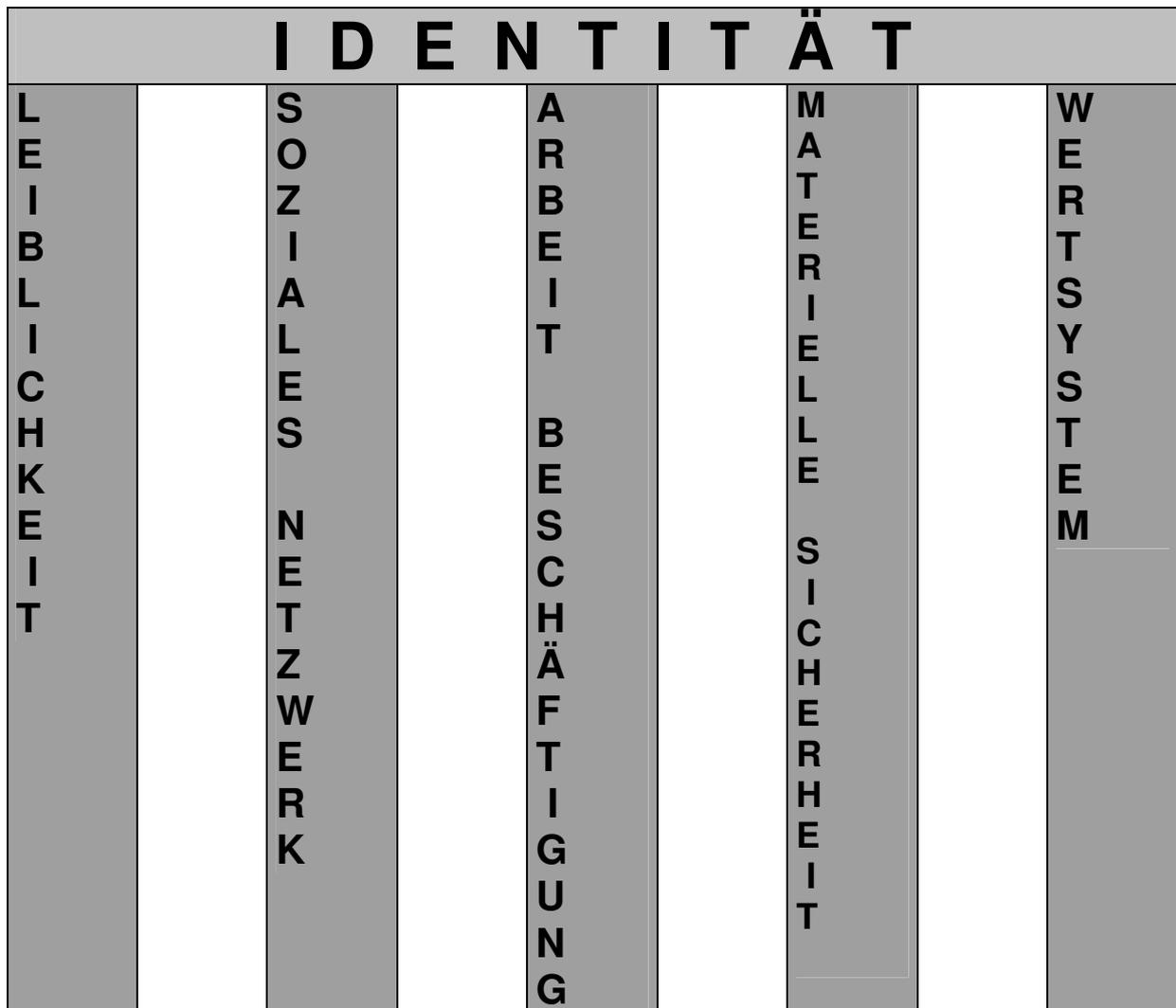
D.Rahm (Gestaltberatung / Paderborn 1995) hierzu:

„Je weniger Substanz und Tragfähigkeit die Säulen des Supports aufweisen, je mehr Säulen davon betroffen sind, desto gravierender ist die Störung für das Individuum“ Jeder der für sich (mit und ohne Anleitung) die „Fünf-Säulen“ entwickelt, erhält daher wichtige Informationen über sich selbst. Zugleich geben die Ergebnisse Hinweise, in welcher Kategorie Unterstützung benötigt wird oder auch welcher Handlungsbedarf besteht.

(siehe Schaubild auf der nächsten Seite!)

Handout / Arbeitsblatt

„ Die fünf Säulen der Identität „ (nach D.Rahm)



(Auszug:D.Rahm / Integrative Therapie / Paderborn 1993/ „Gestaltberatung / Paderborn1995)

1. **LEIBLICHKEIT** Sie umfaßt die menschlich-geschlechtliche Daseinsweise, die Einstellung zum Körper, Gesundheit, Krankheit, die Akzeptanz der eigenen Person im Denken, Wollen, Fühlen, die Übernahme von Verantwortung für das ganze Leben, die Person als Ganzes. (z.B. Bin ich gesund oder krankheitsanfällig? Finde ich mich schön oder häßlich? Wie geht es mir mit meinem Körper? Wie lebendig fühle ich mich ? Wie fühle ich mich als Mann oder Frau?)
2. **DAS SOZIALE NETZWERK** Das soziale Netzwerk bezieht sich auf das Eingebundensein in menschliche Beziehungen, auf die Entwicklung von sozialer Verantwortung sowie auf Umfang und Gestaltung der Beziehungen zu anderen Menschen, die mein Selbstwertgefühl beeinflussen und zu deren Identität ich selbst auch beitrage. (z.B. Bin ich ein sozialer Mensch oder bleibe ich eher für mich? Habe ich genügend Freunde/Freundinnen oder fühle ich mich eher einsam? Wie gut erreichbar sind die mir nahestehenden Menschen?)

3. **ARBEIT / BERUF und BESCHÄFTIGUNG** Sie ermöglichen sowohl die Entwicklung der eigenen Fähigkeiten, der eigenen Kreativität, als auch die Auseinandersetzung mit den eigenen Grenzen, der Bestimmung durch andere/anderes. Leistung im Beruf und Betätigung in der Freizeit bilden eine Grundlage für Selbstverwirklichung und Bestätigung, sie gewähren Handlungsfähigkeiten und Handlungsräume. (z.B. Bin ich das geworden, was ich wollte? Macht mir meine Ausbildung/Arbeit/Beschäftigung Freude? Wie leistungsfähig fühle ich mich?)
4. **DIE MATERIELLE SICHERHEIT** Die wirtschaftliche, materielle Basis ist notwendig zur Bestreitung des Lebensunterhaltes, sie bestimmt aber auch den Lebensstandard, die Lebensqualität und die kulturelle Lebensgestaltung. (z.B. Wie ist meine finanzielle Situation, meine Wohnsituation? Was kann ich mir „leisten“, was nicht?)
5. **WERTE, WERTESYSTEM, WELTANSCHAUUNG** Entscheidend für die Deutung der Welt und die Sinnggebung des Lebens sind das Wertsystem und die weltanschauliche Ausrichtung. In Krisensituationen kann unter Umständen auf dieser Grundlage eine Neuorientierung erfolgen, neue Stabilität gewonnen werden. (z.B. Wie will ich sein? Wofür stehe ich ein? An welchen Werten orientiere ich mich? Auf welcher Grundlage deute ich mein Leben und das, was ich erfahre und erlebe?)

Sucht und Werte

Das Thema **Werte** stellt sich in Gesprächen mit Auszubildenden oder anderen jugendlichen Seminargruppen oft als etwas sperrig dar. Werte werden dann oft mit wertigen Konsumgütern gleichgesetzt. Beim Vorstellen der 5 Säulen haben nach meiner Erfahrung Auszubildende mit der Säule Werte und Wertsystem auch die meisten Probleme. Junge Menschen, die mit Substanzen in Not geraten, haben oft ein recht schwach ausgebildetes **Selbstwertgefühl**. Frühe Erfahrung des **Minderwertes**, des Wenig-Wert-Seins wird von ihnen mit Drogen zugedeckt. Die Droge wird zur Verbesserung des Selbstwertes notwendig.

Bei der Frage nach spirituellen Werten gibt es schon in den Herkunftsfamilien der Auszubildenden wenig Hintergrund oder gelebte Spiritualität. Frage nach dem Sinn des Lebens werden nicht gestellt. Eine Konsumideologie („Ich konsumiere also bin ich“) scheint Religion und Glauben abgelöst zu haben. Der bekannte Suchtautor und Therapeut Helmut Kuntz schreibt in seinem 2005 erschienenen „Suchtbuch“ hierzu:

„Die Entfremdung des Menschen von seinen menscheitsgeschichtlich tief verwurzelten Bedürfnissen nach Spiritualität und Erfüllung spielt eine weitaus größere Rolle bei der Entstehung von süchtiger Abhängigkeit, als wir uns im Allgemeinen vorzustellen vermögen. Wissenschaftler, welche in Ihrem Forschungsdrang fixiert sind auf die Suche nach dem ominösen Suchtgen, erforschen derartige Zusammenhänge nicht einmal in Ansätzen.“

Sucht und Suche

Ähnliche Gedanken äußerte auch der Arzt und Therapeut Rüdiger Dahlke in seinem Vortrag an der Universität Innsbruck (Audiokassette:1992) unter dem Titel „Sucht und Suche“. Dahlke beschreibt den Menschen als Suchenden nach Werten und Erfüllung in seiner Existenz. In dem Maße wie er in unserer Gesellschaft nicht fündig wird nach wirklichem Lebenssinn desto anfälliger wird er für alle Formen von Sucht.

Handout / Übung: Die fünf Säulen der Identität

Die fünf Säulen der Identität sind ein Ansatz aus der „Integrativen Therapie“ nach Hilarion Petzold, der die Befindlichkeiten und Lebensbezüge der Adressaten in 5 Kategorien einordnet: Leiblichkeit und Gesundheit, soziales Netzwerk und Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung, materielle Sicherheit, Werte, Normen und Gewissen.

Diese Kategorien sollen jetzt von den TeilnehmerInnen des Seminars bearbeitet werden. Die Aufgabe ist eine Art Selbstüberprüfung. Sie sollen alle fünf Säulen für sich untersuchen und deren Zustand und Bedeutsamkeit oder Ausprägung mit kreativen Mitteln darstellen. Dazu werden Ihnen Kreativmaterial (Kreiden, Stifte) und Zeichenblöcke zur Verfügung gestellt. Qualität und Quantität der Säulen sollen visualisiert werden. Dabei können auch je nach Vorbereitung und vorhandenen Materialien auch analoge Methoden eingesetzt werden. So können die fünf Säulen z.B. als Tischskulpturen (mit Knete), Skalierungen, Münzen...usw.

Die Ergebnisse dieser Einzelarbeit sollen in Flüstergruppen (mit dem/der NachbarIn) besprochen werden. Es ist eine sehr persönliche Aufgabenstellung und es wird vorher geklärt, dass keines der „Kunstwerke“ vor der Gruppe präsentiert werden wird.

(Dauer insges. ca. 30 Min.)

Fragestellung im Plenum:

Die Auswertung im Plenum befasst sich vereinbarungsgemäß mit dem Prozess und nicht dem Einzelergebnis. Welche Erfahrung haben Sie gemacht? Gab es in die Zukunft weisende Ideen bei Ihnen? Gab es neue Erkenntnisse? Welche?

Können Sie sich vorstellen diese Methode mit Auszubildenden einzusetzen?

3.2.2.5. **Netzwerkdagnostik** mit den Elementen Soziales Atom und Methode Netzwerkdiagramm Theorieinput / Übungen

Das soziale Atom (Jacob Moreno (1889-1974) / 1959) ist eine diagnostisch-therapeutische Methode aus dem mit dem Namen des rumänischen Psychoanalytikers Jacob Moreno verbundenen Psychodrama - Ansatz.

Der „Deutsche Fachverband für Psychodrama (DFP)/Sektion Psychodrama im Deutschen Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG)“ schreibt wie folgt:

„Psychodrama - genauer Psychodramatherapie oder psychodramatische Psychotherapie - ist ein psychotherapeutisches Verfahren, das von dem jüdischen Psychiater und Sozialwissenschaftler Jakob Levy Moreno (1889-1974) begründet und in seinen Grundzügen ausgestaltet wurde. **Psychodrama geht von der jedem Menschen eigenen Fähigkeit zu kreativer Handlung und Gestaltung aus, die als eine Form der Selbstorganisation Individuen mit anderen (in Familien, Gruppen, in der Gesellschaft) verbindet.** Kreativität setzt eine spezifische Form von Spontaneität voraus, die als energetisches Potential jedem mitgegeben ist. Der Mensch wird von Geburt an als ein mit anderen interagierendes Wesen gesehen, das in seinen Beziehungen gesellschaftlich vorgegebene Rollen übernimmt, diese aber auch selbst ausgestalten und verändern kann und darüber sein eigenes Selbst entwickelt.“

Aus dieser primär interpersonellen und interaktionellen Orientierung leitet sich ab, daß im Psychodrama das Individuum nicht als Einzelperson verstanden wird, sondern in einem sozialen Netz mit anderen verbunden ist. Diese grundlegende Verbundenheit des Einzelnen mit seinen Beziehungspersonen wird als Soziales Atom bezeichnet, in dem wichtige Andere dem Individuum näher oder ferner stehen und das sich im Laufe des Lebens in charakteristischer Weise ändert.

Das Psychodrama betont damit den engen Zusammenhang zwischen interpersonellen Beziehungen und Erfahrungen und dem inneren Erleben und der Erlebnisverarbeitung. Beide Ebenen sind Gegenstand und Medium psychodramatischer Therapie und des psychodramatherapeutischen Prozesses.

Psychische Gesundheit schließt den Aufbau und das Vorhandensein eines kohärenten und hinlänglich stabilen Sozialen Atoms ein. Störungen werden dann als Mißlingen dieses Vorgangs sichtbar. D.h.im Psychodrama werden psychische Störungen und psychosomatische Krankheiten primär unter dem Gesichtspunkt der Störung zwischenmenschlicher Beziehungen und Interaktionen , also innerhalb des sozialen Atoms, betrachtet.

1959 hat Jacob Moreno das Verfahren der Soziometrie entwickelt. Diese Technik dient der Messung, Darstellung und Visualisierung von Beziehungsgefügen innerhalb einer Gruppe oder dem engeren Umfeld einer Versuchsperson. Es handelt sich um ein therapieorientiertes Diagnostikum und bezieht sich auf die sozialgerichtetheit psychischen Handelns. In unserem Zusammenhang stellt das **Soziale Atom** ein gutes sozilarbeiter-/sozialpädagog-isches Diagnoseinstrument dar. Im sozialen Atom können Merkmale der Persönlichkeit, der Familiensituation, biografische Fakten und Entwicklungen sowie das Soziale Umfeld gut und visuell eindrücklich dargestellt werden.

Das Soziale Atom sollte mit den KlientInnen gemeinsam erarbeitet werden. Hierbei können verschiedene Techniken zum Einsatz kommen. Vorgefertigte Diagnosebögen, ein Flip-Chart oder Figuren auf einer Tischplatte usw. Es gibt viele Methoden. Hierbei werden nicht nur die sozialen Bezüge und Beziehungen visualisiert sondern auch deren Quantität und Qualität. Aus dieser gemeinsamen Arbeit können mögliche Ressourcen entdeckt und erschlossen werden, die das Problem der KlientInnen der Lösung näher bringen. **Das Soziale Atom dient damit sowohl der Selbstevaluation von Personen als auch der sozilarbeiterischen bzw. therapeutischen Interventionsplanung.**

Handout / Übung:

Das soziale Atom

Das Soziale Atom ist ein Ansatz aus der Psychodramatherapie von Jacob Moreno der dazu dient das soziale Umfeld einer Person zu untersuchen. Die TeilnehmerInnen des Seminars sollen nun in Eigenarbeit Ihr soziales Atom bearbeiten. Als Vorlage/Handout dienen ihnen Fotokopien der beiden Folien mit unterschiedlichen Darstellungen des sozialen Atoms.

Um die Nähe zu ihrer Klientel herzustellen und einen Blick für die Veränderlichkeit sozialer Bezüge zu erfahren, sollen sie ihr Soziales Atom in der Jetztzeit und mit 18 Jahren aufzeichnen. Zur Bearbeitung werden Ihnen Kreativmaterial (Kreiden, Stifte) und Zeichenblöcke zur Verfügung gestellt.

Die Ergebnisse dieser Einzelarbeit können in Flüstergruppen (mit dem/der NachbarIn) besprochen werden.

(Dauer insges. ca. 20 Min.)

Fragestellung im Plenum: Welche Erfahrung haben Sie gemacht? Gab es Veränderungen in Ihren zwei Zeichnungen?

Das „Soziale Netzwerk Inventar-SNI“ – Netzwerkdiagramm / Netzwerkkarte Theorie Input

Das „**Soziale Netzwerk Inventar-SNI**“ wurde entwickelt als ist ein Instrument zur Untersuchung des sozialen Umfeldes (Netzwerkes) einer Person. 1981 wurde das SNI als standardisierte Technik zur Arbeit mit dem sozialen Atom zum ersten mal, zunächst als Fragebogen publiziert (M.Kulenkampff & Adomeit, 1981). Hier ging es darum Soziale Bezüge wissenschaftlich zu erfassen und zu vergleichen.

Für die Praxis in den Einrichtungen der Suchthilfe und auch der Benachteiligtenförderung ist eine vereinfachte Form der Diagnose und Interventionsplanung mit der **Netzwerkkarte (Netzwerkdiagramm)** angeraten. Diese Form bietet ein hinlänglich genaues Abbild der sozialen Situation der Versuchspersonen und muß nicht wissenschaftlichen Kriterien genügen.

Aufbau der Netzwerkkarte :

- Kreisdiagramm mit : Kernzone, Mittelzone und Randzone. Im Mittelpunkt der Kernzone wird die zu untersuchende Person dargestellt. Von ihr geht alles aus und läuft auf sie zu.
- Es zeigt die Dimensionen der Qualität sozialer Beziehungen einer Person.
- Das Volumen der Beziehungen und deren Verbindung (Kohäsion) (auch nicht mehr verfügbare Personen können/sollen im Diagramm dargestellt werden. Hier gilt es möglicherweise Ersatz zu schaffen /zu planen)

Die Netzwerkkarte (Kreisdiagramm) ist in die fünf grundlegenden sozialen Handlungsfelder einer Person :

- **Familie, - Beruf** (im Falle von MaßnahmeteilnehmerInnen:
- **Schule oder Maßnahme), -**
- **Nachbarschaft, -**
- **Sexualität, -**
- **Kultur / Freizeit** und bei der Arbeit mit KlientInnen -
- **Helfer**

wie eine Torte in 5 (6) Kuchenstücke aufgeteilt.

- Bewertet / ausgewertet werden wie beim sozialen Atom (SO) **fünf Dimensionen. Wie in der grafischen Darstellung des sozialen Atoms werden die Beziehungen mit unterschiedlich gestalteten Verbindungslinien dargestellt.**
- - Quantität (**Anzahl der zum SO gehörenden Personen**)
- - Qualität (**Anziehung, Indifferenz oder Abstoßung oder aktuelle Krisen**)
- - Nähe und Distanz (**Intensität des Kontaktes**)
- - Kohäsion (**Verbindung der Mitglieder eines SO untereinander**)
- - Konnektierung (**Verbindung zu anderen sozialen Atomen / Netzwerken**)
Bei der Konnektierung können auch Querverbindungen zwischen anderen abgebildeten SO's und / oder anderen Netzwerken dargestellt werden.

Zur Arbeit mit der Netzwerkkarte bieten sich wie beim sozialen Atom vorgedruckte Blätter / Formulare an, die eine große Zeitersparnis beim Entwickeln der Karte bieten.

Die Netzwerkkarte kann aber auch in gemeinsamer Arbeit zwischen KlientInnen und BeraterInnen an der Tafel oder am Flip-Chart entwickelt werden. Dies hat den Vorteil daß Bezüge und/oder Positionen leicht veränderbar sind, korrigiert werden können. Zum Teil ist bei verzweigten, großen Netzwerken auch das größere Format von Vorteil. **In jedem Fall bietet die Netzwerkkarte eine große Anschaulichkeit und verschafft den KlientInnen in der Regel viele neue Erkenntnisse über ihre Lebenssituation.**

Handout / Übung:

Die Netzwerkkarte / Einzelarbeit

Die SeminarteilnehmerInnen erhalten als Handout eine beispielhafte Darstellung einer Netzwerkkarte. Sie haben jetzt die Aufgabe sich eine reale KlientIn aus ihrem Arbeitszusammenhang vorzustellen / zu erinnern. Bezüglich des Seminarthemas wäre es schön, wenn es eine KlientIn mit Suchtgefährdung/Suchterkrankung ist. Wichtig ist, daß es ein Fall ist, bei dem der/die Seminarteilnehmer/in über ausreichende biografische und fallbezogene Kenntnisse über die KlientIn verfügt.

In Eigenarbeit können nun in einem Brainstorming wichtige Daten und Fakten in Stichworten auf einem Skriptblatt notiert werden. Wenn der Fall präsent ist, soll nun auf einem Zeichenblockblatt mit derAnfertigung einer Netzwerkkarte für diese KlientIn begonnen werden.

(Zur Anfertigung stehen Buntstifte, Neulandstifte und Kreiden, Kreisschablonen, wie Pappteller oder Untertassen und Lineale zur Verfügung. Die Anfertigung der Netzwerkkarte sollte in 20 Minuten fertig sein.)

Auswertung : Die Auswertung der Übung erfolgt im Plenum. Wichtige Fragen:

- Wie war die Arbeit an der Netzwerkkarte für Sie?
- Wie sehen Sie nach der Erstellung der Karte ihre KlientIn?
- Gab es neue Erkenntnisse? Welche?

Netzwerkperspektive Theorieinput / Übungen

Netzwerkperspektive

Diese Perspektive bedeutet Entlastung und neue Ansätze für die praktische Beratungsarbeit im Bildungsträger und in der Jugendberufshilfe. Der/die einzelne Berater/in ist nicht mehr im Zentrum des pädagogisch / therapeutischen Prozesses sondern er verstärkt die Umfeldorientierung der Förder- bzw.Hilfeplanung. Diese Umfeldorientierung verfolgt folgende Ziele :

- Aktivierung beraterisch/helfender o.a. therapeutischer Ressourcen im Umfeld des/der Betroffenen (empowerment)
- Diese Hilfen dem/der Klienten/in zugänglich machen (social support)
- Verstärkte Einbeziehung von Personen des Sozialen Umfelds (activating the network)

Wir unterscheiden **vier Unterstützungsarten in sozialen Netzwerken**

Emotional support = Ein Bündel konkreter Verhaltensweisen, die darauf gerichtet sind, ein Gefühl des Gebrauchtwerdens, ja Geliebtwerdens zu vermitteln. Durch diese empathische Grundhaltung kann eine emotionale Stabilisierung bei den KlientInnen erreicht werden. Diese Grundhaltung beinhaltet z.B. aufmerksames Zuhören, Spenden von Trost, Sympathiekundgebungen, Signalisierung von Anteilnahme usw.

Instrumental support = Bereitstellung oder Austausch von Gütern und Dienstleistungen, finanzieller und materieller Hilfen und das Spektrum praktischer Hilfen im Alltag der KlientInnen

Informational support = beinhaltet alle Formen der Unterstützung durch Kommunikation und die der Information, Beratung und Vermittlung dienen.

Appraisal support = Schaffung von Handlungsebenen und Settings, die der Wertschätzung, Anerkennung und Bestätigung der KlientInnen dienen. Lösbare Aufgaben bei der Weiterentwicklung und deren kleinschrittige Umsetzung. Bestätigung durch Formen von Arbeit und Beschäftigung.

Schädliche (pathogene) Netzwerke

Soziale Netzwerke sind zwar, wenn wir auf die fünf Säulen der Identität schauen, für uns Menschen wichtige Quellen von Unterstützung (Säulen des support) und Identitätsbildung in der sozialen Interaktion, sie können aber auch für den Einzelnen schädigende und benachteiligende Funktionen entwickeln. So ist zum Beispiel die Verwurzelung in eine Drogenszene oder in eine Szene von Jugendbanden auch ein soziales Netzwerk. Solche Netzwerke haben für die Entwicklung von Autonomie oder Lebensperspektiven eine z.T. ausgesprochen schädigende Wirkung. Auf das Faktum solcher Netzwerke wird im Seminar hingewiesen aber nicht weiter eingegangen.

Thesen zur Netzwerkarbeit mit sozial benachteiligten Jugendlichen:

- Netzwerkarbeit ist mehr als eine „neue Form der Zusammenarbeit“.
- Netzwerkarbeit beinhaltet viele Formen von Beziehungsnetzwerken.
- Künstliche Netzwerke müssen gestaltet, organisiert und gemanagt werden
- Im Vernetzungsprozeß zwischen den einzelnen Beteiligten gibt es fördernde und hemmende Faktoren. Diese Faktoren gilt es zu erkennen.
- Netzwerke beinhalten eine Summe von Institutionellem und personalen Einzelverhalten. Hier gibt es Konflikte und Konkurrenzsituationen
- Erfolgskriterien sind : Das Ziel des Netzwerkes muß erreicht werden – Das Ziel des Einzelnen (der beteiligten Organisation) muß erreicht werden.
- Die Mitglieder des sozialen Netzwerkes beeinflussen das Hilfesuchverhalten, - indem sie die Belastungserfahrungen abpuffern, wodurch Hilfsbedürftigkeit vermieden wird,

- indem sie die Notwendigkeit professionellen Beistands durch Bereitstellung instrumenteller und emotionaler / affektiver Unterstützung umgehen,
- indem sie als Such- und Überweisungsinstanzen zu professionellen Diensten fungieren und
- indem sie Einstellungen, Werte und Normen zur Hilfesuche vermitteln (in Anlehnung an Gourash, 1978)

Folge von Netzwerkarbeit für die Hilfesuchenden ist in zwei, nur scheinbar gegensätzliche, Richtungen ablesbar :

- Netzwerkressourcen verringern die Therapieinanspruchnahme
- Netzwerkressourcen begünstigen die Therapieaufnahme

Handout / Übung:

Gruppenarbeit in 4 Gruppen

Bearbeiten Sie in Ihrer Arbeitsgruppe folgende 4 Fragestellungen:

- **Welcher Typ von Netzwerk könnte aus Ihrem Arbeitsfeld heraus betrachtet installiert werden?**
- **Welche Bedeutung sollte für Ihre KlientInnen aus der Vernetzung erwachsen?**
- **Wie sollte das Netzwerk organisatorisch aufgebaut sein?**
- **Welchen Beitrag soll jeder am Netzwerk beteiligte zum Erfolg des Netzwerkes beitragen?**

Diskutieren und Bearbeiten Sie die Fragen in Ihrer Gruppe und halten Sie die Ergebnisse auf Flip-Chart-Papier fest. Sie haben 30 Minuten Zeit zur Bearbeitung.

3.2.2.6. **Netzwerkkonferenzen** (nach Bernd Feineis / Soziale Netzwerkarbeit mit Drogenabhängigen) Theorieinput

Die Netzwerkkonferenz ist ein bedeutsames methodisches Instrument, wichtige Teile des sozialen Netzwerks zu versammeln und in der Konferenz lösungsorientiert / heilend / therapeutisch zu arbeiten. Dabei lassen sich im wesentlichen strukturierte von eher prozeßorientierten Formen von Netzwerkkonferenzen unterscheiden. **Wichtige Grundvoraussetzungen für alle Formen von Netzwerkkonferenzen ist die Motivation des Netzwerkes, sich zu einer Konferenz zusammenzufinden.** Diese Grundvoraussetzung, die Mobilisierung des Netzwerkes zu einer Konferenz, erfolgt in der Regel dann, wenn Teile des Netzwerks sich in einer Krise befinden, die mit den üblichen Bewältigungsstrategien nicht mehr angegangen werden kann. Wichtig ist hierbei, das große Teile des Netzwerkes darin einig sind, daß eine Krise vorliegt.

Ein weiterer Grund für eine Netzwerkkonferenz kann die **Netzwerkkonservierung** ohne Beteiligung der KlientIn (IndexpatientIn) sein. Ziel der Konservierung ist das Erhalten wichtiger Strukturen des Netzwerkes über die unmittelbare Krise (Intervention) hinaus. Gerade bei Suchtkrankheit und Suchtgefährdung gibt es häufig im Leben der KlientInnen ein Auf und Ab zwischen Krise und Beruhigung. Rückfälle

gehören zum Erscheinungsbild von Sucht und Abhängigkeit. Hier sind soziale Netzwerke gefragt, die dauerhaften Rückhalt geben können.

Allen Netzwerkkonferenzen gemeinsam ist das Bemühen, möglichst alle Personen, die mit einem Problem verknüpft sind oder zur Problemlösung beitragen könnten, zu versammeln (convening the network). Ziel aller Konferenzen ist es sowohl emotionale Unterstützung als auch praktische Problemlösungen zu aktivieren.

Strukturierte Netzwerkkonferenz

Eine sehr bewährte Art der Konferenz ist die strukturierte Netzwerkkonferenz, die folgende Faktoren berücksichtigen sollte:

- Zieldefinition / Ein fest umrissenes Ziel der Konferenz ist wichtig für die Mobilisierung der TeilnehmerInnen und die anschließende Erfolgskontrolle.
- Settingfragen / Ort, Dauer und Besetzung der Konferenz muß geklärt sein. Hier gilt es vorher Einvernehmen zwischen den Netzwerkpartnern zu erzielen.
- Rolle des Moderators (Netzwerktherapeuten)
- Aufgaben des Moderators (Netzwerktherapeuten)

Als sehr gute Struktur zur Vorbereitung für eine solche Konferenz hat sich die **S-L-P-Methode** bewährt.

Screening : Problemfokussierung
Linking : Verantwortungsdelegation im Netzwerk
Planning : Erarbeitung von Zielvorgaben für Interventionen im Netzwerk

Häufige und unter Umständen sehr praktikable Form der strukturierten Konferenz ist die sogenannte **Helferkonferenz**. Hier liegt der Schwerpunkt auf den Bedürfnislagen der professionellen Helfer des Netzwerks. Vorteil dieser Form kann die schnelle Verständigung durch gemeinsame Sprache und ähnliche Lösungsstrategien der TeilnehmerInnen sein. Angestaute Konflikte im Netzwerk können angegangen werden.

Bei dem Verlauf einer Netzwerkkonferenz können **prozesshaft** verschiedene Phasen durchlaufen werden:

Retribualisierungsphase : Zusammenführung des Netzwerkes, Energie und Aufmerksamkeit werden gebündelt. Warm-Up-Techniken und/oder Kennenlernübungen können hier hilfreich sein.

Polarisierungsphase : Aufeinanderprallen gegensätzlicher Meinungen und Standpunkte im Konferenzverlauf.

Mobilisierungsphase : Scheinbar plausible und naheliegende Problemlösungen werden angestrebt.

Depressionsphase : Mögliches Scheitern der Lösungen der Mobilisierungsphase

Phase des Durchbruchs : wirkliche, realistischere Lösungsmuster werden gefunden

Phase der Erleichterung : Spannung löst sich. Das Netzwerk beruhigt sich (kathartisches Element)

Nach der Theorie hierzu eine Übung als Rollenspiel vor der Gruppe:

Handout / Übung:

Rollenspiel Netzwerkkonferenz

Nach der Theorie soll in einer Übungssequenz eine Netzwerkkonferenz im Rollenspiel erprobt werden.

Zunächst werden die TeilnehmerInnen aufgefordert einen eigenen Praxisfall zu erinnern bei dem eine Netzwerkkonferenz möglich oder wünschenswert gewesen wäre. Vielleicht gibt es ja auch einen Fall bei dem Kooperationsgespräche stattgefunden haben die, angereichert um einige zusätzliche Akteure schon den Charakter einer Netzwerkkonferenz gehabt hätten.

Die Seminargruppe einigt sich bei mehreren Vorschlägen auf einen Fall. Jetzt werden die Rollen besprochen und verteilt.

Typische TeilnehmerInnen-Rollen können sein: - AusbildungsleiterIn, Betriebsrat/rätin, betriebl. SozialberaterIn, BewährungshelferIn, SozialpädagogIn der Bildungseinrichtung, SuchtberaterIn, MitarbeiterIn der Arbeitsagentur (Berufsberatung, Jobbörse), MitarbeiterIn der Wohngruppe, MitarbeiterIn der Jugendgerichtshilfe, Verwandte der KlientIn, KlientIn, FreundIn der KlientIn zur Unterstützung, eine ModeratorIn (Netzwerktherapeutin) usw.

Da auch in der Praxis selten wirklich alle Beteiligten zusammenkommen werden, ist auch bei dem Rollenspiel nicht jeder Beteiligte notwendigerweise vertreten.

Der Fallvorsteller wird der ModeratorIn als Co-TherapeutIn zur Seite gestellt. Er kann beraten und den Spielern ergänzende Informationen zu ihren Rollen geben. Die S-L-P-Methode kann Anwendung finden. Die Spieler sitzen vor der Gruppe oder im Innenkreis. Jetzt geht es los!

Dauer der Übung ca. 15-20 Minuten.

Auswertung : Die Spieler werden aus Ihrer Rolle heraus über Ihre Erfahrungen in der Konferenz befragt. Der Außenkreis wird über die Beobachtungen als Zuschauer befragt. Zum Schluß offene Runde: Wie wars?

3.2.3. Modul 2

Suchtprävention in Ausbildungsbetrieben und Bildungseinrichtungen

Dreiteiliges Manual für drei Seminarmodule

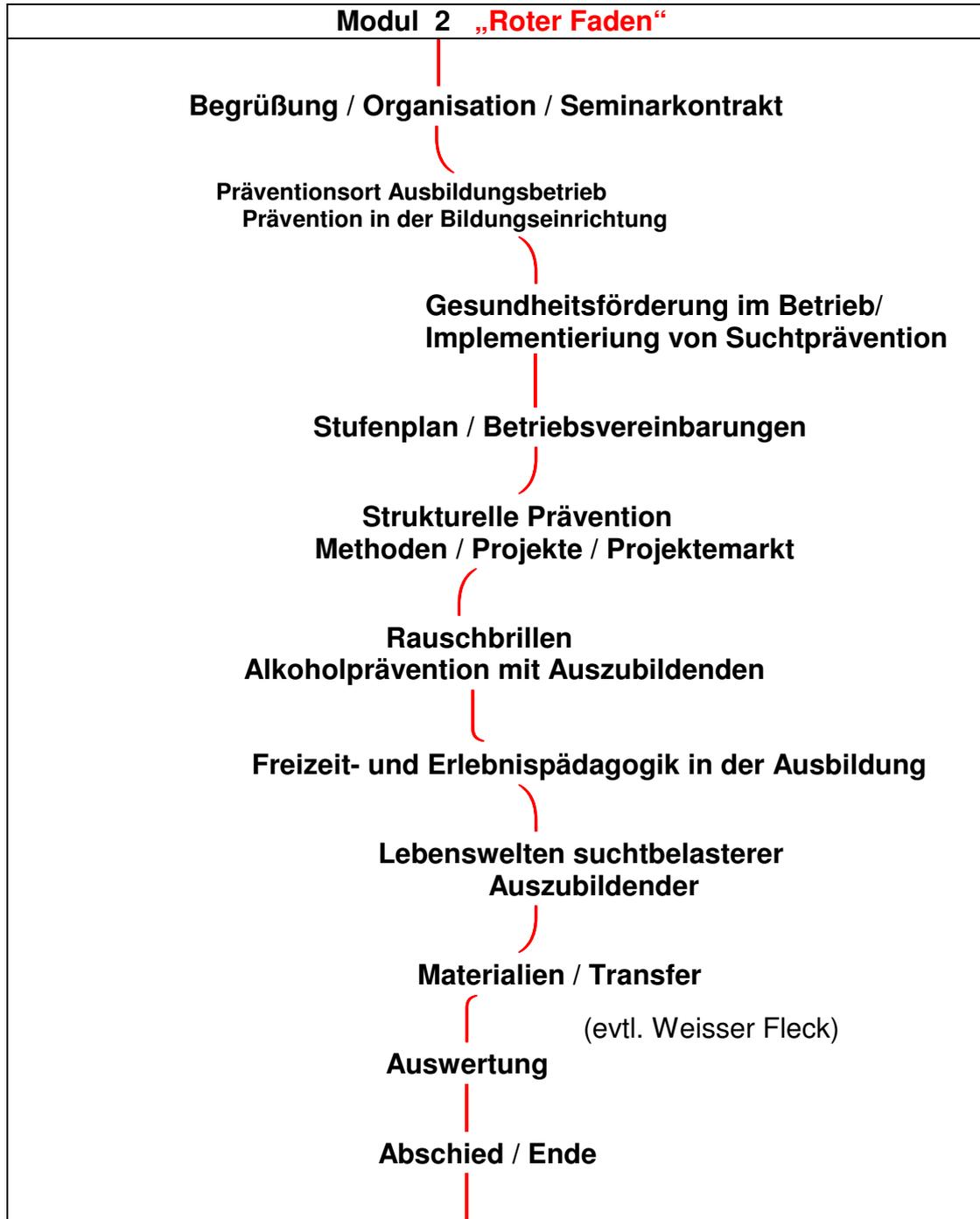
Modul 2

Modulthema: Betriebliche Suchtprävention
Präventionsort Betrieb –Strukturelle Maßnahmen-
Stufen- bzw. Interventionsplan, Qualitätsstandards
Zeitraumen : 1 ½ Seminartage

(Alle drei Seminarteile / Seminarbausteine haben den gleichen strukturellen Aufbau. Sie sind thematisch selbständig und können kombiniert werden)

3.2.3.1. Seminarplanung / Roter Faden Modul 2

In der Folge wird dann der Seminarablauf und die Seminarbausteine mit einem auf Flipchartpapier und OHP-Folie vorgefertigten „**Roten Faden**“ vorgestellt.



Planung und Anliegen werden nun gemeinsam betrachtet und ein Abgleich versucht. Häufig genannte und in der Planung nicht berücksichtigte Anliegen werden herausgearbeitet und auf andere FOBI-Möglichkeiten verwiesen bzw. ans Seminarende gerückt. Hier empfiehlt es sich ein Zeitfenster („Weisser Fleck“) jetzt in den Ablaufplan einzuarbeiten.

Nach der Präsentation Roter Faden und Abgleich mit den Anliegen wird der Seminarkontrakt geschlossen. Ergänzend zu den inhaltlichen Aspekten wird am Flipchart noch an die die 4 „V´s“ erinnert. Erst mit der erneuten gegenseitigen Verpflichtung auf - V erbindlichkeit, V erantwortlichkeit, V ertraulichkeit und zuletzt V (F) reiwillingkeit gilt der Seminarkontrakt als geschlossen.

3.2.3.2. Präventionsort Ausbildungsbetrieb Bildungseinrichtung Theorieinput / Übungen

Suchtfördernde und suchthemmende Faktoren / Vor-Ort-Analyse

In dieser Seminareinheit wird der Fokus auf die jeweilige Bildungseinrichtung gerichtet und ihr Umgang mit Suchtmittelkonsum und Substanzen untersucht. Mit der Brille „

Handout / Übung:

Gruppenarbeit in vier Gruppen

Aufgabe : Untersuchen sie Suchtfördernde und Suchthemmende Faktoren in ihrem Betrieb / in ihrer Einrichtung. Sammeln sie die Faktoren in ihrer Gruppe und besprechen sie deren Relevanz. Fertigen Sie eine Wandzeitung auf Flip-Chart-Papier wo sie jeweils suchthemmende und suchtfördernde Faktoren darstellen.

Achten sie auch auf Kleinigkeiten, schauen sie möglichst genau hin!

Suchtprävention“ wird ein genauer Blick auf die Situation „vor Ort“ gemacht. Zur Einführung ins Thema werden Reizworte und wichtige, in diesem Kontext bedeutsame (Fach-) Begriffe vorgestellt:

Solche Begriffe und für die betriebliche Prävention wichtige Faktoren sind :

- **Griffnähe, - betriebliche Feierkultur, - Regelung zum Suchtmittelgebrauch, - dunkle Ecken, - Co-abhängiges Verhalten, - Kiosk in der Nähe, - Unfallverhütungusw.**

Nachdem diese Begriffe kurz dargestellt und besprochen worden sind, wird eine Gruppenarbeit durchgeführt. Im Anschluß an die Gruppenarbeit werden die Ergebnisse von den Arbeitsgruppen im Plenum präsentiert.

Suchtprävention in Ausbildungsbetrieben und Bildungseinrichtungen

In Bildungseinrichtungen sowohl in Unterrichtssituationen als auch in betrieblichen Praxisfeldern werden Suchtgefahren und die Folgen von Suchtmittelkonsum deutlich. Auffälligkeiten können sich zu Störungen verdichten, Abläufe behindern, die Sicherheit gefährden und ganze Arbeitsbereiche beeinträchtigen. Die Fortbildung will hier in Kürze das derzeitige Instrumentarium betrieblicher Suchtarbeit vorstellen und anregen betriebliche Suchthilfe in der Benachteiligtenförderung zu institutionalisieren. Der Fokus soll sich zur Gesamtschau betrieblicher Realität erweitern und das eigene Verhältnis und das der KollegInnen zu Suchtmitteln und den Umgang mit Abhängigkeiten dabei nicht übersehen. Fragen ergeben sich dann, die den Umgang

mit legalen Stoffen wie Nikotin und Alkohol und deren Griffnähe betreffen und welche Rolle betriebliche Feiernkulturen im Ausbildungsbetrieb haben. Wenn im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit auf einmal nicht mehr der illegale Drogen konsumierende, benachteiligte Jugendliche steht, muss auch beim Ausbildungspersonal und der Verwaltung der Bildungseinrichtungen mit Widerstand und Vorbehalten gerechnet werden. Der kollegiale Konsens: „Gegen die Drogen müssen wir etwas unternehmen“, gerät dann möglicherweise ins Wanken.

Suchtprävention mit Auszubildenden ist nicht zuletzt eine pädagogische Aufgabe. Sie wendet sich mit psychoedukativen Mitteln an die Ausbildungsgruppe wie auch an die einzelnen TeilnehmerInnen.

Als allgemeines pädagogisches Prinzip bedeutet Suchtprävention:

7. Erziehung zu Selbstständigkeit und Selbstverantwortung
8. Förderung von Selbstwertgefühl und Genussfähigkeit
9. Förderung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit
10. Erziehung zur Kritik- und Konfliktfähigkeit

(In Anlehnung an Kaufmann :Suchtvorbeugung in der Praxis 1997)

Ergänzend zu diesen allgemeingefassten Zielen hat betriebliche Suchtprävention in der Bildungseinrichtung noch folgende konkrete, suchtspezifische Aufgabenfelder:

11. Information über psychoaktive Substanzen
12. Schaffung verbindlicher Präventionsstrukturen und Konsumregeln
13. Information über Konsumrisiken
14. Information über interne und externe Hilfsangebote
15. Schaffung verbindlicher Kooperationsstrukturen (intern u. extern)

Bildung eines Präventionsteams

Suchtprävention ist somit Aufgabe aller Pädagogen/innen, aller beteiligter Berufsgruppen und aller Hierarchieebenen.

Um Suchtprävention systematisch in den Alltag der Bildungseinrichtungen zu integrieren, empfiehlt es sich, ein, von der Leitung unterstütztes, verantwortliches **Präventionsteam** zu bilden. Die gemeinsame Planung von Präventionsworkshops, Projekttagen, Sicherheitswochen, Gesundheitswochen kann ein erfolgreicher Anfang sein. Möglichst viele MitarbeiterInnen sollten in die Umsetzung solcher Planungen und Aktionen eingebunden werden und ihr Engagement, praxisorientierte Ideen und praktisches Know-How einbringen.

An dieser Stelle wird mit der Seminargruppe eine Übung zur Team-Entwicklung bzw. Team-Diskussion durchgeführt :

(Anleitung der Übung siehe nächste Seite!)

Handout / Übung:**„Das Präventionsteam – Vorurteile durch Label“**

<p align="center">„DAS PRÄVENTIONSTEAM“ - Vorurteile durch Label</p> <p>in Ahnlehnung an: G.Beyer, ICL Günther Beyer GmbH, in manager Seminare G.May Verlags GmbH, Bonn 2000</p>
<p>Ziel:</p> <p>Die SeminarteilnehmerInnen sollen beim Spiel „Präventionsteam erleben, dass Vorurteile und Voreingenommenheiten wie: Experte, Versager, Clown usw. bei Teamdiskussionen von der Sachebene ablenken und eine, hemmende, blockierende und negative Emotionalebene erzeugen. 9 TeilnehmerInnen der Seminargruppe bilden im Innenkreis ein Präventionsteam</p>
<p>Spielbeschreibung :</p> <p>9 TeilnehmerInnen (Freiwillige vor!) der Seminargruppe bilden im Innenkreis ein Präventionsteam. Jeder hat ein Schild umhängen. Das den jeweiligen Besitzer mit einem Namen benennt.</p> <p>Person 1 heißt Clown, Nr.2 Boss, Nr. 3 Versager, Nr. 4 Experte, Nr.5 Pedant, Nr.6 Nörgler, Nr.7 Sündenbock, Nr. 8 Intrigant und Nr. 9 Arbeitstier. Jeder kann den Namen der 8 Personen lesen, nur seinen eigenen nicht, da sein eigenes umgehängtes Namensschild an der oberen Kante als Sichtblende um 90 Grad nach vorne abgeknickt ist.</p> <p>Der/die TrainerIn stellt der Diskussionsgruppe (Präventionsteam) ein Problem. In diesem Fall:</p> <p>„ Die Fehlquote nach Wochenenden und besonders in diesem Ausbildungsjahr / Lehrgang ist erschreckend hoch. Es besteht die Annahme, daß Drogenkonsum der Auszubildenden / der TeilnehmerInnen dabei eine Rolle spielt. Wir müssen dem Problem auf die Spur kommen und eine Lösung finden!“</p> <p>Mit den vorgefertigten Schildern, die durch Zufallsprinzip verteilt worden sind, hat jeder Spieler die Anweisung erhalten, sich auf die Schilder in seinen Beiträgen zu beziehen: „ Behandeln Sie die anderen so, wie es auf den Labeln steht!“</p> <p>Das Spiel kann beginnen.</p>
<p>Auswertung :</p> <p>In einer ersten Auswertungsrunde kann nun jeder Mitspieler sagen, was er glaubt, was auf dem eigenen Label steht.</p> <p>Weitere Auswertungsfragen sind:</p> <p>16. Was ist im Verlauf Ihres Meetings/Teamsitzung passiert ?</p> <p>17. Wie ist es den Einzelnen ergangen ?</p> <p>18. Was ist aus Ihrem Gesprächsziel (Problem) geworden ?</p> <p>Wichtig: Welche Beobachtungen kann der Außenkreis zur Verfügung stellen ?</p>
<p>Spieldauer : 15 Minuten Spiel + 10-15 Minuten Auswertung</p>

Theorieinput Umsetzung präventiver Maßnahmen

Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Seminarinhalte

Viele Fortbildungsbetriebe in der Benachteiligtenförderung stehen vor der schwierigen Aufgabe vielfältige Aufgaben mit engen finanziellen Ressourcen und einer dünnen Personaldecke schultern zu müssen. Aufgabenfülle und belastender Erfolgsdruck gegenüber den Förderern erschweren die Arbeit zusätzlich. Trotz vorhandener Schwierigkeiten mit Suchtgefährdung bei den TeilnehmerInnen und auch Mitarbeiter/innen erscheint die Einführung suchtpreventiver Maßnahmen und struktureller Maßnahmen zur Gesundheitsförderung als Luxus und schwer zu realisieren.

Häufig benannte Hindernisse sind:

- **Geringe Personalkapazität**
- **Kaum Möglichkeit zur internen Teambildung**
- **Geringes Zeitbudget zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildung**
- **Viele Aufgaben in der Einrichtung und Schwierigkeit nach Außen zu gehen**
- **Wenig Kenntnis und Kontakt zu externen Hilfsmöglichkeiten**
- **Rigidität von Leitung und Kollegen/innen im Umgang mit gefährdeten Jugendlichen**
- **Suchtprobleme einzelner Mitarbeiter/innen**
- **Keine Personalvertretung**
- **Geringe Unterstützung durch Leitung**
- **Tabuisierung des Themas aus Angst vor Reaktionen der Arbeitsverwaltung und betrieblicher Kooperationspartner**

Umsetzung der Präventionsziele

Wichtig ist zunächst gerade in kleineren betrieblichen Einheiten die eigene Initiative. Es empfiehlt sich ein oder zwei Kollegen/innen „mit ins Boot zu holen“ und sich schnell um externe Hilfen und Kooperationspartner zu bemühen. Solche Kooperationspartner sind: Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, arbeitsmedizinische Dienste, Fachambulanzen, Präventionsstellen, Gesundheitsämter, Selbsthilfegruppen und andere psychosoziale Dienste. Diese Dienste können nicht nur bei der Durchführung von teilnehmerbezogenen Maßnahmen helfen, sondern sie können auch die Überzeugungs- und Informationsarbeit im Kollegen-/innen Kreis unterstützen. So können sie zum Beispiel in Teamsitzungen oder Abteilungsmeetings Impulse von Außen geben. Als externe Experten können sie überzeugen.

Ein nützlicher Prozess

Die prozesshafte Erarbeitung einer Betriebsvereinbarung kann einen betrieblichen Klärungsprozess anstoßen. Die Arbeit ist aufwendig aber zur langfristigen Verbesserung der betrieblichen Abläufe auch absolut notwendig. Die betrieblichen Gewohnheiten und Rituale werden hinterfragt und die an der Entwicklung Beteiligten haben die Möglichkeit das eigene Handeln und die eigene Haltung zu Suchthemen zu überprüfen. Zusammenhänge von Arbeitswelt und Suchtentwicklung können unabhängig vom Einzelfall analysiert werden.

Für die gesamte Einrichtung kann sich die Handlungsgrundlage für Gesundheitsförderung verbessern. Konkrete Vorteile sind:

- **Regeln für problematische Situationen werden festgelegt**
- **Eine Laufzeit wird vereinbart und Fristen zur Überprüfung erhöhen den Qualitätsgedanken**

- **Die Pädagogen/innen erhalten Handlungssicherheit in schwierigen Situationen**
- **Feste Regeln zum Suchtmittelkonsum geben den Auszubildenden Orientierung und haben Vorbildcharakter (Modellernen)**
- **Es werden vereinbarte Räume und Geldmittel zugesagt und bereitgestellt**
- **Die Nachhaltigkeit wird unabhängiger von der Initiative einzelner Mitarbeiter/innen**

Die Unterstützung der Leitungsebene ist unbedingt notwendig. Ohne klare Anweisungen „top-down“ kann es keine verbindlichen Regelungen geben. Gerade Suchthemen sind heikel und verlangen nach klaren Strukturen und Regeln. Leitungsaspekte und Beiträge der Personalvertreter sind eine wichtige Ergänzung zur helfenden, unterstützenden Haltung vieler AusbilderInnen bzw PädagogInnen. Ungeduld hilft bei der Implementierung betrieblicher Regeln nicht weiter und es gilt bei Leitung und Kollegen/innen um Unterstützung zu werben, Informationen zu geben und alle Planungen mit den Hierarchieebenen abzustimmen. Nur so erhält man neue betriebliche Regelungen, die dann in Folge die nötige Handlungssicherheit im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen oder anderen Suchtproblemen geben können.

Theorieinput Stufenmodell

An dieser Stelle wird das folgende Stufenmodell von Ziegler / Brandl vorgestellt und im Plenum diskutiert.

(siehe nächste Seite!)

Theorieinput:

**Stufenmodell der Initiierung,
Etablierung und Verstetigung betrieblicher Suchtprävention**

(In Anlehnung an „Suchtprävention als Führungsaufgabe“ Ziegler/Brandl 1999)



Zum Abschluß dieser Seminareinheit erhalten die SeminarteilnehmerInnen ein Handout, das die für den Ausbildungsbetrieb / die Bildungseinrichtung relevanten Begriffe zur Gestaltung einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung zusammenfasst.

Handout:

ABC-Liste

Checkliste für Bildungseinrichtungen zur Gestaltung einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung

(In Anlehnung an Checkliste von Prof. Dr. Herbert Feser Feser H. (1997), Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern, Arbeitshefte, Führungspsychologie Band 26, Sauer Verlag, Heidelberg)

Alkoholverkauf/-ausschank	Nachsorge
Alkoholverbot	Nichtraucherschutz
Arbeitsordnung	Psychologischer Dienst
Lehrgangsvertrag	Qualitätssicherung
Auszubildende / Teilnehmer	Rat- und Hilfestellen
Behandlung	Rauchen
Beobachtung	Rückfall (Vorfall)
Beratungsdienste	Rückfallprävention
Beratungs-/Betreuungshilfen	Personalrat
Beseitigung suchtfördernder Arbeitsbedingungen	Schulungsangebote
Betriebsärztlicher Dienst	Sofortmaßnahmen
Betroffene	Sozialdienst
Benachrichtigung	Stufenplan
Betriebsrat	Suchthelfer
Co-abhängiges Verhalten	Suchkrankenhilfe
Diagnostik	Suchtprävention
Drogenfreier Arbeitsplatz	Trinkanlässe
Entfernung vom Arbeitsplatz	Unfallgefahr
Früherkennung	Unfallverhütung
Fortbildung für Suchthelfer	Verbote
Gebrauch von Suchtmitteln	Verfahren bei Suchtproblemen bei TeilnehmerInnen / Beschäftigten (Ziele, Inhalte, Konsequenzen)
Geltungsbereich	Verpflichtungen des Vorgesetzten
Gesprächsführung mit Suchtgefährdeten	Verhaltensbeobachtung
Gesundheitsberichterstellung	Verhaltensmuster
Gesundheits-/Qualitätszirkel	Vorgesetzte
Heimweg	Wiedereingliederung
Information und Aufklärung	Wiedereinstellung
Interventionskette	Zeitabfolge
Konsumregelung für Suchtmittel	Zielsetzung (Was soll erreicht werden.)
Kooperation (intern und extern)	Zielvereinbarung
Mitwirkung Betroffener	

Ergänzungen zur Betriebsvereinbarung Kundenpfad

Für die Praxis der suchtpreventiven Interventionen sollte ein Höchstmaß an Standardisierung angestrebt werden, um suchtpreventive Maßnahmen dauerhaft, und nicht so personenabhängig in den Ausbildungsbetrieben zu verankern. Am Modell des „Kundenpfades“ (Meinhold, 1996), können kleinschrittige Handlungshilfen für die jeweilige Ausbildungspraxis erarbeitet werden. Dieses praxisorientierte Modell zur weiteren Projektgestaltung wird den TeilnehmerInnen zum Schluß der Projektauswertung vorgestellt und folgendes Handout verteilt:

Qualitätsstandards der betrieblichen Suchtprävention am Beispiel des Kundenpfad-Modells

(In Anlehnung an M.Meinhold „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit, Lambertus Verlag 1996)

Der Umgang mit Sucht und Suchtgefahren erfordert von den Mitarbeiter/innen in Betrieben und Ausbildungsprogrammen klare Haltungen, Verhaltenssicherheit und abgesprochenes, gemeinsames Vorgehen. Nicht alles lässt sich im Voraus klären und absprechen aber im Ausbildungsalltag gibt es doch eine Menge wiederkehrender Situationen in denen präventives Handeln oder eindeutige Reaktion auf Suchtgefahren von den Mitarbeiter/innen gefordert wird.

Diese häufig wiederkehrenden Situationen werden „sensible Schnittstellen“ (M.Meinhold/1996) genannt. Für diese Anlässe werden von den Mitarbeiter/innen sogenannte „Kundenpfade“ erarbeitet und beschrieben. Es empfehlen sich für eine solche „Kundenpfad-Beschreibung“ Schnittstellen, an denen die Begegnung bzw. Aktion mit dem Auszubildenden/ Mitarbeiter- in (Kunden) von einiger Bedeutung für das Gelingen oder Misslingen der (Präventions-)Arbeit ist. Beispiel für solche „sensible Schnittstellen“ können sein :

- Vorstellen der Betriebsvereinbarung Sucht für neue Auszubildende
- Umgang mit Auszubildenden/Mitarbeitern/innen, die in beraushtem Zustand am Arbeitsplatz angetroffen werden
- Planungs- und Vorbereitungstag mit den Teilnehmer/innen vor gemeinsamer Gruppenfahrt. Aufstellen von verbindlichen Regeln zum Umgang mit Rauschmitteln während der Fahrt.
- Einrichtung von Beratungs-, Sprechzeiten der benannten Kontakt-person / Suchtbeauftragten. Setting vereinbaren unter Berücksichtigung von Kriterien der Diskretion und Verschwiegenheit
- „Sicherheitstag“ im gewerblich- technischen Bereich bzw. in den Werkstätten mit Gruppenarbeit zum Thema Unfallgefahren durch Rauschmittel und zum §38 der Unfall-Verhütungs-Vorschrift (UVV) / Kooperation aller Berufsgruppen usw.

Die Ausformulierung von Kundenpfaden für vorgenannte Beispiele kann gewährleisten, dass in diesen benannten Situationen für alle Ausbildungsgruppen dieselben Standards der betrieblichen Präventionsarbeit gelten.

Bei der Definition von Kundenpfaden empfiehlt sich folgendes Vorgehen :

- a) Die sensible Schnittstelle erhält einen Namen, z.B. „Entfernung eines Auszubildenden/Mitarbeiter/in vom Arbeitsplatz wegen beraushtem Zustand.
- b) Es werden die wesentlichen Ziele für die Situation beschrieben z.B. „Die Sicherheit am Arbeitsplatz muss gewährleistet sein“, „Die Situation sollte für

- alle betroffenen Kolleg/innen transparent sein“, „Die Sicherheit auf dem Heimweg muss gewährleistet sein. usw.
- c) Die betroffenen Mitarbeiter/innen erarbeiten Vorschläge für Verhaltensregeln, die das Erreichen der genannten Ziele befördern können. Das vereinbarte Vorgehen wird als Kundenpfad verbindlich festgelegt und verschriftet.
- d) Es wird eine Erprobungsphase vereinbart, in der die beteiligten Mitarbeiter/innen ihre Erfahrungen im Umgang mit den Verhaltensregeln dokumentieren (Nach der Erprobungsphase kann wie bei Punkt C wieder eine Änderung bzw. Neudefinition des Vorgehens nötig werden).

Zusammenfassung:

Das Beschreiben von Kundenpfaden erfordert einen relativ geringen Arbeitsaufwand von den Mitarbeiter/innen. Kundenpfade zu suchtpreventiven Themen können auch ohne bzw. im Vorfeld einer Betriebsvereinbarung Sucht verbindlich vereinbart werden und geben den Mitarbeiter/innen Orientierung und Verhaltenssicherheit. Gibt es eine Betriebsvereinbarung, so können die Kundenpfade als Anhang integriert werden. Nicht zu unterschätzen ist die positive Außenwirkung solcher Qualitätsstandards für kritische / sensible Situationen.

Handout / Übung:

Ergänzungen zur Betriebsvereinbarung

Das vorgestellte Formular wird als Handout ausgeteilt und soll von den SeminarteilnehmerInnen mit einem konstruierten Fall oder einem erinnerten Fall bearbeitet werden.

Fragen hierzu:

- Wie beurteilen sie diese Arbeitshilfe vor dem Hintergrund ihrer Praxis?
- Haben sie vergleichbare bzw. ergänzende Hilfen in ihrem Betrieb/ihrer Einrichtung?
- Was fehlt in dem Formblatt. Gibt es Vorschläge für Ergänzungen oder Veränderungen?

Bearbeitungszeit: ca. 10 Minuten

Danach kurze Auswertung im Plenum

Formular Nr. / Anlage Nr. zur Dienstvereinbarung Nr.

Protokoll

nach Entfernung eines/einer Mitarbeiter/in, eines/er Auszubildenden vom Arbeitsplatz
wegen Einnahme von Medikamenten, sonstiger Rauschmittel, oder wegen akuter Alkoholisierung

.....
Name / Vorname des/der Mitarbeiter/in, der/des Auszubildenden

.....
Personalnummer

.....
Kostenstelle / Abteilung / Werkstatt

- - / - - / - -

.....
Ausbildungsberuf / Ausbildungsjahr

.....
Datum

.....
Uhrzeit des Vorfalls

.....
Anlass für die Entfernung des/der Mitarbeiter/in (kurze Schilderung des Vorfalls)

.....
Zustand und Verhalten des/der Mitarbeiters/in

.....
Wie wurde der Heimtransport geregelt?

.....
Wer wurde benachrichtigt? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Sanitätsstation / Arbeitsmedizinischer Dienst

Notarzt / ärztl. Notdienst

Werksschutz

Polizei

Ausbilder/in

Eltern

sonstige Angehörige

.....
Zeugen (Name, Vorname, Abteilung, Ausbildungsgruppe)

..... Vorgesetzte/er,
die/der den/die Mitarbeiter/in angesprochen hat (Name, Vorname, Abt.)

Kopie an: Personalabteilung Ausbildungsleit.

- - / - -

Datum

.....
Unterschrift der/des Vorgesetzten

Theorieinput / Betriebliche Sozialberatung in Ausbildungsbetrieben

Hier ein Infoblatt das die Selbstdarstellung der betrieblichen Sozialberatung eines Grossbetriebes beinhaltet:

Betriebliche Sozialberatung (BSB) (Quelle: Faltblatt / Deutsche Post AG Betriebliche Sozialberatung)

➤ **Ist eine interne Beratungsstelle mit qualifizierten, geschulten Sozialberatern**

Nutzen Sie unser Angebot !

➤ **Wenn.....**

....Sie als Mitarbeiterin und Mitarbeiter

• **Beratung suchen**

- Weil Sie Spannungen und Probleme am Arbeitsplatz belasten
- Weil Sie sich in persönlichen oder familiären Schwierigkeiten befinden
- Weil für Sie Alkohol oder andere Suchtmittel zum Problem werden
- Weil Sie wirtschaftliche und finanzielle Schwierigkeiten nicht alleine bewältigen können
- Weil Sie unter seelischen und körperlichen Belastungen leiden

• **Unterstützung wünschen**

- Bei schwerer Erkrankung
- Bei Einleitung von Reha-Maßnahmen und Sanatoriumsbehandlungen
- Bei Wiedereingliederung in das Arbeitsleben
- Bei der Lösung persönlicher Krisen
- Bei der Kontaktaufnahme zu Beratungsstellen, Behörden und Institutionen

• **Hinweise möchten zu**

Betrieblichen Leistungen und angeboten:

- Gesundheitsförderung
- Beihilfen im Krankheitsfall
- Betriebsärztlicher Dienst
- Eintritt in den Ruhestand, Rente, Vorruhestand, Überbrückungsgeld, Altersteilzeit, Veränderungsgeld
- Schwerbehindertenfürsorge
- Unverzinslicher Vorschuß
- Erholungswerk
- VAP/Betriebsrente
- Wohnungsfürsorge
- Studienstiftung

➤ **.....Sind wir Ihre Gesprächspartner**

➤ **Gemeinsam erarbeiten wir Lösungsmöglichkeiten**

➤ **.....und bieten an:**

- Vertrauliche Gespräche im Rahmen der besonderen Schweigepflicht
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Besuche am Arbeitsplatz zu Hause oder im Krankenhaus
- Vereinbarte Sprechzeiten
- Telefonische Erreichbarkeit
- Gespräche nach Terminvereinbarung

Rufen Sie uns an!

Diese vorhergehende Eigenwerbung einer betrieblichen Sozialberatung signalisiert Themenvielfalt und breite Kompetenz. Betriebsinterne Experten wie Suchtbeauftragte oder nebenberufliche werden im Rahmen von Betriebsvereinbarungen bei suchtbezogenen Auffälligkeiten in großem Maße in die Pflicht genommen. Für MitarbeiterInnen der Sozialberatung ist es wichtig, die örtlichen bzw. regionalen Beratungsstellen zu kennen und mit Ihnen tragfähige Kontakte aufzubauen. Wenn es um Suchtthemen geht, ist die Beratungssituation doch meist deutlich schwieriger als ein z.B. Gespräch über Details bei der Betriebsrente.

Um sich ein bisschen in die Arbeit eines/einer Sozialberaters/in einzufühlen, wenn ein Auszubildender mit Suchtthemen angekündigt ist, jetzt folgende Übung:

Handout / Übung:

Beratung bei der Betrieblichen Sozialberatung / beim Suchtbeauftragten Erwartungen und Befürchtungen

Die Gruppe teilt sich in zwei Untergruppen auf.

Dauer: 45 Minuten = Gruppenarbeit 30 Minuten + Auswertung im Plenum 15 Minuten

1. Gruppe:

Sie versetzt sich in die Situation eines/er Sozialberaters/in, Suchthelfers, Suchbeauftragten der ein Gespräch mit einem auffällig gewordenen Auszubildenden durchführen soll.

Aufgabenstellung:

Welchen Gedanken, Gefühlen, **Erwartungen und Befürchtungen** sehen sie sich als MitarbeiterIn der Sozialberatung oder Suchtbeauftragte/er im Betrieb / oder in der Bildungseinrichtung ausgesetzt...

1. ...vor dem 1. Gesprächstermin
2. ...im Hinblick auf den ganzen Betrieb, auf das übergeordnete System (Träger, Team,
3. ...im Hinblick auf das Erscheinungsbild des Betriebes / der Einrichtung in der Öffentlichkeit) usw.

Stellen sie die Frage an sich selbst!

Was haben Sie für Erwartungen und Hoffnungen und was sind Ihre Befürchtungen und was macht Ihnen Druck?

2. Gruppe:

Versetzt sich in die Situation eines **Auszubildenden**, der zum Gespräch eingeladen ist.

Aufgabenstellung:

Welche Gedanken, Gefühlen, **Erwartungen und Befürchtungen** könnte ein Jugendlicher mitbringen?

Welche Voraussetzungen müsste ein(e) GesprächspartnerIn erfüllen, damit ihr offen Eure Sorgen und Nöte ansprechen könnt.

Wie müsste er/sie sein?

Was müsste/sollte er/sie tun?

Was darf er/sie nicht tun?

Jede Gruppe hält ihre Ergebnisse schriftlich fest (Flip-Chart-Papier)

Danach Präsentation im Plenum (KISS!).

(Anmerkung: KISS = **Keep It Short and Simple** = Kurz und Bündig!)

3.2.3.3 Angebote der Prävention / Methoden u. Projekte / Methodenmarkt Theorieinput / Übungen

Entwicklung nachhaltiger Projekte der Suchtprävention

- Einbettung von Prävention im Ausbildungsplan
Projektformen und Methoden : Workshop, Projekttag, Sicherheitswochen, Gesundheitswochen

Einbettung von Prävention im Ausbildungsplan

Neben der Organisation und Institutionalisierung von Beratungsinstanzen und der verbindlichen Regelungen von Zuständigkeiten und Vorgehensweisen bei Suchtproblemen ist es ein Hauptanliegen von Suchtprävention in Ausbildungsbetrieben, nachhaltige Projekte für und mit den Auszubildenden durchzuführen. Voraussetzung für die Nachhaltigkeit ist ein auf die ganze Einrichtung bezogener Konsens über die, im Ausbildungscurriculum konzeptionell fest verankerte, Projektarbeit.

Betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung kann nur erfolgreich sein, wenn sie sich nicht sporadischen, gut gemeinten Aktionen erschöpft, sondern langfristig und ausbildungsgruppenübergreifend angelegt und in den Gesamtkontext eines „gesunden Ausbildungsbetriebes“ eingebettet ist.

Einzelne Suchtbeauftragte – aber auch Präventionsteams – haben es im praktischen Alltag schwer, wenn ihre Aktivitäten nicht konzeptionell verankert sind. Dann fehlt möglicherweise die Rückendeckung durch die Leitung und Kollegen/innen reagieren mit Passivität oder Unverständnis. Zudem besteht die Gefahr, dass die Hilfsangebote und Projekte an das Extra-Engagement von einzelnen, wenigen Personen gebunden sind.

Eine Konzeption zur betrieblichen Suchtvorbeugung legt Haltungen fest, verankert im Ausbildungsplan durch langfristige Planung breite Suchtpräventive Maßnahmen und schafft klare Strukturen für Kooperation, evtl. Freistellung von anderen Aufgaben und Fortbildung der Mitarbeiter/innen.

Um Suchtprävention systematisch in den Ausbildungsalltag zu integrieren, empfiehlt es sich ein, von der Leitung unterstütztes, **verantwortliches Präventionsteam** zu bilden. Aus den Erfahrungen unserer Seminararbeit wissen wir, daß die Beteiligung aller drei Projektformen und Methoden : Workshop, Projekttag, Sicherheitswochen, Gesundheitswochen Berufsgruppen an dieser Teamarbeit sehr erfolgversprechend ist. Das gilt um so mehr für die Umsetzung von Planungen, wo es auf viel Engagement, an der Ausbildungspraxis orientierte Ideen und praktisches Know-How ankommt.

Projektformen und Methoden : Workshop, Projekttag, Sicherheitswochen, Gesundheitswochen

Das Präventionsteam / Gesundheitsteam organisiert und initiiert Projekte für den Ausbildungsalltag. Das heißt Phasen von Prüfungsvorbereitung, Überbetrieblichen Blöcken, Fortbildungen, Haupturlaubszeiten und theoretischen und praktischen Zwischenprüfungen werden berücksichtigt und die Terminplanung im Gesamtteam und mit der Personal- / Einrichtungsleitung abgestimmt. Einzelne Projektformen können sein:

- Workshops: - Kennenlernen von externen Hilfsangeboten durch eine Stadtrallye (In Absprache mit Jugendberatung, Drogenberatung, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung usw.)
- Internet-Workshop mit Internet-Recherche zu Sucht- und

- Gesundheits- und Arbeitssicherheitsthemen
- Selbstbehauptungstraining (geschlechtsspezifisch)
- Besuch einer Fachklinik und Diskussion mit Abhängigen usw.

Projektstage: - Kennenlertage für Neue / Vorstellung von Suchtvereinbarung und Suchtbeauftragter/m im Rahmen dieses Tages
 Substanzorientierte Info-Tage. Mit Video, Film, Rollenspielen z.B. „Cannabis-Day“, Nikotintag am Weltnichtrauchertag
 Suchtpräventionstag mit erlebnispädagogischen Elementen
 Genusstag mit internationalem Kochkurs usw.
 Präventionstage sind überschaubar zu planen und machen bei erfolgreichem Verlauf Mut zur Wiederholung.

Projektwochen : **Projektwochen sind aufwendig und brauchen unbedingt die Bereitschaft zur Kooperation von vielen Kollegen/innen.**

Gesundheitswoche / Sie bieten gute Gelegenheit Themen wie Ernährung und Essstörungen miteinander zu verbinden. Auch Entspannungstraining kann ein Element sein
 Kreativwochen / Gestaltungsprojekte in der Einrichtung

Sicherheitswoche / Unter Beteiligung der Berufsgenossenschaft kann es auch erneut um Unfallschutz und Gefahren durch Rauschdrogen am Arbeitsplatz kommen. usw.

Teambildung, Kennenlernen und gemeinsames Handeln sind häufig genannte Projektziele im Rahmen von Ausbildungsgruppen. Folgende Übung erfüllt diese Kriterien und ist direkt in die eigene Praxis umsetzbar:

Handout / Übung:

Interaktionsübung

High Noon - Eine (Zelt-) Stange hinlegen

Ort : Diese Übung kann sowohl im Außenbereich als auch in Gebäuden leicht und ohne Aufwand durchgeführt werden. Ideal ist in einem (großen) Seminarraum mit freigeräumter Mitte (Ohne Tische und Bestuhlung), in einer Halle oder auf einer Freifläche im Gelände.

Dauer : 10 – 15 Minuten + Reflexion **Gruppengröße :** 12-24 Personen

Hilfsmittel / Equipment : Zusammensteckbare Zeltstange oder anderer dünner Stab (Bambus oder Fiberglas) Sollte mindestens 2m lang sein.

Ablauf / Übungsbeschreibung :

Zunächst soll sich die Seminargruppe in zwei zahlenmäßig gleichstarke Gruppen aufteilen. Nun stellen sich beide Teams in der Raummitte in zwei Reihen einander gegenüber auf. Beide Arme sind angewinkelt die Zeigefinger sind ausgestreckt. Jetzt ist High-Noon die Zeigefinger zeigen wie Colts auf den Gegenüber. Jetzt bewegt sich

die Gruppe langsam aufeinander zu bis die Zeigefinger beider Gruppen leicht versetzt eine gemeinsame Linie bilden. Das sind die Vorbereitungen!

Jetzt legen die TrainerInnen/ LeiterInnen eine langen dünnen Stab, bzw. eine lange Zeltstange auf die Zeigefinger.

Anweisung 1: Alle MitspielerInnen müssen mit ihren Zeigefingern die Stange ununterbrochen berühren.

Anweisung 2: Jetzt soll die Stange auf ein Kommando der TrainerInnen gemeinsam auf dem Boden abgelegt werden.

Diese scheinbar leichte Aufgabe stellt sich in der Regel als reichlich schwierig dar. Wie durch Zauberhand hat die Stange nach dem Startsignal die Tendenz sich nach oben statt nach unten zu bewegen. Das führt meist zu Unruhe (Zorn?) und heftigen Diskussionen. Die TrainerInnen Beobachten und achten darauf, dass die Finger mit der Stange in Kontakt bleiben.

Irgendwann liegt die Stange dann auf dem Boden - das Spiel ist zu Ende.

Auswertungsfragen: Wie habt Ihr die Übung erlebt? Gab es eine Taktik, eine Strategie? Hat es eine Leitung, Dominanz gegeben? Wie hab ihr den Lösungsprozeß erlebt? Was würdet ihr anders machen?

Quelle: In Anlehnung an eine Spielidee aus: G. Schilling: Seminarspiele. Gert Schilling Verl., Berlin 2004, ISBN 3-9308 16-63-6

3.2.3.4. Rauschbrillen – Alkoholprävention mit Auszubildenden Theorieinput / Übungen

Was bewirken die Rauschbrillen und welche Effekte können erlebt werden?

Die Rauschbrillen werden seit 1998 in der amerikanischen Alkoholprävention eingesetzt und von unserer Fachstelle seit 2003 in Köln und im Rhein-Erft-Kreis.

Seither ist der Einsatz der Rauschbrillen zum festen Bestandteil von praktischen Aktionen unserer Fachstelle mit jugendlichen Auszubildenden aber auch erwachsenen Betriebsangehörigen geworden. Etliche Betriebe haben die Rauschbrillen inzwischen getestet und für die betriebliche Arbeit erworben. Die Präventionsbrille aus den USA ist ein gutes Medium, um mit Seminargruppen zum Thema Rausch und Drogenkonsum ins Gespräch zu kommen und die Risiken eines Alkohol- bzw. Drogenrausches näher zu bringen.

Themen wie, Feiern mit Alkohol und Drogen und die Heimfahrt von Party und Disko, können bearbeitet werden. Auf anschauliche Weise werden Risiken und Gefahren verdeutlicht. Die eigene Erfahrung mit der Rauschbrille soll den Auszubildenden oder anderen TeilnehmerInnen im Gedächtnis bleiben.

Die Rauschbrillen aus den USA sind ein in unserer Praxis bewährtes Medium, um Auszubildenden zu zeigen, dass Drogen- und Rauschwirkung uns bei allem, was wir bei der Arbeit, bei der Fahrt zur Arbeit und auch im Freizeitbereich tun, stark beeinträchtigt.

„Wie fühlt es sich an, wenn ich betrunken bin? Kann ich gerade auf einer Linie laufen? Schlüssel aufheben, oder sportliche Übungen machen? Kann ich ein Fahrrad, ein Moped oder ein Auto steuern? Würde ich einen Test durch die Polizei bestehen?“ – Die Rauschbrillen simulieren den jungen Testpersonen die möglicherweise tödlichen Rauschgefahren während sie nüchtern sind. Sie können

erleben was es heißt, durch Alkoholkonsum die Kontrolle zu verlieren, beduselt zu sein und verlangsamte Reaktionen zu haben. Die Wahrnehmung von Entfernungen ist getrübt und die Bewegungskoordination ist beeinträchtigt. Sie sollen verstehen, dass Alkohol- und Drogenmissbrauch zu Fehleinschätzungen und gefährlichen Missverständnissen führt.

Unfallrisiko und Unfallbeteiligung junger FahrerInnen im Straßenverkehr

Auszubildende, als in der Regel Jugendliche und junge Erwachsene, gehören zu einer zentralen Risikogruppe im Straßenverkehr. Besonders Fahranfänger im Alter von 18 bis 24 Jahren sind überproportional häufig von schweren und tödlichen Verkehrsunfällen betroffen.

Im Jahr 2003 verunglückten in Deutschland 96 583 junge Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren; 1 392 junge Erwachsene dieser Altersgruppe wurden bei Verkehrsunfällen getötet.

Junge Fahrer verschulden jeden dritten Alkohol-Verkehrsunfall

Auch eine Anfang 2006 veröffentlichte Studie des ADAC bestätigt erneut diese Zahlen. Im Jahr 2005 wurden nach Informationen des ADAC ein Drittel aller tödlichen Pkw-Unfälle in Deutschland von 18- bis 24-jährigen Autofahrern verschuldet.

Gut 30 Prozent aller getöteten Pkw-Insassen gehörten zu dieser Altersgruppe und dies, obwohl die jungen Fahrer gerade einmal 8,2 Prozent der Gesamtbevölkerung stellen und lediglich 10,8 Prozent aller Pkw-Führerscheine in den Händen halten.

Einen unverhältnismäßig hohen Anteil haben die 18- bis 24-Jährigen auch an Unfällen, die auf Alkohol zurückzuführen sind. So muss laut ADAC jeder dritte Autounfall unter Alkoholeinfluss jungen Fahrern angelastet werden. Viele Organisationen wie der Deutsche Verkehrssicherheitsrat, die Automobilclubs, die Verkehrswachten und zahllose Kreispolizeibehörden versuchen mit präventiven Methoden gegen diesen Missstand vorzugehen.

Suchtprävention mit Auszubildenden ist hier besonders wichtig und kann, wenn sie wirksame Methoden einsetzt, Leben retten helfen. Die Rauschbrillen aus den USA, die von mir nach Deutschland geholt wurden, bieten hier ein Instrument, solch schlimme Gefahren direkt mit der Risikogruppe zu besprechen und sie anschaulich zu machen. Eine bisher nicht veröffentlichte, von mir in Köln und dem Rhein-Erft-Kreis durchgeführte stichprobenartige Befragung bei SchülerInnen (N 150) (KFH NW 08/2005 bei Prof. M. Klein) über die kurzfristig erzielten präventiven Effekte bestätigen die sehr positiven landesweiten Rückmeldungen über die Rauschbrillen.

Rauschbrillenaktionen mit Auszubildenden / Setting und Standards der Aktionen

Den Orientierungsrahmen für unsere mit Ausbildungsgruppen, in Berufskollegs und in Jugendeinrichtungen praktizierte Suchtvorbeugung bilden die Lebenswirklichkeiten der jugendlichen Auszubildenden bzw. MaßnahmeteilnehmerInnen. Ziel unserer Arbeit ist es diesen Jugendlichen die Umsetzung unserer sozialen Lerninhalte in praktisches, soziales Handeln nahe zu bringen und zu ermöglichen.

Der Grundsatz „learning by doing“ hat sich im pädagogischen Handlungsfeld Suchtprävention in der Zielgruppenarbeit als sinnvoll erwiesen.

Dr. H. J. Hallmann (Landeskoordination für Suchtprävention, ginko e.V.) formuliert daher folgende **Vorgaben für die Gestaltung suchtvorbeugender Maßnahmen:**

„Daraus ergeben sich grundsätzliche Vorgaben für die Gestaltung suchtvorbeugender Maßnahmen:

1. **Sie sind ganzheitlich ausgerichtet**, d.h., die Adressaten werden rational und emotional angesprochen (kognitive und affektive Komponenten finden Berücksichtigung). (s.a. Erlebnispädagogik in dieser Arbeit)
2. **Sie praktizieren „Lernen durch Tun“**, welches erweiterte Lernformen möglich macht und damit eine Überbetonung verbaler Ausdrucksfähigkeiten vermeidet.
3. **Sie vermitteln Erfahrung direkt** und verhindern somit eine Übermittlung der „Wirklichkeit aus zweiter Hand“, z.B. durch das Überangebot von Medien (Fernsehen, Video).“
(Quelle: H. J. Hallmann, „Theorie und Praxis pädagogischer Suchtprävention in Schule und Jugendarbeit“, Verlag J. Agst, Moers)

Diesen drei Standards der erfolgreichen Präventionsarbeit entsprechen die Rauschbrillen-Aktionen unserer Fachstelle in besonderem Maße.

Die Rauschbrillenaktionen wie sie in dieser Arbeit beschrieben sind, beziehen sich auf **Aktionen in beruflichen Schulformen** und der **betrieblichen Seminararbeit**. Andere, hier nicht ausgearbeitete, häufige Einsatzgebiete sind der Einsatz bei Music-Events und Festivals (z.B. Summerjam in Köln), bei Basketballnights oder mit spezieller inhaltlicher Ausrichtung bei Aktionen mit Jugendverkehrsschulen oder z.B. der Jugendfeuerwehr.

Rauschbrillenaktionen lösen in der Regel schon bei der Ankündigung, bei den Auszubildenden gespannte, neugierige Erwartung aus. Dieses positive Grundinteresse und die damit verbundene erhöhte Aufmerksamkeit der TeilnehmerInnen wird von uns dazu genutzt, vor der Aktion in Seminarform Informationen zur Alkoholprävention zu geben und das Thema Rausch zu bearbeiten.

Zugleich nutzen wir die Anfangssituation für unsere **Vorstellung** als Referenten. Hierbei deuten wir unsere Expertenschaft für Sucht- und Rauschthemen an. Danach fragen wir die Anliegen bzw. Hauptfragen der TeilnehmerInnen zu diesem Themenbereich ab. Anonymisierte Fragekarten (Moderationskarten), von den Azubis in die Raummitte gelegt, haben sich als Methode bewährt. In dieser Anfangssituation wird mit den Auszubildenden ein **Kontrakt** geschlossen, der die Planung für die Phasen der Gruppenaktion vorstellt und verabschiedet.

Die **Seminar- / Workshopaktionen** lassen sich nach erfolgter Vorstellung und nach der Kontraktierung **in drei Phasen** einteilen:

1. Phase: Informationen und Gruppenarbeit zum Thema Rausch
2. Phase: Information über Promillemessung, Grad der Beeinträchtigung durch Alkohol und Vorstellung der unterschiedlichen Brillentypen
3. Phase: Aktionsphase – verschiedene praktische Übungen mit den Rauschbrillen.

Im Folgenden eine kurze Beschreibung der drei Phasen:

In der **1. Phase** bei den Rauschbrillenaktionen verwenden wir regelmäßig auch andere Präventionsmaterialien und Methoden um ergänzende Informationen zu vermitteln. Das **„nasse Blatt“** zum Beispiel ist solch eine interessante Broschüre (herausgegeben von der BzGÄ und der niederländischen NIGZ), die für Jugendliche entwickelt wurde. Das „nasse Blatt“ ist voller jugendtypischer Illustrationen und vermittelt dabei ernsthafte Informationen über die Risiken des Alkoholkonsums. In

unseren Rauschbrillenaktionen hat sich das nasse Blatt gut bewährt um thematische Arbeitsgruppen zu bilden und dabei auch über Rauschwirkungen zu informieren. Besonders 2 posterähnliche Abbildungen (Größe ca. 30 / 42 cm, siehe 4. Anhang) dienen als Stimuli für die Gruppenarbeit zum Thema: Rausch und seine Folgen. Diese beiden Abbildungen lösen meist Heiterkeit aus und kommen in ihrer Präventionsabsicht ohne „erhobenen Zeigefinger“ aus. Je nach Gruppengröße werden hierzu Gruppen gebildet (bis zu 5 TeilnehmerInnen/Gruppe) und folgende Fragen sollen in den Gruppen bearbeitet werden:

- Was ist vorher passiert? Wie war die Vorgeschichte?
- Wie fühlt sich der junge Mann im Augenblick?
- Wie wird es ihm am nächsten Morgen gehen?

Die Gruppen sollen sich ihre Gruppenergebnisse notieren. Dauer dieser Gruppenarbeit ist in der Regel 10 Minuten, danach werden die Ergebnisse im Plenum vorgestellt. Durch diese Präsentation werden die, für die Rauschbrillenaktion wesentlichen, nötigen Informationen von den TeilnehmerInnen selbst erarbeitet und eingebracht. Stichworte sind: Kein Durchblick, völlig „verpeilt“, echt „verstrahlt“, „Filmriss“, total entspannt, in einer anderen Welt ... usw.

Anmerkung zur Seminargestaltung:

An dieser Stelle der Theorievermittlung sollte das „**nasse Blatt**“ den SeminarteilnehmerInnen ausgeteilt werden. Nach kurzer Lesepause / Durchblättern sollte über die Einsatzmöglichkeiten dieses Präventionsmaterials ein kurzer Austausch im Plenum stattfinden.

Als Alternative zu der Gruppenarbeit mit dem „nassen Blatt“ haben wir gerade bei Gruppen von Auszubildenden (fast alles Fahranfänger) mit der Vorführung des Filmes „**Du Fehlst!**“ (Dauer 5 Min.), gefördert vom Bund gegen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr e.V. (B.A.D.S.), sehr gute Erfahrungen gemacht. Der Film auf DVD zeigt, wie eine Gruppe junger Menschen den tödlichen Verkehrsunfall ihres Freundes erlebt, was sie ihm noch sagen wollten – wofür die Zeit aber nicht mehr gereicht hat. („Only the good die young? – Scheiße, Mann!“)

Ziel des Filmes ist es, junge Menschen für Unfallgefahren und sicheres Verhalten im Straßenverkehr zu sensibilisieren und damit dazu beizutragen, tragische Unfälle junger Fahrer zu verhindern. Ohne moralischen Zeigefinger wird in 5 Minuten eine schön bebilderte emotional sehr berührende Geschichte erzählt. Durch seine angemessene und nicht moralische Erzählweise und durch seine modernen Bilder erreicht der Film sein Ziel ohne in den Tenor üblicher Abschreckungsprävention zu verfallen.

Ein Beamer mit Laptop oder ein Großfernseher mit DVD-Player ist allerdings zum Einsatz dieser DVD zu empfehlen.

Anmerkung zur Seminargestaltung:

An dieser Stelle der Theorievermittlung sollte der Film den SeminarteilnehmerInnen vorgeführt werden. Danach 10 Minuten Zeit zum Austausch über den Film und den Einsatz in der Ausbildung! (Die genauen Daten des Films in = 5. Anhang)

Im Rahmen der **2. Phase**, also unmittelbar vor den praktischen Übungen, werden die Rauschbrillen mit ihrer unterschiedlichen Promille-Simulation vorgestellt. Hierbei wird dafür entwickeltes **Rauschbrillen Ergänzungsmaterial** eingesetzt.

Es handelt sich um 10 OHP-Folien bzw. 10 PowerPoint-Folien für eine Beamer-Präsentation (siehe Anhang). In der Regel werden jedoch lediglich 4-5 Folien

eingesetzt um Begriffe wie Promille / BAK in Promille / „Beeinträchtigungen durch Alkoholrausch“ näher zu erläutern und die TeilnehmerInnen auf die praktischen Übungen vorzubereiten. Die übrigen Folien finden nur bei Bedarf, bzw. bei starkem Interesse der Gruppe, Verwendung. Die PowerPoint-Folien haben folgenden Inhalt:

Folie 1-5 : Beeinträchtigung durch Alkoholkonsum von
0,2 Promille bis über 0,8 Promille

Folie 6 : Alkoholbedingte Verkehrsunfälle

Folie 7 : Unfallgefahr durch Alkohol

Folie 8 : Musterrechnung zur BAK

Folie 9 : Alkoholabbau im Körper

Folie 10 : 7 Tipps zum Alkoholkonsum

Natürlich vermitteln diese Folien nur das nötigste Basiswissen. Trotzdem zeigt die Erfahrung, dass Jugendliche und besonders Auszubildende, die ja häufig schon Führerscheine haben, eigentlich nur wissen wollen: wieviel Promille habe ich? Wieviel kann ich trinken bis ich bei der, für den Führerschein, kritischen Grenze von 0,5 bin? Die Broschüre der BzGA „Alkohol – Wie viel ist zu viel?“ sagt dazu:

„Wie weiß ich, wie viel Promille ich habe? Sehr einfach gesagt, hängt es natürlich davon ab, wie viel du trinkst! Die folgende Tabelle gibt dir eine kleine Orientierungshilfe. Meistens gilt: 1 Glas eines alkoholischen Getränkes enthält ungefähr 10 Gramm reinen Alkohol.“

Getränk	Inhalt	Alkoholgehalt	Alkoholmenge (reiner Alkohol)
Bier	Glas 250 ml	5 %	ca. 10 g
Wein, Sekt	Glas 125 ml	12 %	ca. 10 g
Doppelter Schnaps	Glas 40 ml	35 %	ca. 12 g
Alkopops (z.B. Breezer)	Flasche 275 ml	5 %	ca. 12 g

BzGA Alkohol – Wie viel ist zu viel?

Als Faustregel gilt: Mädchen haben meist bereits nach einem Glas Alkohol die 0,5 Promillegrenze überschritten, Jungs in der Regel nach zwei Gläsern. Natürlich ist dies nur eine Faustregel. Die Errechnung des Promillewertes ist nämlich eine komplizierte Angelegenheit, die von verschiedenen Faktoren abhängt.“

Fazit: Die 0,5 Promillegrenze ist schnell erreicht. Wenn du also noch fahren musst und auf der sicheren Seite sein willst: immer besser 0,0 Promille

BzGA Alkohol-Wie viel ist zu viel?

Die vorgenannte und zitierte Broschüre, 2005 erschienen, hat sich im praktischen Einsatz der Rauschbrillen mit jugendlichen TeilnehmerInnen gut bewährt.

In der **3. Phase** kommen die Rauschbrillen zum Einsatz. Bei unseren Aktionen werden regelmäßig alle drei Brillentypen eingesetzt. Es handelt sich um die **Drunk Busters-Brillen** mit ca. **1,3 o/oo** Simulation, um die **abgedunkelten Twilight-Vision-Brillen** mit ca. **1,5 o/oo** Simulation und um die **Alcopopbrillen** mit ca. **0,8 o/oo** Simulation. Alle drei simulieren den Zustand der Beeinträchtigung durch Alkohol und/oder durch andere psychotrope Substanzen. Eingeschränkte Rundumsicht, Doppelsehen, Fehleinschätzungen für Nähe und Entfernungen, Verwirrung, verzögerte Reaktionszeit und das Gefühl von Verunsicherung werden durch die Rauschbrillen erlebbar gemacht. Die Twilight-Vision-Brillen simulieren ergänzend zu den vorgenannten Beeinträchtigungen noch den optischen Eindruck von Dämmerung

und schlechten Sichtbedingungen. Eine andere typische Alkohol und Drogenwirkung ist die schlechter werdende Muskelkoordination. Auch diese Beeinträchtigung wird durch Übungen mit den Rauschbrillen dargestellt.

Viele Auszubildende, besonders die mit viel eigener Rauscherfahrung zweifeln beim ersten Blick durch die Brille, ob die Brillen überhaupt einen realistischen Rauscheindruck verschaffen können. Was sie sehen, entspricht dann nicht der eigenen Erfahrung bzw. der optischen Erinnerung eigenen Rauscherlebens. Diesem Zweifel begegnen wir mit folgenden Argumenten:

Die starke optische Wirkung der Rauschbrillen vermittelt zwar andere Bilder als sie real wahrgenommen werden, aber das Gefühlserleben und die Reaktion auf den Körper sind doch mit der Realität sehr vergleichbar. Hier erweist es sich als hilfreich, wenn vorher mit Hilfe der OHP-Folien die verschiedenen Grade von Beeinträchtigung vorgestellt wurden. Es wird deutlich, dass das Gefühl der Verunsicherung und der eingeschränkten Kontrolle über Körper und viele Körperfunktionen mit den Brillen realitätsnah erlebbar ist.

Die zuschauenden Auszubildenden erleben auch starke Veränderungen bei den aktiven TeilnehmerInnen der Übungen. Sie haben bei vielen Übungen einen sehr realistischen Eindruck von Personen, die unter Drogeneinfluss handeln. Die hierbei entstehende Komik ist als Effekt einer Demonstration durchaus erwünscht und unterhaltsam. Wichtig ist es jedoch darauf hinzuwirken, bei aller Komik den ernstesten Hintergrund der Aktion nicht aus dem Blick zu verlieren. Die verschiedenen Übungen sind in der schriftlichen Anleitung (Activity Guide) zu den Rauschbrillen vorgestellt und beschrieben. Folgende Übungen werden bei Aktionen mit Auszubildenden regelmäßig durchgeführt:

- Auf der Linie laufen
- Auf einem Bein stehen
- Sachen einsammeln (mit Stoppuhr) / Sachen aufheben
- Softball in einen Eimer (Papierkorb) werfen
- Fahrrad-, bzw. MOFA-Schloss auf- bzw. zuschließen
- Slalom mit einer Sackkarre (Heimfahrt von der Party nach Hause)

In jedem Fall werden mindestens fünf verschiedene Aufgaben/Übungen mit den Auszubildenden durchgeführt. Zuerst werden die Übungen „nüchtern“ (d.h. ohne Rauschbrille) gemacht und dann werden die TeilnehmerInnen gebeten, dieselben Aufgaben mit Einschränkung durch die Rauschbrille zu wiederholen. Die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Selbsterfahrung mit den Brillen ist ein wichtiger Punkt für die Durchführung. Ein ausdrücklicher Hinweis erfolgt zu Beginn der Übungen.

Zum Schluss eine Auswertungsrunde

Die Auszubildenden haben bei den Übungen eine unmittelbare und für sie spannende Erfahrung gemacht. Der Zeitrahmen wurde (siehe Ablaufplan) so geplant, dass mindestens für ein kurzes **Abschlussblitzlicht** Zeit ist und jeder die Möglichkeit bekommt sich mitzuteilen. Für die GruppenleiterInnen soll der Schwerpunkt der Reflexionssituation auf der Vertiefung der Lernerfahrung liegen. Auch kann, ohne zu moralisieren, auf zukünftige, reale Gefährdungen durch Rauscherfahrungen hingewiesen und so Transferbezüge in die Alltagswelt hergestellt werden.

Anmerkung zur Seminargestaltung:

An dieser Stelle der Theorievermittlung sollen die SeminarteilnehmerInnen einige ausgesuchte Übungen mit den Rauschbrillen selbst erleben. Jeder sollte (freiwillig)

mal eine Brille auf der Nase gehabt haben. Folgende Übungen sind mit einer Brille und einer TESA-Krepp-Rolle in jedem Seminarraum leicht durchführbar:

- Auf der Linie laufen
- Auf einem Bein stehen
- Sachen einsammeln (mit Stoppuhr / von TeilnehmerInnen stoppen lassen) / Sachen aufheben
- Softball in einen Eimer (Papierkorb) werfen

Danach 10 Minuten Zeit zum Austausch über die Erfahrung mit der Rauschbrille im Plenum.

Handout

Ablauf- und Zeitplanung von Rauschbrillenaktionen mit Ausbildungsgruppen

Ablaufplan für Rauschbrillenaktionen mit Auszubildenden / 2 Einheiten à 45 Min		
Lfd.Nr.	Übungsteil / Phase	Zeitbedarf = Min
1	Begrüßung / Vorstellen des/der Referenten/in Anliegen der Auszubildenden erfragen (evtl. mit Moderations-Kärtchen) Kontrakt: Überblick über den Ablauf der Aktion	10 Minuten
2	1. Phase : Informationen und Gruppenarbeit zum Thema Rausch . Ca. 4 – (max.) 5 Gruppen. Verteilen „das nasse Blatt mit Postern“. Gruppen aufteilen (Abzählen 1-4). Anschließend kurze Auswertung (5 Min.) im Plenum Alternativ: Kurzfilm „ DU fehlst “ (siehe Anhang) über Beamer vorführen und im Gruppengespräch auswerten.	20 Minuten
3	2. Phase: Information über Promillemessung, Grad der Beeinträchtigung durch Alkohol und Vorstellung der drei unterschiedlichen Brillentypen / ca. 4- 5 OHP-/ PowerPoint - Folien	10 Minuten
4	3. Phase: Aktionsphase – verschiedene praktische Übungen mit den Rauschbrillen <ul style="list-style-type: none"> - Auf der Linie laufen - Auf einem Bein stehen - Sachen einsammeln (mit Stoppuhr) / Sachen aufheben - Softball in einen Eimer / Papierkorb werfen - Schloss auf- bzw. zuschließen - Slalom mit einer Sackkarre 	40 Minuten
5	Abschlussrunde / Blitzlicht / Was war wichtig ? Neu ? Kontaktmöglichkeiten für die Zukunft eröffnen.	10 Minuten

3.2.3.5. Freizeit- und Erlebnispädagogik in der Ausbildung Theorieinput / Übungen

Ziel der Erlebnispädagogik ist es Erkenntnisse, Ideen und neues Verhalten aus dem Erlebnis „Lernen“ in den Alltag zu bringen (Transfer). Im Bereich der Suchtprävention ist Erlebnis-Lernen auch als Alternative zum Konsum psychotroper Substanzen intendiert. Die Erlebnispädagogik formuliert hier folgende Hauptziele:

1. Lernen und Handeln im Erlebnis – Lernen sollte dabei immer mit einer guten Portion Spaß verbunden sein,
2. Die Teilnehmer/innen werden von Anfang an mit in die Verantwortung genommen und
3. Die Aufgaben berühren menschliche „Ur-Themen. Unabhängig von spezifischen Einzelzielen geht es bei diesen Teamaufgaben immer um menschliche „Ur-Themen“. Drei wesentliche Ur-Themen sind: a) Vertrauen haben, b) Selbst – bewusst – sein und c) Zuhören können. Die TeilnehmerInnen an der Erlebnispädagogik werden durch die Aufgabenauf drei wesentlichen Erfahrungsebenen angesprochen: intellektuell, körperlich und auf der Gefühlsebene.

Für die Verankerung des Erlebten ist Reflexion wesentlich. Die Reflexion sollte direkt im Anschluss an eine Aufgabe stattfinden. Es gilt Erkenntnisse, Ideen und neu erlebtes Verhalten aus der Aktion in den Alltag zu bringen.

Um die vorab genannten Ziele suchtpreventiver Projektarbeit zu erreichen, ist es hilfreich und sehr bewährt, spielpädagogische Angebote, gruppenspezifische Übungen, und erlebnispädagogische Elemente miteinander zu verbinden.

Spiele dienen in Projekten dem Warm-up, dem Kennenlernen und dem Wahrnehmen von Gefühlen. Der Spaß am gemeinsamen Tun, an Spontaneität und Ungezwungenheit ist Ziel und unmittelbarer Nutzen. Sie sind ein wertvolles Medium für emotionales und soziales Lernen. Das Anleiten dieser Projektspiele verlangt aber immer ein Stück Animation und Improvisationsfähigkeit.

Erlebnis- und Abenteuerpädagogische Elemente dienen im weitesten Sinne der Persönlichkeitsförderung. Sie sind der Werterziehung und dem ganzheitlichen, naturnahen Lernen verpflichtet. Viele Vertrauensübungen und Problemlösespiele wurden in der Erlebnispädagogik entwickelt und finden in der Suchtprävention breite Einsatzmöglichkeit. Diese Problemlösespiele sind spielerische Inszenierungen realer Abenteuersituationen. Sie sind meist auch in Räumen und Hallen einsetzbar und fördern Kooperation und Teamgeist. Das Buch von Gilsdorf und Kistner (siehe Literaturliste) bietet eine Fülle von sehr gut beschriebenen, wertvollen erlebnispädagogischen Spielideen.

Übung dazu : **Der blinde Geometer** oder alternativ **Flussüberquerung bei Köln**

(Übung siehe nächste Seite!)

Handout / Übung: Erlebnisübung

Der blinde Geometer

Ort: Diese Übung ist schon deshalb sehr gut, weil sie sowohl im Außenbereich als auch in Gebäuden leicht und ohne Aufwand durchzuführen ist. Ideal ist es in einem (großen) Seminarraum mit freigeräumter Mitte (ohne Tische und Bestuhlung), in einer Halle oder auf einer Freifläche im Gelände.
Je nach Witterungs- und Bodenverhältnissen habe ich, mit Rücksicht auf das Schuhwerk von TeilnehmerInnen, die Übung auch schon erfolgreich auf Parkplätzen gemacht.

Dauer : 20 – 30 Minuten **Gruppengröße :** 9-18 Personen

Hilfsmittel / Equipment : ein ca. 20 Meter langes, nicht zu dickes Seil, Tücher bzw. Augenbinde

Ablauf / Übungsbeschreibung

Ein etwa 20 Meter langes Seil wird an den Enden zu einem großen geschlossenen Ring verknotet. Die Seminargruppe wird jetzt in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Eine Gruppe verbindet der anderen die Augen und führt sie zu dem am Boden liegenden Seilring. Nun muss jeder Mitspieler das Seil aufnehmen.

Aufgabe der Mitspieler ist es nun mit dem Seilring ein **Quadrat** aufzustellen. Die Gruppe soll bei diesem Spiel so genau wie möglich mit den Seilabmessungen arbeiten. Die Spieler dürfen dabei frei kommunizieren, das Seil aber mit beiden Händen nicht loslassen. Die blinden Geometer entscheiden selbst, wann sie die Aufgabe gelöst haben.

Jetzt kommt die andere Teilgruppe an die Reihe. Sie bekommt ebenfalls die Augen verbunden. Nur soll diesmal ein **gleichseitiges Dreieck** gebildet werden. Wenn auch diese Gruppe das Problem gelöst hat, wird mit allen eine kurze Auswertungsrunde gemacht.

Auswertungsfragen: Was ist Euch bei der Aufgabe aufgefallen? Wie hab ihr den Lösungsprozess erlebt? Was würdet ihr anders machen?

Variante :

Die TeilnehmerInnen werden auf zwei Seile verteilt und haben die Aufgabe, eine ineinander verschachtelte Form (z.B. einen Davidsstern) blind zu bilden.

Quelle: In Anlehnung an eine Spielidee aus: Gilsdorf, Kistner: Kooperative Abenteuerspiele, ISBN 3-7800-5801-4

Erlebnissportarten

Bei Fahrten und Freizeiten und in der Seminararbeit mit Auszubildenden sind Erlebnissportarten wie Kanufahren, Bogenschießen und Trialfahren in der Suchtprävention bewährt. Aber auch eine gut vorbereitete Nachtwanderung mit Überraschungselementen ist sehr dazu geeignet eine Projektwoche abenteuerlich ausklingen zu lassen.

Bogenschießen als erlebnispädagogisches Angebot in der Seminararbeit mit Auszubildenden und Ihren Ausbildungsverantwortlichen

Seit nunmehr fast 8 Jahren habe ich Erfahrung mit der Vermittlung von Grundkenntnissen im Bogenschießen in der Seminararbeit mit Auszubildenden, Ihren Ausbildungsverantwortlichen und Multiplikatoren der Suchtprävention.

4 Jahre konnte ich mit Suchtgefährdeten bzw. drogenabhängigen jungen Erwachsenen sehr positive Erfahrungen mit dieser Erlebnissportart sammeln (s.a. N. Beuchel-Wagner in inform / lvr, Köln 2000). Für die TeilnehmerInnen am Berufseingliederungslehrgang konnte ich ein regelmäßiges Angebot Bogenschießen im Kölner Grüngürtel anbieten. Im Folgenden einige Begründungen zu diesen Aktivitäten.

Vom Flitzebogen zum Bogensport

Die Kunst des Flitzebogenbauens haben einige Auszubildende aber auch AusbilderInnen im Kindesalter kennengelernt. Kordel, Haselnussstecken und Federn für die Befiederung der Pfeile, mehr ist dafür nicht nötig. Die meisten hatten damit viel Spaß und sie werden sich gern daran erinnern.

Bogenschießen ist ein Sport, den man das ganze Jahr über, drinnen oder draußen, überall auf der Welt mit Freunden oder alleine ausüben kann. Es gibt keine Altersgrenze und **Geschicklichkeit und Konzentration sind weitaus wichtiger als übermäßige Stärke**. Von Amor bis Robin Hood spielen Pfeil und Bogen in der menschlichen Vorstellung eine wichtige Rolle. Bis heute wird in Japan zur Schulung des Bewusstseins die Kunst des Bogenschießens (Kyudo) gelehrt. **Ziel ist es hier, durch ständiges, methodisch geübtes Sich-Versenken, mit sich eins zu werden – die innere Ruhe zu finden.**

Vom Therapiesport zur Erlebnispädagogik

In einigen Therapieeinrichtungen der stationären Entwöhnungsbehandlung wird schon länger Bogenschießen als sportliche Aktivität angeboten. Sport als Alternative zum Drogenkonsum und als Methode zum „zur Ruhe kommen“ und um mit sich und seinem Körper in Kontakt zu kommen.

Ein weiteres Motiv solch ein Sportangebot in Ausbildungsbetrieben oder Bildungseinrichtungen anzubieten, ist die gute Erfahrung und Akzeptanz von Abenteuersportarten und Erlebnispädagogik im Zusammenhang und im Einsatz von Sucht- und Gewaltprävention in Schule und Jugendhilfe.

Eine Herausforderung annehmen, Selbstvertrauen gewinnen, die eigene Stärke erkennen und daraus Kraft schöpfen, dies sind Möglichkeiten, die das Bogenschießen gerade für Jugendliche und junge Erwachsene bietet, die jetzt zum Teil noch am Rande stehen und gesellschaftliche Akzeptanz anstreben.

Der Ärger mit dem Kollegen, der Frust auf der Arbeit, in der Ausbildung oder in der Maßnahme, der Streit mit Freund oder Freundin, die Zukunftssorgen – all dies scheint beim Bogenschießen nicht mehr da zu sein, wenn Geist und Körper harmonisch zusammenarbeiten.

Desweiteren stellt das Bogenschießen zunächst wenig Anforderungen an den Körper des Schützen. Schon nach den ersten zwei Stunden spürt man in Schulter-, Rücken-, Brust- und Armmuskulatur eine höchst positive Veränderung. Kraftentfaltung und Entspannung, das Urprinzip des Bogens, wirkt in gleicher Weise positiv auf den Schützen.

Für Betriebe oder Einrichtungen stellt sich zunächst die Frage wie man an eine Ausrüstung kommt und wie teuer sie wird. Eine Grundausstattung wird in der Regel ca. 200 EURO kosten. Zu diesen Kosten kommen noch Ausgaben für eine Zielscheibe mit Scheibenauflege (Papier). Bei einem regelmäßigen Angebot sollte für jede SchützIn eine Ausrüstung zur Verfügung stehen. In vielen Seminarhäusern, auch in denen von größeren Unternehmen (z.B. RWE in der Eifel), gehören Bogensportausstattungen inzwischen zum Angebot an ergänzenden Sport- und Freizeitaktivitäten.

Kanufahren

Unter den Erlebnissportarten ist das Kanufahren aufgrund der vielen Anbieter an Deutschlands Flüssen besonders gut und ohne allzu großen Aufwand zu realisieren. Besonders gut kann mit dem Kanufahren auch das Thema Naturschutz verbunden werden. Natur als Wert für die Regeneration und Gesunderhaltung des Menschen (hierzu: Wassersport und Naturschutz, CD-Rom des Ministeriums für Umwelt, Raumordnung und Landwirtschaft NRW: Wassersport & Naturschutz `99). Natur- und Umweltschutz kann hierbei den Auszubildenden besonders gut vermittelt werden. Viele an unseren heimischen Gewässern befindliche Pflanzen und Tiere stehen auf den „Roten Listen“ der gefährdeten Arten. Themen sind: Umweltgerechtes Verhalten im Fließgewässer und Uferschutz.

Erlebnispädagogischer Schwerpunkt beim Kanufahren ist aber sicherlich der abenteuerliche Aspekt. **Auch in der Ausbildung im Betrieb wichtige und relevante Schlüsselkompetenzen werden gestärkt und entwickelt. Es gilt in einem erlebnis- und handlungsorientierten Ansatz mit schwierigen und neuen Situationen umgehen zu lernen. Auch Mut ist gefragt und speziell im Kanadier wird die gegenseitige Rücksicht und Unterstützung trainiert.** Dieses Paddeln im Kanadier hat durch die Gruppensituation eine besondere metaphorische Wirkung. Bilder wie „in einem Boot sitzen“ und „gemeinsam zu neuen Ufern“ haben eine stark persönlichkeitsbildende Kraft. **Technik muss erlernt und angewandt werden und das Gelernte mutig umgesetzt werden. So wird die rationale und emotionale Intelligenz gleichermaßen angesprochen. Die Integration von Körper-Geist und Seele als erlebnispädagogisches Grundprinzip und Ziel kann hier exemplarisch gelebt werden.**

Solche fraglosen Highlights können durchaus situative suchtpreventive Wirkung haben. Allerdings sollten solche Angebote keine erlebnispädagogischen Eintagsfliegen, sondern integraler Teil der Ausbildungskonzeption im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung sein. Durch Wiederholung solcher Aktionen kann eine Steigerung des Risikofaktors und der Anforderungen an Mut und Aufforderung zur Selbstüberwindung stattfinden.

Wichtig ist es jedoch beim Kanufahren, als Grundsatz der Erlebnispädagogik bei Gefahren- und Risikounternehmungen, die Grenzen der TeilnehmerInnen zu wahren und Freiwilligkeit zu gewährleisten ohne die Verbindlichkeit der Ausbildungssituation zu verletzen.

Sensationssucher

Erwähnt werden soll hier auch der Typus Jugendlicher / junger Erwachsener, der als stark ausgeprägtes Grundgefühl eine Sensationslust und eine starke Neugier nach Grenzerfahrungen, neuen und außerordentlichen Reizen verspürt. Diese Menschen, **die Sensationssucher**, neigen auch was ihren Drogenkonsum betrifft zu großer Risikobereitschaft und Sensationsliebe. Dieser Typus, schon seit Jahrzehnten in den USA (Zuckerman et.al. 1979: Sensation Seeking) als Risikogruppe für Suchtgefahren identifiziert, ist eine natürliche Zielgruppe für abenteuer- und erlebnispädagogische

Interventionen. Mit dieser Methodik soll versucht werden deren Sehnsucht nach starken rauschhaften Erlebnissen ohne kritischen Substanzkonsum zu stillen. Bei Extremsportarten (Canyoning oder Ähnliches) ist die Gefahr durch deren Ausübung mitunter allerdings größer als durch den Konsum so mancher Droge.

„Risflecting“

In Österreich ist durch den Suchtexperten G. Koller der Ansatz des „**Risflecting**“ bekannt geworden (Koller G. et.al., Risflecting..., Salzburg, 2003). Dieser Präventionsansatz vermittelt Risikokompetenz für jugendliche Zielgruppen. Gefahren für Gesundheit und Leben sollen von den TeilnehmerInnen wahrgenommen und bewusst minimiert werden. Durch den Risflectingansatz, der sich in der Praxis bisher bewährt hat, werden interessante und ungewöhnliche Angebote (z.B. Dark-Room-Party oder Leben in abgelegenen Berghütten) als Alternative zum Drogenrausch gemacht.

Koller spricht von seinen Risflectingangeboten als einem: **Entwicklungspool für Rauschkultur und Risikokompetenz!** Und weiter: „Risflecting ist ein pädagogischer Ansatz, der die menschlichen Bedürfnisse nach Rauscherfahrungen und Risikosituationen ernst nimmt. Durch bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Person, dem sozialen Umfeld und der Substanz / dem Risikoverhalten soll ein bewusster Umgang mit Rausch- und Risikosituationen erreicht werden.“

Rausch und Risiko

Im Risflecting Ansatz definiert Koller Rausch als Erlebnis in dem sich Zeit dehnt und Grenzen verschwimmen. Die Wahrnehmung ändert sich und Risiko ist erklärt als ein bedeutsames Ereignis mit ungewissem Ausgang.

Fazit „Durch Spannung zur Entspannung“

Viele jugendliche Auszubildende und junge Erwachsene fühlen sich vom Ausbildungsalltag und privatem Erleben gestresst und haben den Kopf voll. Dabei haben sie eine Sehnsucht nach Neuem und nach unverwechselbaren Erfahrungen. Kanufahren und Bogenschießen haben sich hier als Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung und Suchtprävention bewährt.

Als positiv wird für Ausbildungsgruppen auch der Zugewinn an Kondition und Fitness erlebt. Zusätzlich wird das Gruppengefühl gestärkt. Erlebnissportarten erfüllen die doppelte Funktion, etwas Besonderes zu leisten und zugleich die Ausbildungs- und Alltagsprobleme durch hohe Konzentration auf die Sportart vergessen zu können. Lieber etwas „nass werden“ als zur Entspannung Rauschmittel zu konsumieren.

Es folgen zwei Seminarübungen die sehr unterschiedlich sind und sehr unterschiedliches „Erleben“ einüben. Einmal wird Aktion und Zusammenarbeit verlangt und gefördert und im zweiten Fall geht es um Hinspüren und Schärfen der Wahrnehmung:

(Übungen siehe die nächsten 2 Seiten!)

Handout / Übung:

Interaktionsübung / Kooperation und Geschicklichkeit

Flussüberquerung bei Köln / (auch: Steps for Success)

Ort: Diese Übung kann sowohl im Außenbereich als auch in Gebäuden leicht und ohne Aufwand durchgeführt werden. Ideal ist in ein großer Seminarraum mit freigeräumter Mitte (ohne Tische und Bestuhlung), in einer Halle oder auf einer ebenen Freifläche im Gelände.

Dauer : 10 – 15 Minuten + Reflexion **Gruppengröße :** 12 – 24 Personen

Hilfsmittel / Equipment: Zwei Seile (Es genügen auch zur Markierung TESA-Streifen), TESA-Krepp Rolle. Für jede teilnehmende Person ein flaches Holzbrettchen (ca. 12 / 24 cm) oder ein entsprechend großes Stück Teppichfliese.
2 Augenbinden

Einführung durch die Spielleitung / Short-Story:

Es ist Karneval und der Elferrat ist zur Zeit in Köln-Deutz auf der Schääll-Sick. Das Rhein-Hochwasser hat alle Brücken unpassierbar gemacht. Der Elferrat wird aber zur großen Prinzensitzung im Kölner Gürzenich auf der anderen Rheinseite dringend erwartet. Die original „Schweizer-Brückensteine“ sollen nun die Lage retten!

Ablauf / Übungsbeschreibung :

Zunächst markiert der/die Seminarleiter/in mittels zweier ausgelegter Seile das rechte und linke Flußufer. Pro TeilnehmerIn wird ca. 1m Flußbreite zwischen den Seilen abgemessen.

Die Gruppe hat jetzt die Aufgabe, mittels der ausgehändigten Spezial-Brückensteine den Fluss von Köln-Deutz zur Innenstadt zu überqueren. Nur die Brückensteine können auf den Fluß gelegt werden. In den Fluß treten wird mit dem Wegnehmen eines Brückensteines geahndet.

Jede TeilnehmerIn bekommt einen Brückenstein. Jeder Brückenstein muss stets durch Körperkontakt vor dem Abtreiben nach Rotterdam gesichert werden. D.h. ist ein Brückenstein auch nur für einen winzigen Moment ohne Körperkontakt nimmt die Seminarleitung den Stein sofort weg.

Ziel ist es die ganze Gruppe in möglichst kurzer Zeit auf die andere Rheinseite zu bringen. Möglichst ohne die teuren Spezialsteine zu verlieren.

Wettbewerb (it's more fun to compete): Die Seminargruppe wird halbiert und beide Teilgruppen machen sich gleichzeitig an die Überquerung. Eine andere Möglichkeit ist die Übung hintereinander zu machen und die Lösungszeit wird gestoppt. Die zweite Variante dauert länger hat aber den Vorteil, dass man der anderen Gruppe in Ruhe zuschauen kann.

Variante / Erschwernis: Ein Gruppenmitglied ist blind, Er/sie muss geführt und geleitet werden. **Zusätzliche Erschwernis:** Keine Gespräche während der Durchführung.

Auswertungsfragen: Wie habt Ihr die Übung erlebt? Hat es eine Leitung gegeben? Wie hab ihr den Lösungsprozess erlebt? Was würdet ihr anders machen?

Quelle: In Anlehnung an eine Spielidee aus: Adventure-Learning, Handreichung zum Erlebniskoffer. Renner H.G., Köln 1998

Handout / Übung:

Interaktionsübung / Wahrnehmungsübung

Berührung / Wieviel Hände

Ort: Diese Übung kann sowohl im Außenbereich als auch in Gebäuden leicht und ohne Aufwand durchgeführt werden. Ideal ist ein Seminarraum mit freigeräumter Mitte und ruhiger Lage (Atmosphäre).

Dauer: 10 – 15 Minuten + Reflexion **Gruppengröße :** 8 – 18 Personen

Hilfsmittel / Equipment: weiche, angenehme Augenbinde.

Ablauf / Übungsbeschreibung:

Dies ist eine Übung, bei der es sich bewährt hat, die Seminar- bzw. Ausbildungsgruppe nach Geschlechtern in zwei Gruppen aufzuteilen.

Eine Spielerin/ein Spieler stellt sich in die Mitte. Sie/er hat eine Augenbinde umgebunden oder schließt fest die Augen.

Die anderen MitspielerInnen können nun eine oder beide Hände von sich irgendwo auf den Körper des/der Blinden legen. Diese/er hat dann die Aufgabe, die Hände, die ihn/sie berühren, zu erspüren und zusammenzuzählen. Dann wird nachgezählt und ein anderes Gruppenmitglied kann sich im Spüren erproben.

Kommentar:

Vor Spielbeginn müssen Tabu-Zonen benannt und von der Berührung ausgeschlossen werden. Außerdem muss die Spielleitung deutlich machen, dass das richtige Spüren nur in ruhiger, konzentrierter Atmosphäre möglich ist. Am besten wird daher während der Übung so gut wie gar nicht gesprochen.

Auswertungsfragen: Wie habt Ihr die Übung erlebt? Gab es eine Taktik, eine Strategie die richtige Zahl zu erspüren? Würdet ihr etwas anders machen?

Quelle: In Anlehnung an eine Spielidee aus: Gilsdorf, Kistner: Kooperative Abenteuerspiele, ISBN 3-7800-5801-4

3.2.3.6. Lebenswelten suchbelasteter Jugendlicher Theorieinput / Übungen

„Sucht fällt nicht vom Himmel“ oder „Sucht hat immer eine Geschichte“; diese Überschriften signalisieren, dass Suchtgefährdung und Suchtverhalten bei jungen Erwachsenen in der Regel eine Geschichte hat, die bis weit in die Kindheit zurückreicht. Biografische Regelmäßigkeiten wie frühe Gewalterfahrung, Missbrauch, Trennungsgeschehen in der Herkunftsfamilie sind bei Ihnen gehäuft anzutreffen. Auch ergibt sich eine deutlich gehäufte Wahrscheinlichkeit der Suchtgefährdung, wenn in der Herkunftsfamilie schon ein oder zwei Elternteile suchtkrank waren oder andere psychische Störungen aufgewiesen haben. Diese frühen Erfahrungen bilden sich dann auch auf der Verhaltensebene von Kindern ab. Im Folgenden eine Beschreibung von Merkmalen (Es müssen keinesfalls alle auf einmal sein!), die bei Jugendlichen und Kindern auf spätere Suchtentwicklung hinweisen können. Es sind

zugleich auch die Merkmale, die schon in Kindergarten und Grundschule auftreten und den dort arbeitenden ErzieherInnen, LehrerInnen und natürlich den Eltern wohlbekannt sind.

Beschreibungsmerkmale von Kindern und Jugendlichen mit aggressivem Verhalten und einer Störung des Sozialverhaltens

Quelle: Lehrbuch der Suchterkrankungen (Gastpar, Mann, Rommelsbacher 1999)

- Zeigen wenig Empathie
- Nehmen keine Rücksicht auf die Gefühle und das Wohlergehen anderer
- Nehmen die Absichten anderer als feindseliger wahr, als sie es tatsächlich sind (reagieren dann mit Aggression, die sie als gerechtfertigt empfinden)
- Zeigen selten Schuldgefühle
- Haben ein geringes Selbstwertgefühl
- Zeigen eine geringe Frustrationstoleranz, eine erhöhte Reizbarkeit und Impulsivität
- Zeigen gehäuft selbstverletzendes Verhalten
- Führen gehäuft Suizidversuche durch und haben eine erhöhte Suizidrate
- Frühes Sexualverhalten und Tendenz zur Promiskuität
- Früher Beginn von Rauchen und Alkohol- und Substanzmissbrauch

Der Einstieg mit Suchtmitteln

In die Lebensphase ab dem Ende der Kindheit fällt auch die Kontaktaufnahme und das notwendige Erproben und Experimentieren mit Suchtmitteln. Erste Rauscherfahrungen gelten als normal und sind in Maßen sogar gesellschaftlich erwünscht. Suchtmittel dienen in dieser Phase als Symbol für Erwachsenwerden und zum Statuswerb in der Gleichaltrigengruppe. Zugleich werden sie aber auch eingesetzt, um Erwartungen der Erwachsenenwelt abzuwehren und Eigenständigkeit zu demonstrieren. Gelernt wurde der Umgang mit Rausch und Konsum zumeist im Elternhaus. Interviews mit Kindern zeigen überdeutlich, wie genau sie Erwachsene dabei beobachten wie, warum und in welcher Stimmungslage Suchtmittel konsumiert werden. Später auftretendes eigenes süchtiges Verhalten wurde meist durch elterliches Modell gelernt und nachgeahmt.

Neuere Untersuchungen belegen den immer früheren Einstieg in den Konsum. Nikotin ist hierbei die relevante Einstiegsdroge, gefolgt vom ähnlich gefährlichen Alkohol. Besonders diese legalen Drogen machen es, unterstützt durch die von der Werbung verbreiteten Images, für die Jugendlichen sehr schwer, sich von ihrem Gebrauch zu distanzieren und die Grenze zum Missbrauch zu erkennen.

Benachteiligte Jugendliche und junge Erwachsene haben häufig einen sehr belastenden Alltag. Sie erleben Langeweile, Frustration und einen Mangel an positiven Werten und Inhalten. Gewalt, Missbrauch, andere traumatisierende Erlebnisse und oft auch Suchterfahrungen im Elternhaus erzeugen Spannungen und den Wunsch nach Entlastung und Vergessen. Hinzu kommen häufig negative Schul- und Berufsverläufe. In dieser Situation werden dann psychotrope Suchtmittel eingesetzt, um Entspannung zu erzeugen und Selbstheilung zu erfahren. Hier besteht auch schon für junge Menschen die Gefahr eine Abhängigkeit zu entwickeln. Die Aufgaben und Lasten scheinen für sie ohne die Hilfe des Suchtmittels nicht mehr lösbar oder tragbar. Toleranzentwicklung im Körper (der Körper gewöhnt sich an die Substanz, die Wirkung lässt nach), sorgt dann in

Folge zur Erhöhung des Konsums um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Die Fähigkeit zur Kontrolle des Konsums geht dann auch jungen Menschen verloren.

„Kiffen“ – Cannabis keine „weiche Droge“

Drogenkonsum in der Jugendphase

Auch wenn die „Einstiegsdrogen“ in den Suchtmittelkonsum sicherlich Alkohol und Nikotin sind, so ist der Konsum von Cannabis (Haschisch oder Marihuana) unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen sehr weit verbreitet.

Viele Jugendliche probieren mehrmals Cannabis und es bleibt beim seltenen oder einmaligen Konsum. In einer neueren Untersuchung des Kantons Zürich hatten von den 14 bis 15-jährigen Jungen 33,8% schon einmal Cannabis probiert. Bei den Mädchen waren es 29%. Ungefähr 10 % dieser Altersgruppe gaben an, in den letzten 12 Monaten oft oder mehrmals konsumiert zu haben. In der beruflichen Bildung und besonders in Einrichtungen der Benachteiligtenförderung mehren sich die Anzeichen für relativ häufigen Cannabiskonsum. Meist findet der Konsum von Cannabis in der Freizeit und in der Freundesgruppe statt. Angestrebt wird dann die Suche nach Entspannung, Vergnügen und Geselligkeit. Wenn Kiffen in der Einrichtung stattfindet, ist es jedoch mit dem gelegentlich Konsumieren meist schon vorbei. Dieser problematische Konsum hat sich dann langsam entwickelt und ist in ein kritisches Stadium gekommen. Anzeichen für problematischen Konsum können sein:

- **starker Leistungsabfall in der Ausbildung / in der Maßnahmepraxis und in Berufsschulunterrichten**
- **Zunehmendes Fehlen im Betrieb (Montags!)**
- **Rückzug und sich verstärkende Verslossenheit**
- **Lustlosigkeit und Motivationsverlust**
- **Gefühlsschwankungen und Unausgeglichenheit**
- **Unkonzentriertheit und zunehmende Lernstörungen**

Bei diesen Auszubildenden hat der Cannabiskonsum dann meist schon eine zentrale Bedeutung erlangt. Ohne Cannabis geht nichts mehr. Auch bei der Arbeit in der Bildungseinrichtung ist Cannabiskonsum dann unverzichtbar. Auch wenn die Auszubildenden ihren Konsum verharmlosen oder nicht darüber sprechen wollen, sind die AusbilderInnen / PädagogInnen dann in der Verantwortung auf die Krisensymptome zu reagieren.

Zusammenfassend kann hier festgestellt werden, dass im Alter der Ausbildungsreife keine geringe Zahl von Jugendlichen bereits manifeste Abhängigkeit entwickelt haben. Für die Zielgruppe der Benachteiligtenförderung kommt hinzu, dass viele der Teilnehmer/innen über die psychoaktiven Substanzen und ihre Risiken wenig informiert sind. Besonders beim häufigen Mischkonsum von Substanzen (häufig Alkohol und Cannabis) kann es zu großen Schwierigkeiten im psycho-physiologischen Bereich kommen.

Im Anschluss an diese theoretische Einführung folgt eine praktische Übung zur Thematik:

(Übung siehe nächste Seite!)

Handout / Übung: Reise in die Jugendzeit

Die TeilnehmerInnen bewegen sich im Raum zu entspannender Musik. Sie sollen sich auf sich und das Gehen konzentrieren und den Blick eher nach unten richten. Die TrainerInnen fordern die TeilnehmerInnen nun auf, in Ihrer Erinnerung in die eigene Jugendzeit zurückzugehen.

- **In die Zeit als die Freunde und Freundinnen ganz wichtig waren.**
- **Als die Eltern und ihre Meinungen an Bedeutung verloren hatten und vielleicht sogar nervten.**
- **An erste Parties und Feten mit der Clique, in der Schule**
- **Bei diesen Gelegenheiten wurde vielleicht geraucht, getrunken oder andere aufregende Sachen probiert. Rauscherfahrten mit Musik und bunten Lichtern.**
- **Vielleicht kam auch die erste Verliebtheit und vorsichtige Annäherung an das andere Geschlecht dazu. Aufgeregtheit aber auch Anspannung**
- **Vielleicht auch eine Zeit, wo Schule und Lernen schwer gefallen ist und spannendere Sachen zu tun waren.**
- **Stundenlanges Reden mit Freundinnen oder Freunden über dies und das**
- **Usw. usw. ... (Dauer ca. 5 – 10 Minuten)**

Die TeilnehmerInnen werden aufgefordert, den Ort der Erinnerung zu verlassen und in die Seminarwirklichkeit zurückzukehren.

Jede/r soll sich nun einen GesprächspartnerIn suchen, und sich über das Erlebte / Erinnernte auszutauschen. Wie war die erste Drogen- und Rauscherfahrt? Wie habe ich mich und meine Clique damals erlebt.
(Dauer 5 – 10 Minuten)

Danach kurze Runde im Plenum – haben Sie bei sich etwas entdecken können? War etwas wichtig? (Dauer 5 Minuten)

3.2.4. Modul 3

Suchtprävention in Ausbildungsbetrieben und Bildungseinrichtungen

Dreiteiliges Manual für drei Seminarmodule

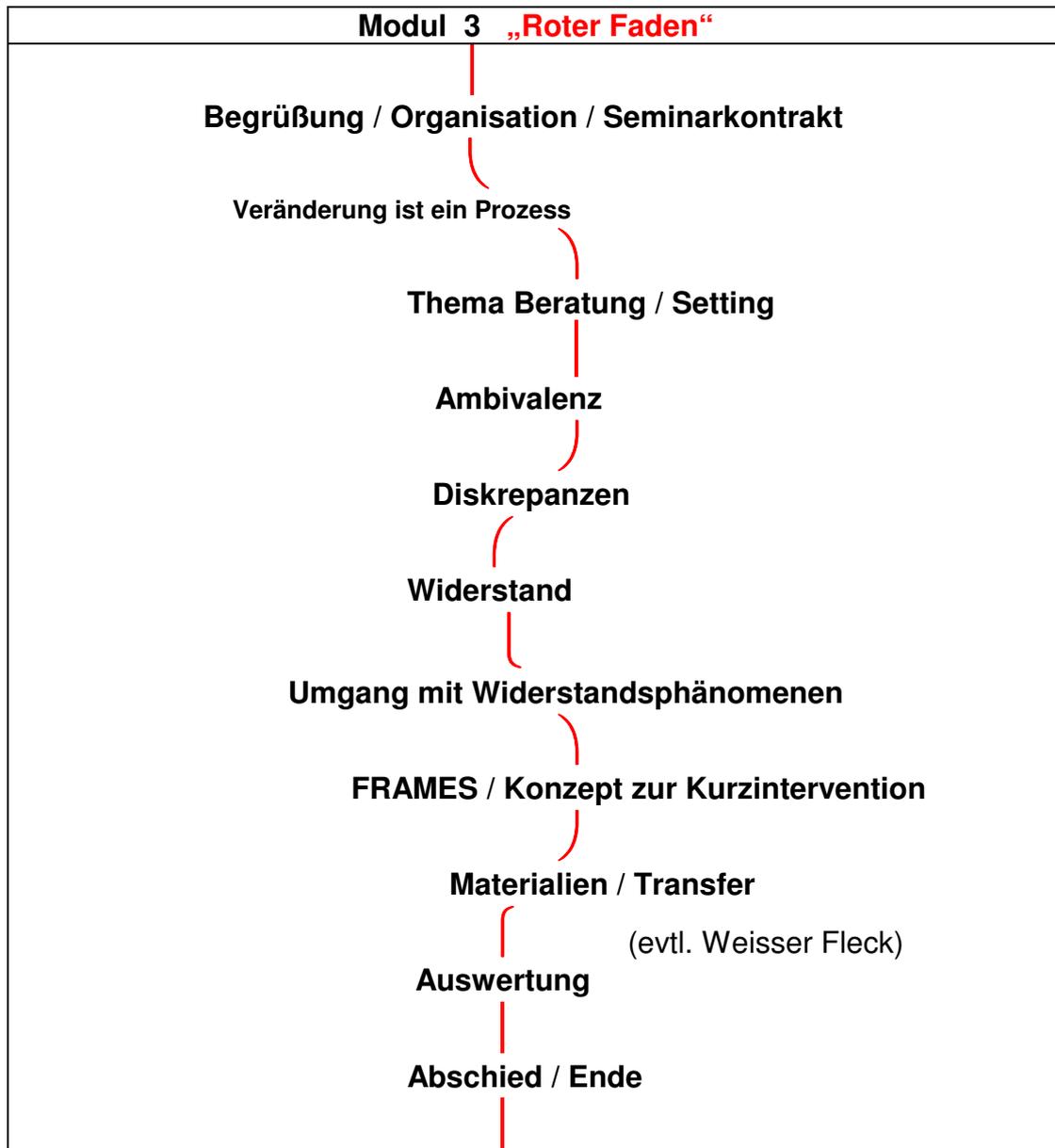
Modul 3

Modulthema: Beratung, Begleitung, Kurzintervention;
Umgang mit Suchtgefährdeten und Suchtkranken
Zeitraumen: 2 Seminartage

(Alle drei Seminarteile / Seminarbausteine haben den gleichen strukturellen Aufbau. Sie sind thematisch selbständig und können kombiniert werden)

3.2.4.1. Seminarplanung / Roter Faden Modul 3

Nach Begrüßung und erneutem Kennenlernen wird eine Runde zum Thema : Was ist in der Zwischenzeit geschehen?, durchgeführt In der Folge wird dann der Seminarablauf und die Seminarbausteine für das Seminar modul 3 mit einem auf Flipchartpapier und OHP-Folie vorgefertigten „**Roten Faden**“ vorgestellt.
(PPF-FOLIE)



Die Planung wird nun gemeinsam betrachtet und ein Abgleich versucht. Bei ergänzenden, neuen Erwartungen der SeminarteilnehmerInnen wird auf das Zeitfenster („Weisser Fleck“) aufmerksam gemacht. Für weitere Ergänzungen wird am Flipchart eine „Themenspeicher / eine Ice-Box“ eröffnet und zur weiteren Nutzung im Seminarraum aufgehängt.

Nach der Präsentation **Roter Faden** und **Abgleich mit den Anliegen** wird am Flipchart noch an die **4 „V’s“** erinnert. Erst mit der erneuten, gegenseitigen

Verpflichtung auf - V erbindlichkeit, V erantwortlichkeit, V ertraulichkeit und zuletzt V (F) reiwilligkeit gilt der **Seminarkontrakt** als geschlossen.

Anmerkung zur Seminargestaltung:

Immer, wenn ich bei mehrteiligen Seminaren die genaue Kontraktierung zu den Zielen der 4 V's beim 2. Oder 3. Teilseminar übergangen habe, mußte ich dann anstrengend und mühsam nacharbeiten.

Die Versuchung für die TeilnehmerInnen, einmal ihren oft engen und stressbehafteten Arbeitsplätzen entronnen, gleich alle Struktur fahren zu lassen ist beachtlich. Auch wenn dieses mit empathischer Betrachtung nur zu verständlich erscheint, stört es den Seminarablauf ungemein. Mit der erneuten Erinnerung an diese 4 Vs können alle erneut auf Verbindlichkeit, Verantwortlichkeit usw. verpflichtet werden.

Die Betonung der Freiwilligkeit zur Teilnahme an bestimmten Übungen ist jedoch gerade beim 3, Modul wichtig und lädt meines Erachtens mehr zur Teilnahme ein, als stillschweigend vorauszusetzen, alle wären „in einem Boot“.

3.2.4.2. Veränderung ist ein Prozeß Theorieinput / Übungen

Veränderung ist ein Prozeß

Im folgenden wird ein Modell vorgestellt, daß die Verhaltensänderung bei Suchtgefahr oder Suchterkrankung zum Thema hat. Von den amerikanischen Forschern Prochaska, DiClemente u.a. Velicer beschrieben ist es unter dem Namen Fünf Stadien der Veränderung, Veränderungsspirale oder Rad der Veränderung bekannt geworden (aus: Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 19: 276-288..)

Hauptfragestellung der Forscher war: Was hindert Menschen daran schädliches Verhalten zu ändern oder positiv ausgedrückt: Was bringt Menschen dazu, sich zu verändern. Beim 5-Stadien-Modell wird davon ausgegangen, daß Veränderung, selbst wenn es sich von Außen so darstellen sollte, kein einmaliges, punktuelles Geschehen ist. Es handelt sich vielmehr um ein prozesshaftes Geschehen, daß nicht linear verläuft, sondern vor allem bei Suchtthemen gewunden ist und bei dem mit Rückschlägen immer zu rechnen ist. Für die Arbeit mit SuchtmittelkonsumentInnen bietet das Modell ein gut nutzbares **Diagnoseinstrument für den Stand der Veränderungsbereitschaft** und einen Erklärungshintergrund für die jeweils notwendigen beraterischen Schritte. Es werden folgende Stadien unterschieden:

- Stadium 1 : Absichtslosigkeit
- Stadium 2 : Absichtsbildung
- Stadium 3 : Vorbereitung
- Stadium 4 : Aktion
- Stadium 5 : Aufrechterhaltung

Im ersten Stadium der **Absichtslosigkeit** besteht beim Auszubildenden / jungen Erwachsenen kaum ein Interesse, das Verhalten in absehbarer Zeit zu verändern. Risiken des Konsums werden verdrängt oder, wenn sie schon manifest zu sehen sind, einfach ignoriert. Vielleicht haben aber auch vorangegangene erfolglose

Änderungsversuche schon zu einer Resignation geführt. Beratungsgespräche mit der klaren Vorgabe des Veränderungsthemas werden in der Regel abgelehnt und werden nach Möglichkeit vermieden.

Im zweiten Stadium der **Absichtsbildung** hat sich etwas verändert. Es besteht ein, wenn auch vielleicht noch schwach ausgeprägtes Interesse an Veränderung. Hier wird der bei Suchtgefährdeten so starke Ambivalenzkonflikt am stärksten spürbar. Diese unruhige Phase birgt aber für den /die Berater/in die Chance das Pro und Contra der Veränderung zum Thema zu machen und die Veränderungsbereitschaft näher auszuloten.

Im dritten Stadium der **Vorbereitung** hat sich bei den jungen KlientInnen die Motivationslage entschiedener in Richtung Veränderung bewegt. Der Entschlossenheit wird durch Worte und Taten Ausdruck verliehen. Beratung wird in diesem Stadium eher angenommen und eher als hilfreich empfungen. Jetzt drängt vieles zur Handlung und es ist die Aufgabe von Beratung hier beratend mitzusteuern und die nächsten Handlungsschritte und auch etwaige Alternativschritte genau herauszuarbeiten ohne den KlientInnen den Schwung zu rauben. Auch hier bestimmen die KlientInnen das Tempo.

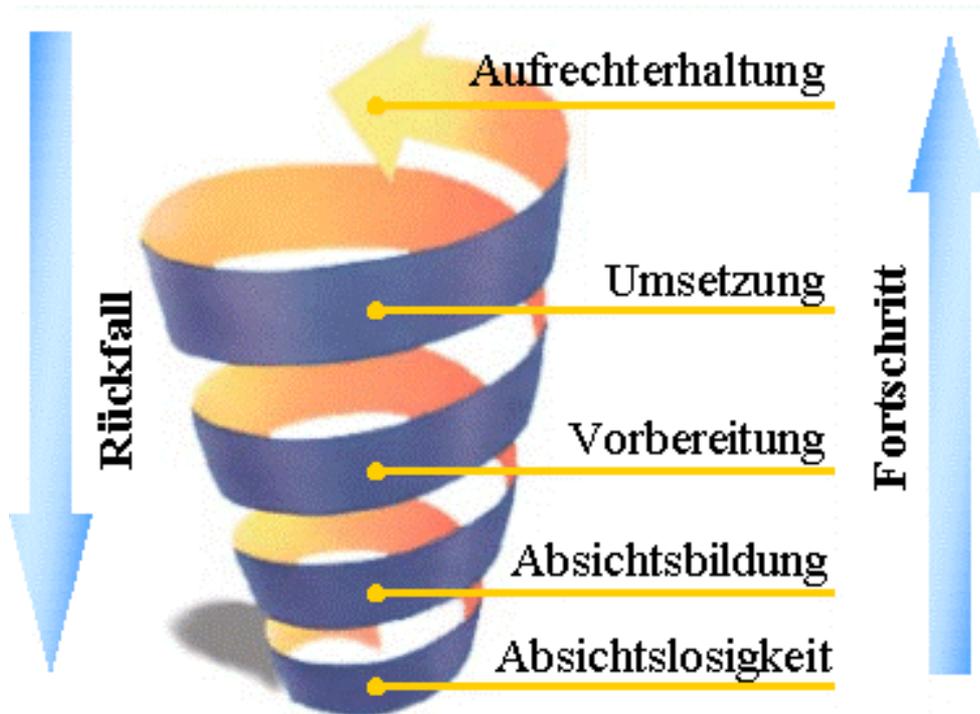
Im vierten Stadium der **Aktion** werden konkrete, von außen sichtbare Veränderungsschritte unternommen. Je nach Veränderungsziel wird das Vorhaben nun Wirklichkeit. Das muß nicht immer Abstinenz sein. Bei Jugendlichen wird das sehr von der Ausgangslage und vom sozialen Umfeld abhängen. Ziele wie: „Nur noch am Samstag kiffen“ oder „nur noch wenige Biere zu Trinken“, werden jetzt in die Tat umgesetzt. Aus der Erfahrung mit frischen Nichtrauchern wissen wir, daß in dieser Phase Unterstützung nötig ist. Wie gehe ich mit meiner Clique um?, wie überstehe ich eine Party ohne Rückfall?, welche Alternativen habe ich anstelle des alten Verhaltens?, das alles sind Fragen die thematisiert werden.

Im fünften Stadium der **Aufrechterhaltung** ist es gelungen die Verhaltensänderung eine ganze Zeit aufrechtzuerhalten. Die ersten Krisen wurden erfolgreich überstanden und nach evtl Stolpern konnte wieder Tritt gefasst werden. Allerdings ist der Beifall über die erfolgreiche Veränderung auch leiser geworden. Die Motivation zur Aufrechterhaltung bedarf nun neuer, anderer Nahrung. Für die Beratung gilt es zu begleiten und stark wahrnehmbare Stimmungsschwankungen zu spiegeln und auf zukünftige Stolpersteine (z.B. Feste wie Weihnachten, Karneval oder Festivals..) hinzuweisen.

Das häufige Durchlaufen dieser Stadien ist bei abhängigen Rauchern eher die Regel als die Ausnahme. Die Kenntnis dieses Modells schützt unsere KlientInnen nicht vor **Misserfolgen und Rückfällen** kann aber den Verlauf solcher Krisen positiv beeinflussen. Ein Verständnis über Menschen und ihre Schwierigkeiten sich zu verändern, nimmt dem Ankämpfen gegen Suchtgefahren viel von seinem Stigma und seiner pathologischen Etikettierung. Bei uns Allen verläuft Veränderung prozeßhaft und wir alle erleben Rückfälle als schmerzhaft. Wichtig ist für unsere jungen KlientInnen aber das Wissen, daß man nach einem Rückfall nicht wieder bei Null, beim Stadium der Absichtslosigkeit, anfangen muß. Hier sind wir als Berater gefordert, zu entdramatisieren und Mut zu machen.

Spirale der Veränderung

Stadienmodell der Verhaltensänderung (Prochaska, Di Clemente u. Velicer)
 „Veränderung ist ein Prozess“



Quelle: Grafik aus dem INTERNET/genaue Herkunft nicht bekannt

Mit dem Bild der Spirale wird, noch nachdrücklicher als beim Rad der Veränderung (wheel of change), das prozesshafte von Veränderungen deutlich. Die Phase der Umsetzung steht in obigem Schaubild für die Phase der Aktion, der Handlung.

Handout / Übung:**Die fünf Stadien / Übungen zur Veränderung
„Meine ehemalige Unsitte“**

(Quelle: Motivierende Kurzberatung/Jugendamt Duisburg, Jan.2004)

Es geht in der folgenden Übung um irgendeine kleine aber lästige Unsitte, die Sie irgendwann einmal in Ihrem Leben gehabt haben. Unpünktlichkeit und Unordnung sind zum Beispiel solche Kleinigkeiten mit manchmal doch unangenehmen Begleiterscheinungen. Irgendwann haben Sie das dann verändert. Es war Schluß damit (oder auch nicht so ganz).

Schreiben Sie diese Unsitte jetzt auf (Sie brauchen es niemandem zu zeigen):

Erinnern Sie sich an diese Unsitte. Gehen Sie in Gedanken in die *Phase der Absichtslosigkeit*. Wie sah es für Sie aus als Sie noch kein Leiden damit hatten ?

Beschreiben Sie in zwei/drei Sätzen Ihre Absichtslosigkeit:

Fragen Sie sich nun, wann und bei welcher Gelegenheit es zur *Absichtsbildung* gekommen ist. Wann entstand bei Ihnen Leidensdruck. Hat Sie vielleicht jemand darauf angesprochen. Wann entstand ein Unbehagen über die Situation.

Beschreiben Sie Ihre Absichtsbildung:

Wie ging es mit Ihrer kleinen Unsitte weiter? Was haben Sie sich für die *Vorbereitung* zurechtgelegt. Wovor hatten Sie vielleicht Angst? Wie sah bei Ihnen der erste Schritt aus ? **Wie war die Vorbereitung? :**

Wie ging es nach der Vorbereitung weiter zur *Handlung*? Wie haben sie dann der Unsitte ein Ende gesetzt? Haben Sie stattdessen etwas anderes getan? Mussten Sie ständig daran denken? **Wie sah die Handlung aus? :**

Wie verlief nun bei Ihnen das *Aufrechterhalten*? Hat es Krisen und **Rückfälle** gegeben? War es ein dauerhafter **Ausstieg**? **Sind Sie jetzt noch bei der Aufrechterhaltung ?:**

**Sie haben 10 Minuten Zeit für Ihre Notizen
Nach der Einzelarbeit kurzer Austausch im Plenum**

Handout / Übung: Veränderungsplan

In der Beratungsarbeit mit Auszubildenden und jungen Erwachsenen zum Thema Veränderung ist es wichtig **zukunftsorientiert zu arbeiten und sie zu befähigen nach konkreten Lösungen zu suchen.**

Hier hat es sich bewährt solche Überlegungen zu strukturieren, zu untergliedern und zu verschriften. Ein gutes Hilfsmittel ist folgender **Veränderungsplan**, der Teil der Beratungsdokumentation wird und dem Klienten „schwarz auf weiss“ zur Verfügung steht. Sie beschreiben es in der Regel als ein gutes Gefühl mit etwas konkretem die Beratungssituation zu verlassen. Eine Fortschreibung eines solchen Planes ist möglich und nötig und orientiert sich an dem Grundsatz „Veränderung ist ein Prozeß“. **Hauptanliegen bei der Arbeit mit dem Veränderungsplan ist die dokumentation des KlientInnenwillens und die gemeinsame Identifizierung des nächsten Schrittes.**

Veränderungsplan / (in Anlehnung an MOVE, ginko Landeskoordinierungsstelle Mülheim an der Ruhr 2002)

1. Meine wichtigsten Gründe für eine Veränderung

.....

.....

.....

.....

2. Meine hauptsächlichen Veränderungswünsche und Ziele

.....

.....

.....

3. Der erste (nächste) Schritt (möglichst genau und konkret beschreiben)

.....

.....

.....

4. Weitere konkrete Handlungsschritte und der jeweilige Zeitpunkt

Was werde ich tun ?	Wann?
.....
Was werde ich tun ?	Wann?
.....
Was werde ich tun ?	Wann?
.....

5. Personen, die meine Veränderungsschritte unterstützen

.....

.....

6. Meine wichtigsten positiven Erwartungen für meinen Alltag

.....

.....

.....

7. Termin für das nächste Gespräch :

3.2.4.3. Thema: Beratung / Setting / Theorieinput / Übungen

Thema Beratung

Für junge Auszubildende bzw. TeilnehmerInnen in Bildungseinrichtungen, die mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen in Schwierigkeiten sind oder bedroht sind, Schwierigkeiten zu bekommen, ist es notwendig eine Beratung zu erhalten, die unterstützend ist und ein weiteres Abgleiten in Richtung Abhängigkeit verhindert. Die Schwierigkeit bei jüngeren Menschen liegt allerdings darin, daß sie selbst eine ganz andere Wahrnehmung ihrer Situation haben, als die besorgten Erwachsenen. Deshalb werden sie auch nur in der Ausnahme durch eigene Initiative eine Beratungssituation suchen oder Hilfe reklamieren. Deshalb ist es von großer Bedeutung, daß die/der Berater/in ein Gespür für Einsätze und Anknüpfungspunkte entwickelt und auch kurze Begegnungen konstruktiv gestalten kann. Dabei ist es notwendig, nicht zu schnell vorzupreschen, sondern aufmerksam die Reaktionen und die Gesprächsbereitschaft des Gegenüber aufzunehmen. Es gilt im ersten Schritt, das Vertrauen der jungen KlientInnen zu gewinnen.

Um an eigene Beratungserfahrung anzuknüpfen, folgende Übung:

Übung:

Wann bin ich einmal richtig gut beraten worden?

Einzelarbeit (10 Min.) :

Was war kennzeichnend für die Beratung ? Wie habe ich mich in der Situation gefühlt ? Wie hat sich der/die Berater/in verhalten ?

Gruppenarbeit (20 Min.) : Austausch und Diskussion der Erfahrungen

Kleingruppenarbeit (je 4-5 TN): Die TeilnehmerInnen sollen jetzt in Kleingruppen die konkrete Fragestellung erarbeiten: „**Was macht (aus eigener Erfahrung) eine gute Beratung aus?**“ Erfahrungen und Ergebnisse der Einzelarbeit werden vorgestellt und in gebündelter Form auf einer Wandzeitung festgehalten. Die Gruppe überlegt eine geeignete Präsentation. Sprecher werden gewählt und die Ergebnisse im Plenum präsentiert.

Präsentation / Methode KISS (15 Min.)

Die von den Gruppen erarbeiteten Ergebnisse werden präsentiert und zur Dokumentation im Seminarraum ausgestellt.

Schwierige Beratungssituationen

In Beratungssituationen mit konsumierenden Jugendlichen/Auszubildenden kommt es mitunter zu Grenzverletzungen. Hilfsangebote von Eltern, ErzieherInnen, PädagogInnen oder AusbilderInnen werden schroff zurückgewiesen. So wie die Substanz eine scheinbar unerbittliche Macht über den Abhängigen ausübt so versuchen diese Abhängigen den Druck an ihr Umfeld weiterzugeben, Macht auszuüben. Gutmeinende Ausbilder, hilfsbereite Lehrer und engagierte Eltern geraten unter Druck und werden mitunter in einen regelrechten Machtkampf mit dem jungen Menschen verwickelt. Alle Beteiligten sind hier gefordert schnell zu klären wer

nun wirklich das Sagen hat? Kommt es zu Gewaltandrohungen und Gewalthandlungen durch die jungen Menschen, dann ist Die Frage nach der Grenze der Ertragbarkeit schnell auf dem Tisch. Aber auch die zuweilen praktizierte totale Abschottung der Jugendlichen, das völlige aus dem Kontakt gehen und das Verweigern jeder Kommunikation ist sehr aggressiv und stellt im sozialen Umfeld des Jugendlichen die Machtfrage. Den suchtgefährdeten oder schon süchtigen jungen Menschen ist mit Nachgiebigkeit seitens der Eltern und PädagogInnen nicht gedient. Auch BeraterInnen sollten tunlichst darauf achten, das Heft des Handelns nicht aus der Hand zu geben. In der Regel reagieren dann junge Menschen eher mit Erleichterung, wenn Ihnen in der Beratung klare Grenzen gesetzt werden.

Helfer-Klienten-Beziehung im Film

Ein krasses Beispiel für eine völlig aus den Fugen geratene Helfer/Therapeuten - Klienten/Patienten -Beziehung findet sich in dem Film mit Rowan Atkinson: The trouble with Mr.Bean.

In dem Ausschnitt wo Mr. Bean einen Zahnarztbesuch hat und in der Behandlung zunächst nicht wirklich vom Zahnarzt angesprochen wird und der Arzt/Helfer nicht in Beziehung zum Patienten/Klienten geht, übernimmt der Patient Bean das Heft des Handelns mit äußerst fatalen Folgen für die Beteiligten. Dieser Ausschnitt soll den SeminarteilnehmerInnen an dieser stelle vorgeführt werden

Mr.Bean 3 (Der Ausschnitt : The trouble with Mr.Bean)

Ein merkwürdiger Vormittag beim Zahnarzt

DVD Laufzeit ca. 2h25min / Tiger Aspect Productions Ltd. /Tiger Television Ltd. 1995 - DVD 903 556-9.18 (Laptop und Beamer sind nötig oder wenn der Film auf Video vorliegt eine Videoanlage)

Der entsprechende Ausschnitt dauert mit atemberaubender Fahrt zur Zahnarztpraxis und anschließender Behandlung ca. 18 Minuten. Diese Zeit ist kurzweilig und lustig gefüllt und für die TeilnehmerInnen eine Bereicherung der Seminararbeit. Im Anschluß an den Film wird eine Auswertungsrunde im Plenum durchgeführt.

Auswertungsfragen können sein:

Was ist ihnen an der Klienten-Helfer-Beziehung aufgefallen? Wie steht es um die Kontrolle der Situation? Was passiert, wenn Klienten die Macht übernehmen?

Haben sie schon Erfahrungen mit untauglichen Selbstheilungsversuchen gemacht?

Als wie realistisch schätzen sie die Darstellng der Anfangssituation im Behandlungszimmer ein? Usw.

MI – Einführung / Theorie Input

Motivierende Strategien im Umgang mit Jugendlichen in der Ausbildung

Für den Umgang mit Suchkranken und ganz besonders für die Arbeit mit Auszubildenden und jungen Erwachsenen, die ein kritisches Konsummuster im Umgang mit psychotropen Substanzen zeigen, ist die Haltung, die Kontaktpersonen ihnen gegenüber einnehmen, von entscheidender Bedeutung. In der Vergangenheit bis etwa Anfang der 90er Jahre galt Härte, absolute Konsequenz und (z.T.aggressive) Konfrontation als die richtige Strategie um mit „willensschwachen Süchtigen“ umzugehen. Abstinenz galt als einzig möglicher Weg um manifester Abhängigkeit zu begegnen. Der Konsum von illegalen Drogen wurde verteufelt und vor den Gefahren legaler Drogen wurde, zum Teil aus eigener Betroffenheit, die Augen geschlossen.

Inzwischen hat in der Suchtarbeit und besonders auch in der Sekundärprävention ein Paradigmenwechsel stattgefunden. **Untersuchungen in Amerika haben gezeigt, dass ein von Empathie und Verständnis geprägter Beratungsstil mehr Erfolg verspricht, als ritualisierte Konfrontation.** Konfrontation bewirkt in aller Regel lediglich Trotz, Opposition oder auch Haarspalterei. Miller und Rollnick (Miller u. Rollnick / Motivier. Gespr.-Führung deutsche Übersetzung Lambertus Verlag 1999) entwickelten das Instrumentarium des **Motivational Interviewing (MI)**, oder in deutscher Lesart die „**Motivierende Gesprächsführung**“, und wiesen damit den Weg zu einer erfolversprechenden Wende in der Suchtarbeit. Dieses zunächst im Bereich der Arbeit mit Alkoholkranken in den USA entwickelte Verfahren hat inzwischen auch in Europa für den ganzen Bereich der Suchtkrankenhilfe weite Akzeptanz erreicht. In den Niederlanden (Prof. Dr. Schippers / AIAR-Amsterdam und J. de Jonge / Rijksuniversität Groningen) wurden diese Ansätze für die Beratungsarbeit mit konsumierenden Jugendlichen weiterentwickelt und inzwischen seit über 10 Jahren erfolgreich praktiziert.

Fünf Prinzipien motivierender Gesprächsführung

Für die Beratung von Suchtgefährdeten oder Suchtkranken

(In Anlehnung an : Miller u. Rollnick / Motivier. Gespr.-Führung deutsche Übersetzung Lambertus Verlag 1999)

Prinzip 1 Empathie ausdrücken.

Akzeptanz erleichtert Veränderung.
Aktives Zuhören ist unentbehrlich.

Prinzip 2 Diskrepanzen entwickeln.

Das Bewußtsein über Konsequenzen des Verhaltens ist wichtig.
Eine Diskrepanz zwischen dem derzeitigen Verhalten und wichtigen Zielen fördert die Veränderungsbereitschaft.
Der Klient sollte die Argumente zur Veränderung selbst liefern.

Prinzip 3 Beweisführungen vermeiden.

Beweisführungen sind kontraproduktiv.
Vorwürfe erzeugen Abwehr.
Widerstand ist ein Signal, die Strategien zu ändern.
Etikettierungen sind unnötig.

Prinzip 4 Den Widerstand aufnehmen.

Impulse des Klienten können positiv genutzt werden.
Wahrnehmungen können umgelenkt werden.
Neue Sichtweisen werden vorgestellt, nicht vorgeschrieben.
Klienten sind kompetente Ratgeber bei der Lösung von Problemen.

Prinzip 5 Selbstwirksamkeit fördern

Der Glaube an die Möglichkeit, sich verändern zu können, ist eine wichtige Motivationsquelle.
Der Klient ist für die Entscheidung zur Veränderung und ihre Durchführung verantwortlich.
Das große Angebot an alternativen Behandlungsmethoden macht Mut.

Hier folgendes Zitat:

„Motivierende Gesprächsführung geht davon aus, daß jede Person ein großes Veränderungspotential hat. Dies gilt es freizusetzen und den natürlichen Veränderungsprozeß zu fördern. Der Klient wird hierbei als Verbündeter betrachtet. Ein Hauptanliegen ist es dem Klient zu helfen, sich von Ambivalenzkonflikten zu befreien, die den Prozeß der Selbstzerstörung fortsetzen und ihn immer wieder scheitern lassen.“

(Aus R.Miller u. S.Rollnick „Motivierende Gesprächsführung“ / Lambertus Verlag)

Zusammenfassend können folgende Aussagen über MI getroffen werden (siehe Folie). Motivierende Gesprächsführung ist::

- Ein Klientenzentriertes, direktives Beratungskonzept
- Dient der Lösung von Ambivalenzkonflikten
- Hat Fünf Grundprinzipien
Der Schwerpunkt liegt auf der Integration von Widerstand
- Eine Strategie zur Förderung der vorhandenen Veränderungsmotivation
- Eine Strategie zur Stärkung der Selbstverpflichtung zur Veränderung

(Aus R.Miller u. S.Rollnick „Motivierende Gesprächsführung“ / Lambertus Verlag)

Im Folgenden eine Checkliste für BeraterInnen im Kontext von Suchtarbeit, die zur Selbstüberprüfung dienen soll. Hier werden in kurzer und knapper Form die Grundhaltungen des MI, im Umgang mit suchtgefährdeten KlientInnen (Auszubildenden), abgefragt.

Checkliste zur Selbstüberprüfung für BeraterInnen

Vor dem Hintergrund der Motivierenden Gesprächsführung von Miller und Rollnick (Miller u. Rollnick / Motivier. Gespr.-Führung deutsche Übersetzung Lambertus Verlag 1999) hat Prof. Dr. Joachim Körkel (FH-Nürnberg) eine Checkliste für BeraterInnen entwickelt, die ihre Grundhaltung im Umgang mit Suchtmittelgebrauchern reflektieren wollen. Sie stellt zugleich eine Art Handlungsanweisung dar, die sich an den fünf Grundprinzipien des MI orientiert. Bevor ein Beratungsgespräch zu Suchthemen beginnt, kann es hilfreich sein, sich diese folgenden Grundannahmen nochmals vor Augen zu führen:

Günstige Menschenbildannahmen für die Arbeit mit SuchtmittelkonsumentInnen:

Checkliste zur Selbstüberprüfung

„Ich weiß nicht, was der Klient wollen sollte bzw. was für ihn am besten ist“

⇒ Im Gespräch ist eigene Bescheidenheit gefragt



„Da es gute Gründe für und gute Gründe gegen eine Veränderung gibt, sind Süchtige in der Regel ambivalent („Soll ich etwas ändern oder besser nicht?“). Dies ist kein Ausdruck von Pathologie, sondern ein völlig normales Zeichen.“

⇒ Als BeraterIn tut man gut daran, sich längerfristig auf diese Ambivalenz einzustellen, statt auf deren schnelles Verschwinden zu hoffen.



„Jeder Suchtmittelkonsum -so destruktiv er von außen auch aussehen mag- hat auch positive Seiten. Die positiven Seiten sind eine wichtige Krücke für den Klienten: Sie aufzugeben, bedeutet ein Risiko für ihn.“

⇒ Denken Sie als BeraterIn an das Bild der Entscheidungswaage von Miller und Rollnick. Sammeln Sie die positiven Seiten in einer Liste und suchen Sie gemeinsam mit den KlientInnen nach Alternativen.

Checkliste zur Selbstüberprüfung

„Der Klient hat deshalb gute Gründe dafür, so weiterzumachen wie bisher“

⇒ Wenn es keinerlei Gründe für eine Änderung gibt (was extrem unwahrscheinlich ist!), wird der Klient auch nichts verändern.

„Den positiven Seiten des Konsums sollte mit Wertschätzung begegnet werden, sie müssen explizit gewürdigt werden.“

⇒ Im Gespräch müssen unbedingt auch die positiven Seiten des Konsums erkundet, verstanden und wertgeschätzt werden.

„Jede abhängige Person trägt ein Veränderungspotential in sich, das freigesetzt werden kann.“ (- Eigenmotivation)

⇒ Kräftezehrendes Überreden oder Konfrontieren des Klienten ist überflüssig und sogar oft kontraproduktiv – es reicht völlig aus, in Gelassenheit die ohnehin vorhandene Eigenmotivation des Klienten „herauszukitzeln“.

„Ich trage die Verantwortung für die fachliche Qualität meines Vorgehens, der Klient für seine Entscheidung pro bzw. kontra Veränderung- er (nicht ich!) ist es letztlich auch, der die Konsequenzen seiner Entscheidung tragen muß.“

⇒ Deshalb wird im Gespräch nicht versucht, den Klienten manipulativ zu etwas zu bewegen, sondern es wird ein freier, offener und gleichberechtigter Dialog angestrebt.

Quelle : In enger Anlehnung an „Günstige Menschenbildannahme...“ Prof.Dr.Joachim Körkel / FH Nürnberg

Empathie – als Grundvoraussetzung

Empathie meint die Fähigkeit und Bereitschaft sich in die Gefühlslage und Einstellungen des Gegenübers einzufühlen. Sie ist das Grundelement Motivierender Gesprächsführung. Empathie d.h. die Gefühle, Haltungen, Sichtweisen von jungen Menschen zu verstehen, ohne sie zu kritisieren, zu bewerten oder als unreif abzutun. „Verstehen“ im Sinne von Miller und Rollnick heißt nicht „einverstanden sein“ oder „bejahen“. Empathie bedeutet vielmehr, die Lebenswelten und Einstellungen der jungen Menschen so umfassend wie möglich zu verstehen. **Inbesondere die ambivalenten Einstellungen gilt es zuzulassen** und als unmittelbar dem Suchtgeschehen zuzuordnende Phänomene in die Gesprächsführung zu integrieren. Wenn wir offen mit uns selbst sind, so sind wir doch alle voller Ambivalenzen. Das Gefühl „zwei Herzen in einer Brust zu haben“ kennen wir doch nur zu gut.

Bei aller Empathie geht es aber auch immer wieder darum, klare Haltung zu beziehen und den Auszubildenden die Informationen über die zum Teil erheblichen Gefahren und Risiken beim Konsum psychotroper Substanzen nicht zu verschweigen. Empathie bedeutet nämlich auch, nicht mit den manchmal chaotischen und disfunktionalen Gefühlen und Handlungen der Jugendlichen mitzuschwingen. Als BeraterInnen sind wir vielmehr gefordert unsere Rolle als Modell für Erwachsensein engagiert auszufüllen und unsere eigene Haltung den Suchtmitteln und „Süchteleien“ gegenüber kritisch zu reflektieren.

Empathische Gesprächsstrategien sind:

- Offene Fragen stellen („Erzähl doch mal, wie verbringst Du ein Wochenende mit Deiner Clique?“ Oder „Du sagst, Du machst Dir Sorgen, was bedeutet das für Dich?“)
- Bestätigen: Anerkennung des bisherigen Bemühens, Verständnis für die Ambivalenz und die Notlage, Bewunderung für die bisherige Lebensleistung.
„da haben Sie ja schon viel unternommen, um ihren Alkoholkonsum in den Griff zu bekommen, Respekt...“
„die meisten Menschen, die zur Beratung kommen sind häufig etwas skeptisch, das ist völlig O.K. ...“
„Sie haben viel erreicht, viel geschafft, haben sich hochgearbeitet, für ihre Familie engagiert. Das ist wirklich eine Leistung , auf die sie stolz sein können....“
- Die KlientInnen bestimmen Tempo und Richtung des Gespräches. Der Klient ist der Experte für seine Symptome. Auch Nebenwege führen zum Ziel. Behutsame und kleine Schritte sind wichtig.
- Aktiv zuhören

Empathie kann sich auch ohne Worte ausdrücken. Körperhaltung, Mimik und Gesichtsausdruck sind wichtige Indikatoren empathischer Grundhaltung. Um dies zu erleben folgende Übung:

Übung :

Mit dem Nachbarn werden Paare gebildet. Eine/r spielt den/die Berater/in, der/die Andere eine KlientIn. Die KlientIn erzählt etwas aus Ihrer Kindheit oder Elternhaus oder Schule. Nicht zu problematisch nur als Geschichte.

TherapeutIn darf nur zuhören nicht reden. Augensprache, Gestik, Mimik und die ganze Körperhaltung (Ohne Brummen !). Ziel für die TherapeutIn ist nur mit dieser Methodik Empathie (Ja ich höre zu, ich interessiere mich, ich möchte mehr hören usw.) zu signalisieren.

Nach 5 Minuten wird gewechselt und die Rollen werden getauscht.

Danach werden die Erfahrungen in der jeweiligen Rolle im Plenum reflektiert.

Auswertungsfragen:

Fragen an die Therapeuten: Wie haben Sie sich gefühlt? Ist Ihnen die Übung schwer gefallen?

Fragen an die KlientInnen: Wie haben Sie die Beratung erlebt? Haben Sie sich verstanden gefühlt? War es schwer die Situation auszuhalten?

Aktives Zuhören – Voraussetzung für MI und empathische Strategie

Dem Aktiven Zuhören wird hier besondere Bedeutung gegeben. Ohne Beherrschung dieser Technik ist Motivierende Gesprächsführung nicht denkbar. Die Grundregel ist das „Spiegeln“ (reflective listening):

„Spiegeln“ oder „paraphrasieren“

- = mit den eigenen Worten kurz wiedergeben, was gesagt wurde.
- = wichtig, um Gegenüber zu signalisieren, dass man intensiv zuhört
- = Überprüfung, ob das Gesagte richtig verstanden wurde

Sichtweisen der anderen Person darstellen

- „ Sie schlagen vor, dass...“
- „ Sie haben sich gestört gefühlt, weil...“
- „ Verstehe ich Sie richtig? Sie meinen, dass...“

Fakten und Gefühle wahrnehmen

- „Sie meinen, Sie hatten nie die Chance ihre Sicht darzustellen. Das hat Sie wütend gemacht!“ Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte (VeE)
- (5 Gefühle: Angst, Schmerz, Trauer, Freude, Wut / Ärger)

Wertungen und Solidarierungen unterlassen

- „Sie haben sich unfair behandelt gefühlt ...
- Nicht:** „Ich hätte mich an Ihrer Stelle auch so gefühlt!“

Kurze Rückmeldungen

Aktives Zuhören ist also:

- = einführendes Zuhören
- = Entschlüsselung von Gefühlen hinter Fakten
- = Ermutigung zum Weitererzählen
- = schafft ein Gefühl von sich verstanden fühlen
- = bedeutet nicht, dass man mit Gesagtem einverstanden ist

Aktives zuhören an einem Beispieldialog zwischen Mutter und Tochter:

Kind: „Ich habe keine Lust in die Schule zu gehen, ich möchte zu Hause bleiben und Bilderbücher ansehen, wenn ich wach und angezogen bin.“

1. Wiederholen:

Die einfachste Reflexion ist die Wiederholung eines Teils dessen, was der Sprecher gesagt hat.

Mutter: „Du würdest lieber zu Hause bleiben, statt in die Schule zu gehen.“

2. Neuphrasieren

Hierbei hält sich der Zuhörer an das vom Sprecher gesagte, verwendet aber Synonyme oder verändert leicht, was geäußert wurde.

Mutter: „Zu Hause Bilderbücher anzusehen, ist heute reizvoller für dich, als in die Schule zu gehen.“

3. Paraphrasieren

Das ist eine umfassende Neuformulierung, bei welcher der Zuhörer der Bedeutung des Gesagten folgt, sie aber durch neue Formulierungen erweitert.

Mutter: „Nur abends im Bett mit mir Bilderbücher anzusehen, ist dir zu wenig. Du würdest das gerne häufiger mit mir tagsüber erleben.“

4. Reflexion der Gefühle

Wird häufig als die eindringlichste Form des aktiven Zuhörens betrachtet und meint eine Umschreibung und Hervorhebung der emotionalen Seite des Geäußerten durch direkte Widerspiegelung von Gefühlen, Metaphern o.Ä.

Mutter: „Du vermisst mich manchesmal in der Schule und bist traurig, dass ich dann nicht bei dir bin.“

In der Regel werden die einfachen Formen (1 und 2) am Anfang eines Gespräches benutzt, während die beiden anderen erst dann eingesetzt werden, wenn man ein umfassenderes Verständnis vom Klienten hat. Vorschnelles Deuten kann zu einer Kommunikationssperre führen.

Miller und Rollnick bringen in ihrem Buch ein Beispiel für eine Gesprächssequenz mit einem ambivalenten Problemtrinker, in der der Therapeut/Berater es schafft, **durch sehr einfaches aktives Zuhören** das Gespräch in Gang zu halten und Kommunikationssperren zu vermeiden. Der Klient hat so die Möglichkeit das selbst Erzählte auf Plausibilität zu überprüfen. Der Therapeut/Berater überprüft sein Verständnis des Gesagten, indem er seine Zusammenfassungen dem Klienten zur Überprüfung vorlegt.

Das folgende Gespräch wird von den TeamerInnen (evtl. mit einem freiwilligen TN) im Wechsel der beiden Rollen langsam vorgetragen:

Aktives Zuhören bei Miller und Rollnick (Miller und Rollnick S. 86/87/ 1999):

- K: Ich habe manchmal Angst, daß ich mehr trinke als gut für mich ist.
- T: Sie haben in letzter Zeit ziemlich viel getrunken.
- K: Ehrlich gesagt, ich fühle mich nicht wirklich so, als wäre es zu viel. Ich kann viel trinken, ohne etwas zu merken.
- T: Mehr als die meisten anderen Menschen.
- K: Ja, ich trinke die meisten Leute unter den Tisch.
- T: Und das beunruhigt Sie.
- K: Ja, das tut es, und auch wie ich mich fühle. Am Morgen danach bin ich gewöhnlich in schlechter Verfassung. Ich fühle mich zittrig und kann Gedanken nicht zu Ende denken.
- T: Und das kommt Ihnen nicht richtig vor.
- K: Nein, ich glaube nicht. Soviel habe ich nun auch wieder nicht darüber nachgedacht, aber ich glaube, daß es nicht gut für mich ist, die ganze Zeit „verkatert“ zu sein, und manchmal habe ich sogar Schwierigkeiten mich an Dinge zu erinnern.
- T: Dinge, die sich während ihres Trinkens ereignen.
- K: Das auch. Manchmal habe ich für einige Stunden lang alles vergessen und völlige Leere in meinem Kopf.
- T: Doch das ist es nicht, was sie andeuteten, als Sie sagten, daß Sie Schwierigkeiten hätten, Dinge zu erinnern.
- K: Nein, selbst, wenn ich nicht trinke, kommt es mir vor, als würde ich Dinge öfter vergessen und als könnte ich nicht klar denken.
- T: Und Sie fragen sich, ob das mit Ihrem Trinkverhalten zusammenhängt.
- K: Ich wüßte nicht, was es sonst sein könnte.
- T: Sie haben das nicht immer schon gehabt
- K: Nein. Erst in den letzten Jahren ist es so. Vielleicht werde ich ja älter.
- T: Es könnte also sein, daß es allen so geht, wenn sie erst einmal 45 Jahre geworden sind.
- K: Nein, wahrscheinlich ist es doch mein Trinken. Ich kann auch nicht gut schlafen.
- T: So kann es also sein, daß Sie sowohl Ihrer Gesundheit als auch Ihrem Schlaf und Gehirn Schaden zufügen, wenn Sie soviel trinken.
- K: Also bitte, ich bin doch kein Säufer. Das war ich nie.
- T: So schlimm sind Sie nicht. Und Dennoch sind Sie in Sorge.
- K: Ich weiß nicht, was Sie unter Sorge verstehen, aber ich denke mehr darüber nach.
- T: Und Sie fragen sich, ob Sie etwas dagegen tun sollten, weshalb Sie ja auch hierher gekommen sind.
- K: Ja, glaube ich.
- T: Sie sind sich nicht sicher.
- K: Ich bin mir nicht sicher, was ich unternehmen will.
- T: Wenn ich Sie also bis hierhin richtig verstanden habe, denken Sie, daß Sie zuviel trinken und damit Ihrer Gesundheit schaden, aber Sie sind sich nicht sicher, ob Sie das ändern möchten.
- K: Das macht keinen Sinn, stimmt`s?
- T: Ich sehe, daß Sie sich an diesem Punkt vielleicht etwas verwirrt fühlen...

Anmerkung zur Seminargestaltung:

Die Informationen über Aktives Zuhören werden jetzt durch Einüben vertieft. Die Erfahrung zeigt, dass viele SeminarteilnehmerInnen in ihrer Ausbildung schon von dieser Methode erfahren haben, ihnen die Praxis aber nicht geläufig ist. Da es sich bei dieser Technik aber um eine absolute Schlüsselqualifikation des MI handelt, macht es an dieser Stelle Sinn, dies intensiv zu üben.

Die Übungen werden in Triaden durchgeführt. Jeder der drei Beteiligten soll sich nach den Übungen im Reflektieren (reflective listening) und Zusammenfassen geübt haben.

Motivierende Gesprächsführung

Übungen zur Gesprächsführung;

Triade (Kleingruppe mit drei TN) / **Satz anfangen mit:**
„Ich finde an mir besonders gut, dass ...

Die Übung geht reium. Der Nachbar hört zu und wiederholt, fasst zusammen. Erst wenn das Gegenüber die Richtigkeit bestätigt, geht's reium weiter. Wenn keine Zustimmung erfolgt, wird solange probiert bis es stimmt, **dann weiter ...**

Hier in dieser Übung wird Aktives Zuhören mit Zuhören, Wiederholen und Zusammenfassen geübt. Die Übung läuft immer reium weiter bis 15 Minuten vorbei sind.

Motivierende Gesprächsführung

Übungen zur Gesprächsführung:

Triade (Kleingruppe mit drei TN) / **Satz anfangen mit:**
„Ich möchte an mir verändern, dass ...
 oder alternativ:
„Ich mag an mir nicht, dass...

Die Übung geht reium. Der Nachbar hört zu und wiederholt, fasst zusammen. Erst wenn das Gegenüber die Richtigkeit bestätigt, geht's reium weiter. Wenn keine Zustimmung erfolgt, wird solange probiert bis es stimmt, **dann weiter ...**

Hier in dieser Übung wird Aktives Zuhören mit Zuhören, Wiederholen und Zusammenfassen geübt. Die Übung läuft immer reium weiter bis 15 Minuten vorbei sind.

3.2.4.4. Ambivalenz / Arbeiten mit der Ambivalenz

Arbeiten mit der Ambivalenz

Die Beratungsarbeit des Suchtbeauftragten im Ausbildungsbetrieb steht vor der besonderen Aufgabe Menschen insbes. Mitarbeitern und Kollegen zu helfen, ihre Problematik besser zu erkennen und ihnen im Umgang mit diesen Problemen zu helfen. Es werden in der Regel Menschen sein, die im Umgang mit ihrem süchtigen Verhalten und in ihrer Veränderungsbereitschaft **ambivalent** sind. Wenige werden mit einer kurzen motivierenden Beratung schon meßbare Ergebnisse erzielen. Die Ambivalenz ist nicht so schnell abzustreifen.

Ambivalentes Verhalten löst beim Berater/Helfer oft auch den Wunsch aus, das Gegenüber zu konfrontieren oder zu einer Änderung eines schädlichen Verhaltens zu überreden. **Nach aller Erfahrung sind Konfrontation und Überredung aber oft keine geeigneten Strategien um Veränderung zu erzielen.**

Motivierende Gesprächsführung unterstützt die Bereitschaft der Klienten, etwas zu ändern, neue Schritte in Richtung einer gesünderen Lebensweise zu unternehmen. Manchmal reicht die Bearbeitung der Ambivalenz für den Klienten aus, um weitere Veränderungen allein in Angriff zu nehmen.“

Menschen mit Abhängigkeitsproblemen zeigen zu Beginn einer Beratung, Behandlung oder Therapie stark ambivalentes Verhalten. **Einerseits wollen sie und sind sie bereit etwas zu verändern und andererseits auch gleich wieder nicht.**

„Dieser Konflikt dominiert in der Regel die ersten Termine mit dem Berater/Helfer. Der Klient sagt, „Ich bin gekommen, um mir helfen zu lassen“, um im nächsten Satz hinzuzufügen: „Aber es ist nicht so ernst!“. Offenheit kann plötzlich in Trotz umschwenken und innerhalb von wenigen Minuten wieder präsent sein.“
(Miller/Rollnick)

Bei abhängikeitsgefährdeten Menschen sind ambivalentes Verhalten und ambivalente Einschätzungen häufig anzutreffen. Bei suchtkranken Menschen spielt der Ambivalenzkonflikt sogar eine entscheidende Rolle. Sie nehmen Folgen von Sucht als riskant und schädlich wahr. Trotzdem bleiben sie diesem Verhalten verhaftet. Ihr Erleben ist von Ratlosigkeit gekennzeichnet und sie geraten in Zustände von großer Angespanntheit. Sie wollen rauchen, trinken oder spielen und zugleich wollen sie es nicht. Einerseits soll sich etwas ändern und zugleich soll alles beim Alten bleiben. **Der Süchtige kann nicht mit der Substanz leben aber auch nicht ohne sie. Seine Haltung ist von Nachgeben und Widerstehen gleichermaßen geprägt. Umgang mit solchen Klienten kann für den Suchtbeauftragten bzw. Sozialberater verwirrend und nervig sein.** Mit so heftigen Widersprüchen konfrontiert gilt es Ruhe zu bewahren und diesen Ambivalenzen mit Geduld und Durchhaltevermögen zu begegnen. Widersprüchliche Gefühle zu empfinden ist ja auch für den Berater selbst eine gängige, alltägliche Erfahrung und eine gewisse „spielerische“ Neugier gegenüber den Widersprüchen der Klienten erleichtert den Umgang damit.

Zur Aufdeckung von Ambivalenzen und zur Verdeutlichung eines so gearteten Spannungszustandes ist es oft hilfreich, zunächst das **Modell der Waage** den Auszubildenden bzw. Jugendlichen vorzustellen und dann für die weitere Beratungsarbeit zu nutzen.

Das Verhalten z.B. von CannabiskonsumentInnen wird im persönlichen Erleben sowohl positive wie negative Effekte in Bezug auf den Cannabiskonsum aufweisen. Es könnte sich folgende persönliche **Entscheidungswaage** ergeben:

Fortsetzen des bisherigen Cannabiskonsums	Veränderung des Cannabiskonsums
Vorteile: Das Kiffen hilft mir, mich zu entspannen. Es ist ein gutes Gefühl, bekifft zu sein. Kiffen ist wie Urlaub. Bekifft Musik hören ist geil.	Vorteile: Ich habe weniger Stress zu Hause. Ich hab wieder Zeit für die alten Hobbies. Ich fühle mich fitter. Ich habe weniger finanzielle Probleme.
Nachteile: Es könnte mich meinen Schul- bzw. Ausbildungsabschluss kosten. Ich krieg nicht mehr viel auf die Reihe. Sport mach ich gar nicht mehr. Ich hab nie Geld aber viel Stress mit der Familie.	Nachteile: Was soll ich meiner Clique, meinen Freunden sagen? Ich werde keine Entspannung finden. Nüchtern wird es schwierig den Stress in Schule oder Ausbildung auszuhalten. Ich werde mich wie ein Spießier fühlen.

(In Anlehnung an: R. Miller u. S. Rollnick „Motivierende Gesprächsführung“ / Lambertus Verlag)

Die Arbeit mit der Entscheidungsmatrix, der Vor- und Nachteile einer Veränderung untersucht, kann als Methode gut genutzt werden, wenn sich bei dem/der Auszubildenden schon so etwas wie Änderungsabsicht gebildet hat. Wenn wir an das 5-Stadien-Modell denken, so ist es das Stadium der Absichtsbildung bzw der Vorbereitung, in dem Suchtbeauftragte bzw. andere Kontaktpersonen den jugendlichen KlientInnen freiwillig in der Beratungssituation begegnen.

Zumindest muss etwas passiert sein, das Bewegung in das Konsumverhalten gebracht hat. Diesen Übergang vom Stadium der Absichtslosigkeit in das Stadium der Absichtsbildung nehmen die jungen KlientInnen häufig als Krise wahr. Die häuslichen und/oder die ausbildungsbezogenen Konflikte werden intensiver wahrgenommen und die Ambivalenz der Lebenssituation wird stärker als Belastung erlebt.

Wenn die jungen KlientInnen ihre Ambivalenz verstehen lernen (ob mit, oder ohne professionelle Hilfe), können sie eher zu einer Entscheidung für oder gegen Veränderung kommen. Das Verstehen der Ambivalenz ist ein zentrales Ziel motivierender Gesprächsführung. Es ist von großer Bedeutung, wie wir als Berater auf die Ambivalenz der Jugendlichen eingehen. Dabei müssen wir nicht nur die rationalen und kognitiven Aspekte der Ambivalenz berücksichtigen, sondern immer auch die Gefühle und Wertvorstellungen der KlientInnen. Motivierende Gesprächsführung unterstützt die Bereitschaft der Jugendlichen in ihrem Leben etwas zu ändern, neue Schritte in Richtung einer gesünderen Lebensweise zu unternehmen. Manchmal reicht die Bearbeitung (Visualisierung durch Positiv-Negativ-Listen oder 4-Feld-Matrix) der Ambivalenz für die KlientInnen aus, um weitere Veränderungsschritte allein in Angriff zu nehmen.

Zur Ambivalenzthematik nun eine Übung, die die unterschiedlichen Seiten von Veränderung den KlientInnen verdeutlichen soll. Die Vorteile und Nachteile wollen ja beachtet werden.

Motivierende Gesprächsführung / Übungen zur Veränderung

Denken Sie an Ihre Angewohnheiten. Wahrscheinlich gibt es einiges, das Sie schon immer irgendwie ändern wollten. Wählen Sie ein Thema, dass für Sie nicht so dramatisch oder zu intim ist.

Identifizieren Sie dann diese Angewohnheit und untersuchen Sie diese in **Eigenarbeit** nach folgendem Schema. **Sie haben 15 Minuten Zeit**

Diese Gewohnheit (bei KlientInnen Suchtverhalten) möchte ich gerne ändern:

.....

.....

.....

Listen sie jetzt das Pro und Kontra nach folgenden vier Merkmalen auf:

Nachteile der jetzigen Situation

Vorteile der jetzigen Situation

Vorteile einer Veränderung

Nachteile einer Veränderung

Wenn Sie diesen Übungsteil bearbeitet haben, tauschen Sie sich mit Ihrem Nebenmann/-frau über Ihre Erfahrungen beim Bearbeiten aus.
(Dauer ca. 10 Minuten)

3.2.4.5. Diskrepanzen / Widerstand / Reaktanz

Diskrepanzen sind: Reibungspunkte, Dissonanzen im Lebenskonzept, Selbstbild, im Gedankengebäude oder in den Verhaltensweisen der/des Ratsuchenden. Sie können in unterschiedlichen Bereichen sichtbar werden. Diese Bereiche können sein: Gesundheit, Familie, Partnerschaft, Freundeskreis, Schule, Ausbildungsstelle, Arbeitsplatz, Selbstachtung, Persönliche Ziele.

Um Veränderungsprozesse zu fördern ist es notwendig, Widersprüche oder „Dissonanzen“ in der Selbstwahrnehmung aufzuspüren und diese – möglicherweise „ungemütliche“ – Realität zu benennen.

Haben Jugendliche z.B. Fragen zu bestimmten Konsumgewohnheiten, ist es förderlich, dieses selbst wahrgenommene Risikobewusstsein bewusst zu machen und falls nötig, zu stärken.

Entdeckung von Diskrepanzen / Theorie-Input

Diskrepanzen sind Ungereimtheiten und Reibungspunkte im Leben von Menschen. Hier passen zwei oder mehrere Sachen nicht zusammen. Diskrepanzen sind also: Reibungspunkte, Dissonanzen im Lebenskonzept, Selbstbild, im Gedankengebäude oder in den Verhaltensweisen der/des Ratsuchenden. Sie können in unterschiedlichen Bereichen sichtbar werden. Diese Bereiche können sein: Gesundheit, Familie, Partnerschaft, Freundeskreis, Schule, Ausbildungsstelle, Arbeitsplatz, Selbstachtung, Persönliche Ziele.

Um Veränderungsprozesse zu fördern ist es notwendig, Widersprüche oder „Dissonanzen“ in der Selbstwahrnehmung aufzuspüren und diese – möglicherweise „ungemütlichen“ – Realitäten bei Gesprächen so zu benennen, dass der /die Ratsuchende nicht nur Konfrontation und Anklage hört sondern mehr die Information, das Feedback wahrnimmt.

Bei Jugendlichen / Auszubildenden tun sich Widersprüche häufig im Bereich der ursprünglichen Ziele und eigenen Wünsche und der tatsächlichen Lebensführung auf. Beispiele hierfür können z.B. sein: Erfolgreicher Ausbildungsalltag steht gegen das Bedürfnis jedes Wochenende durchzufeiern. Oder hohe Ausgaben für Suchtmittel stehen gegen knappes Taschengeld bei Schülern. Wünsche nach Freundschaft und Beziehung stehen manchmal gegen Initiativlosigkeit und sozialen Rückzug durch immer stärkeren Cannabiskonsum.

Es ist keinesfalls so, daß diese Widersprüche den Betroffenen jeweils klar vor Augen wären. Sie werden als Anspannung bzw. wachsendes Unbehagen wahrgenommen, ohne dass ihnen selbst eine Klärung möglich scheint. Der Berater hat hier die Aufgabe ein Gespür für solche sich auftuenden Widersprüche zu entwickeln und sie ohne Konfrontation zu thematisieren.

Im MOVE-Fortbildungskonzept für Kontaktpersonen werden folgende Beispiele für solche möglichen Interventionen des/der Berater/in gegeben:

- „Kiffen führt dazu, dass Du morgens nicht raus kommst. Gleichzeitig ist Dir die Schule sehr wichtig. Wie passt das zusammen?“
- „Du hast Angst davor, an die falsche Pille zu geraten. Gleichzeitig gehst Du jedes Wochenende wieder los und besorgst Dir welche. Wie kriegst Du das unter einen Hut?“
- „Deine Freundin sagt, sie macht Schluss mit Dir, wenn Du nicht aufhörst zu saufen. Und Du tust es immer wieder. Wie passt das zusammen?“

Diesen Beispielen könnte man viele aus der Praxis unserer Fachstelle an die Seite stellen. Nicht immer gelingt es uns auf so konstruktive Art und Weise auf gerade entdeckte Diskrepanzen hinzuweisen. Solch eine Gesprächsführung ist in jedem Fall dazu angetan, Veränderung ins Blickfeld zu rücken ohne zu konfrontieren. So wird bei den jugendlichen KlientInnen die Motivation zur Veränderung angestoßen.

(siehe Übung auf der nächsten Seite!)

Übung:**Entdeckung** von Diskrepanzen**Arbeitsanweisung:**

Diese Übung wird in der Kleingruppe durchgeführt. Sie haben 4 TN in Ihrer Kleingruppe.

Zunächst sucht jeder TN in seiner Erinnerung nach einem sehr plastischen Beratungsfall, der auf jeden Fall auch eine Suchtthema beinhalten sollte. Nachdem jeder einen Fall „vor Augen“ hat, stellt er ihn kurz den anderen vor. Jetzt wird entschieden welcher Fall (nur einer!) nun von der Gruppe intensiv bearbeitet wird. Diese Phase der Aufgabe dauert etwa 10 Minuten.

Der ausgesuchte Fall wird von seinem „Erfinder“ in der KlientInnenrolle vorgestellt. Desweiteren gibt es 1 Berater/in /Therapeut/in und 2 Beobachter/innen (Die Beobachter/innen sind zugleich auch time-watcher und können in der Explorationsphase mit Fragen unterstützend eingreifen). Jetzt berichtet der/die Klient/in von seiner/ihrer Situation und die anderen drei versuchen durch empathisches Nachfragen und interessiert Ergründen möglichst viel von dem /der Klient/in über sein/ihr Problem und die Lebenssituation zu erfahren. Diese Phase der Aufgabe dauert etwa 15 Minuten.

Nachher kurzer Austausch über den Fall.

Hauptfragestellung: Konnten wir in dem vorgestellten Fall Diskrepanzen des/der Klienten/in entdecken. Welche Widersprüche in der Lebensführung haben wir bemerkt.

Diese Phase der Aufgabe dauert etwa 5 Minuten.

Insgesamt dauert die Übung ca. 30 Minuten.

Danach Austausch der Kleingruppen im Plenum!

3.2.4.6. **Widerstand / Reaktanz** Übungen dazu

Widerstand / Reaktanz

Ein Grundprinzip Motivierender Gesprächsführung ist es Beweisführungen zu vermeiden. Das Hin-und-Her-Argumentieren führt zu starken Abwehrreaktionen der KlientInnen. Streit und Besserwissen fördert die Veränderungsmotivation nicht, sondern löst häufig das Gegenteil aus. Je mehr der/die Berater/in in eine Richtung zieht, desto mehr scheinen KlientInnen sich in die entgegengesetzte Richtung zu bewegen.

Das Thema der **Ambivalenz**, die untrennbar mit Sucht verbunden scheint, spielt bei diesem Geschehen eine große Rolle. Ambivalente Gefühle sind gar nicht so unnormale. Wir alle erleben Ambivalenzen in unserem Leben. Sie wollen gewürdigt sein. Das Einerseits und Andererseits, die Abwägung der Vor- und Nachteile einer Veränderung ist ein wichtiger Schritt im Veränderungsprozess. Die Beratung hat hier

eine wichtige Funktion, Ambivalenz anzuerkennen und behutsam Argumente für eine Änderung süchtigen Verhaltens herauszuarbeiten.

Widerstandsreaktionen können auch als nicht gewürdigte oder erkannte Ambivalenz gewertet werden. Wenn BeraterInnen zu schnell Lösungen präsentieren oder den Anschein erwecken als wüssten sie „wo es lang geht“, dann ist Rückzug oder Aufbegehren eine sehr häufige Gegenreaktion. Es gibt dann sofort viele Argumente gegen Veränderung oder die „genialen“ Lösungsvorschläge des/der Beraters/in. Widerstandsreaktionen werden von Helfern dann häufig als typisch für die Sorte KlientInnen (z.B. typisch „Kiffer“) missdeutet und abgetan oder sogar als abartig pathologisiert.

Dabei ist Widerstand eine sehr normale Reaktion, die uns Allen zu eigen ist und vom Berater eine Überprüfung seiner bisherigen Strategien erfordert. **Miller und Rollnick gehen sogar so weit, dass Widerstand / Reaktanz einen Therapeuten-, Beraterfehler signalisiert.**

Der erfolgreiche Umgang mit dieser Reaktanz ist eine Schlüsselqualifikation für alle mit Suchtproblemen befassten Kontaktpersonen oder SozialberaterInnen. Schon die Standardsituation im Ausbildungsbetrieb mit einem „unfreiwillig, geschickten“ Auszubildenden ins Gespräch zu kommen, stellt die BeraterInnen häufig vor unlösbare Probleme. Widerstand ist daher zunächst als Aufforderung zu betrachten, das bisherige Vorgehen zu reflektieren und zu modifizieren. Dieses Innehalten und einen neuen beraterischen Anlauf nehmen stellt einen Ausweg aus häufigen Misserfolgserfahrungen dar.

Vorab benannte Situation des/der „geschickten“ Jugendlichen ist nur eine Situation bei der Widerstand / Reaktanz scheinbar vorprogrammiert scheint. In der Regel können wir als Berater solche Situationen schon vor Gesprächsbeginn identifizieren und wir tun gut daran, uns darauf einzustellen. Auch hier ist die Wertschätzung der ambivalenten Haltung nötig und eine Flexibilität im Beratungsstil ist erforderlich. Berater können regelmäßig auf folgende „normale“ Haltungen von Auszubildenden treffen, die alle etwas mit Widerstand zu tun haben:

Pessimismus bis hin zum Katastrophendenken, Misstrauen gegen BeraterInnen, Herunterspielen und Bagatellisieren des eigenen Konsums.

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht gibt es folgende Hinweise:

„Für den Umgang mit Widerstand ist es daher wichtig, die Ursachen mangelnder Kooperation zu untersuchen und Machtkämpfen vorzubeugen. Neben allgemeinen Prinzipien der Verhaltenstherapie wie Transparenz, Hilfe zur Selbsthilfe, explizite Zielvereinbarungen etc. helfen dabei auch folgende konkrete Maßnahmen zur Widerstandsminderung:

- geleitetes Entdecken
- Trennung von Entdecken und Verändern,
- Widerstandsmindernde Reihenfolge beim Korrigieren von Fehlinterpretationen sowie
- Ermutigen von Fragen und Zweifeln“

(Lehrbuch der Verhaltenstherapie, 2.Aufl. / J.Margraf Hrsg, Band 1, 24.3)

Besonders das **geleitete Entdecken** ist bei Auszubildenden oder MaßnahmeteilnehmerInnen hilfreich. Sie fühlen sich Vorgesetzten und der Erwachsenenwelt oft unterlegen und **es ist günstig, wenn Sie Schussfolgerungen selber anstellen** und nicht vom Berater unter die Nase gehalten bekommen.

Die Folien zum Thema Widerstand haben den geschickten Umgang mit Reaktanz zum Inhalt. Sie bieten Anhaltspunkte für ein gesteuertes und trainiertes Verfahren schwierige Gespräche in Gang zu halten und Gesprächsabbrüche zu verhindern. Die sog. „Dont's“ (Demmel / Projekt BRIAN) sind ein Hinweis auf mögliche Klippen in einem Beratungsgespräch, die es tunlichst zu umschiffen gilt.

Eine Demonstration durch die Durchführenden des Seminars soll an dieser Stelle das Thema Widerstandsreaktionen verdeutlichen:

Übung: Demonstration zur Gesprächsführung
(TeamerInnen in der Mitte führen das Rollenspiel im Plenum vor. Zwei Versionen: falsch und richtig. Nachher Auswertung: Was ist Ihnen aufgefallen?)

Demonstration

Umgang mit Widerstand. Warm-up für eigene Rollenspiele der TN in der Triade

Frau Schmitz ca. Mitte 60 aus Köln-Dünnwald liegt im Krankenhaus mit kompliziertem Beinbruch. Sie ist in ihrer Wohnung gestürzt. Bei der Aufnahmeuntersuchung wird eine BAK von 1,7 Promille festgestellt. Sozialarbeiter des Krankenhauses besucht Frau Schmitz am Krankenbett um der Sache auf den Grund zu gehen. Die Leberwerte sind auch nicht in Ordnung

1. Variante. Konfrontation mit dem Verdacht auf Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit. Fokus – Beweisführung mit dem Ziel: Eingeständnis der Alkoholproblematik

2. Variante. Empathisches Nachfragen. Kontakt aufnehmen. Vorstellen der Werte nur nach Erlaubnis (Möchten Sie die Ergebnisse hören?). Fokus Besorgnis / Hilfe anbieten. Betonung der Autonomie.

Es folgen auf der nächsten Seite Übungssequenzen zum Umgang mit Widerstand:

Arbeitsblatt:

Übungen zum Umgang mit Widerstand

Arbeitsanweisung: Beginnen Sie ein Beratungsgespräch mit diesen 4 Gesprächsfetzen und führen Sie das Gespräch weiter. (Bei 4 TN in Ihrer Kleingruppe: jeweils 1 Berater/Therapeut (T), 1 Klient/in (K) und 2 Beobachter (auch time-watcher). Wechseln Sie jeweils nach 5 Minuten Gesprächsdauer die Rollen und beginnen Sie ein neues Gespräch. Jeder sollte einmal T/Berater und K Klient/in gewesen sein. Nachher kurzer Austausch über Ihre Erfahrungen in der jeweiligen Rolle. **(Insgesamt dauert die Übung ca. 30 Minuten)**

1.

T: Es klingt, als hätten Sie sich einige Sorgen gemacht bezüglich Ihres Trinkverhaltens. Was glauben Sie wird der nächste Schritt sein?

K: Also, ich glaube nicht, dass ich das Trinken sein lassen muss. Schließlich bin ich kein Alkoholiker.

(Widerstandsreaktion des/der KlientIn = Herunterspielen)

2.

T: Sie haben viel über Ihre Ausbildungssituation nachgedacht und sind der Meinung, daß etwas getan werden muß.

K: Ich glaube nicht, dass irgend etwas hilft. Ich glaube, es ist sowieso schon zu spät.

(Widerstandsreaktion des/der KlientIn = Pessimismus)

3.

T: Welche Sorgen machen Sie sich wegen Ihres Drogenkonsums?

K: Ich bin nicht wirklich beunruhigt. Manche Leute werden süchtig, aber so bin ich nicht. Die Drogen bedeuten mir nichts, ich genieße nur wie ich mich dabei fühle.

(Widerstandsreaktion des/der KlientIn = **Bagatellisieren**)

4.

T: Ich verstehe, daß das für sie schwierig sein muß.

K: Wie können Sie das wissen. Sie haben doch noch nie durchgemacht, was ich gerade durchmache. Was wissen Sie schon davon?

(Widerstandsreaktion des/der KlientIn = **Misstrauen**)

Im Folgenden ein Arbeitsblatt, das basierend auf den „Kommunikationssperren“ des Gesprächs-Psychotherapeuten R. Gordon eine Zusammenstellung von „**Dont´s**“ wiedergibt. Dr. Ralf Demmel gehört zum dem Kreis von Therapeuten die von Miller & Rollnick direkt geschult worden sind und als MI-Trainer viele TherapeutInnen und BeraterInnen ausgebildet hat.

Motivierende Gesprächsführung**Was ein Berater besser lässt!****Dont´s**

(Dr. Ralf Demmel „Motivational Interviewing“ 2004)

- Nicht zu viel in kurzer Zeit erreichen wollen !
- Klienten nicht im Unklaren über die Ziele der Intervention lassen !
- Nicht „um den heißen Brei reden“!
- Nicht pathologisieren !
- Keine „Problem- bzw. Krankheitseinsicht“ erzwingen !
- Nicht moralisieren !
- Nicht „überführen“ oder „entlarven“ ! Nicht verhören !
- Nicht verordnen ! Nicht zu viel reden !
- Nicht drängen ! Nicht „in die Ecke treiben“ !
- Nicht ohne Erlaubnis loslegen !
- Nicht „übereifrig“ sein !
- Nicht plötzlich das Thema wechseln !
- Keine Vorwürfe, Anschuldigungen machen !
- Den Klienten nicht „in eine Schublade stecken“ !
- Nicht ermahnen ! Nicht „dozieren“ ! Nicht „predigen“ !

- Kein schlechtes Gewissen machen !
- Nicht durch „Logik“ überzeugen wollen !
- Nicht „das letzte Wort haben wollen“ !
- Nicht „die Richtung verlieren“ !
- Den Klienten nicht „schwimmen“ lassen !
- Nicht „herumdeuteln“ !
- Nicht „abwürgen“ ! Nicht ins Wort fallen ! (N.B.-W.)

Fallbeschreibungen

(Quelle: in Anlehnung an einen Auszug aus H. Feser, Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern in Arbeitshefte Führungspsychologie Bnd. 26)

Fall Nr. 1 – Wie spreche ich es an? –

Nach einer Berufsausbildung mit sehr gutem Abschluss ist Herr Weber (jetzt 39 Jahre alt) vor 20 Jahren in den Betrieb eingetreten. Im Verlauf seiner Beschäftigung hat er sich regelmäßig weitergebildet. Jetzt bekleidet er einen Posten mit Verantwortung für Mitarbeiter/innen in einem Arbeitsbereich, wo es auf Sorgfalt, Genauigkeit und Sicherheit ankommt. Er hat Frau und Kinder und ist mit einem Hausbau finanziell sehr belastet.

Anlässlich betrieblicher Feiern ist Herr Weber auch öfter betrunken. Da er dabei immer sehr witzig, charmant und fröhlich war, wurde er als guter Kollege geschätzt. Seine Kollegen mögen auch seine Hilfsbereitschaft. In Pausen greift er schon öfter zum „Durstlöscher“ Bier und ist auch nach Feierabend kein Kind von Traurigkeit.

Von der Personalleitung musste Herrn Weber vor sechs Wochen eine mündliche Verwarnung ausgesprochen werden. Nach einer Geburtstagsfeier im Betrieb, bei der Bier und Schnaps getrunken wurde, wurde Herr Weber einem seiner Mitarbeiter gegenüber sehr aggressiv. Der Mitarbeiter wollte ihm den Autoschlüssel abnehmen und ihn an seiner Trunkenheitsfahrt hindern. Herr Weber war betrunken, meinte aber, noch selbst fahren zu können und drohte dem Mitarbeiter den „Rausschmiss“ an, wenn er weiter „Zicken“ machen würde.

Seitdem ist die Arbeitsatmosphäre sehr gestört. Die Kollegen merken, dass er sich immer mehr isoliert. Es fällt auf, dass er ständig Hustenbonbons lutscht und den Kopf beim Sprechen zur Seite dreht. Sie beschwerten sich erneut über Herrn Weber. Der Chef will Herrn Weber eigentlich nicht verlieren, das Trinken während der Arbeitszeit will er aber auch nicht länger dulden. Er bittet Herrn Weber zum Gespräch.

Aufgabe: (in 4er-Gruppen)**Personalchef/in, Herr Weber und zwei Beobachter/innen.**

Beginnen Sie das Gespräch und führen Sie es ca. 10 Minuten lang. Aufkommendem Widerstand soll ohne Konfrontation begegnet werden. Der Vorgesetzte soll versuchen Herrn Weber zu erreichen und zur Änderung anzumahnen. Er soll Herrn Weber ein Hilfsangebot unterbreiten. Die beiden Beobachter können den Chef mit Ihren Ideen unterstützen und/oder sich in das Gespräch vorsichtig einschalten und sich in der Chefrolle versuchen.

Fallbeschreibungen

(Quelle: in Anlehnung an einen Auszug aus H. Feser, Umgang mit suchgefährdeten Mitarbeitern in Arbeitshefte Führungspsychologie, Bnd. 26)

Fall Nr. 2**– Was steckt dahinter? –**

Herr Matthias Müller ist seit über 15 Jahren im Betrieb beschäftigt. Von seinen Vorgesetzten wurde er stets als zuverlässiger Mitarbeiter geschätzt, der seine Arbeit immer gewissenhaft ausführte. Bei seinen Kollegen war er wegen seiner Hilfsbereitschaft als „dufter Kumpel“ sehr beliebt. Er konnte nie „Nein“ sagen.

In der letzten Zeit hat er sich aber merklich verändert. Seine Vorgesetzten sind mit seiner Arbeit gar nicht mehr zufrieden: Er gerät bei der Bearbeitung der Akten immer häufiger in Verzug, und es schleichen sich immer wieder Fehler ein. Seine Kollegen leiden unter seiner Reizbarkeit und ziehen sich langsam von ihm zurück, weil er streitsüchtig und rechthaberisch geworden ist...

Dem Abteilungsleiter ist mehrfach Alkoholgeruch bei Herrn Müller aufgefallen auch fehlt er immer öfter nach Wochenenden. Seine Besorgnis teilt er dem Personalleiter mit.

Der Leiter der Personalabteilung Herr Siegfried Schmitz bittet Herrn Müller zu einem „klärenden“ Gespräch. Den unmittelbaren Vorgesetzten von Herrn Müller, den Abteilungsleiter Herrn Jürgen Jordan, bittet er ebenfalls dazu.

Aufgabe: (in 4er-Gruppen)**Personalchef/in, Abteilungsleiter/in, Herr Müller und ein/e Beobachter/in.**

Beginnen Sie das Gespräch und führen Sie es ca. 10 Minuten lang. Aufkommendem Widerstand soll ohne Konfrontation begegnet werden. Die Vorgesetzten sollen versuchen den Widerstand aufzunehmen und umzulenken, ohne jedoch das Gesprächsziel aus den Augen zu verlieren. Sie wollen von Herrn Müller etwas erfahren. „Klärendes Gespräch“ heißt hier auch: Jetzt ist mir der Fall klarer vor Augen. Behutsames, empathisches Nachfragen ist die geeignete Methode. Wie steht es um die Ambivalenzen bei Herrn Müller?

Fallbeschreibungen

(Quelle: in Anlehnung an einen Auszug aus H. Feser, Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern in Arbeitshefte Führungspsychologie, Bnd. 26)

Fall Nr. 3 – Die Lage ist ernst! –

Herr Theo Kürten (35 Jahre alt) ist aufgefallen, weil er bei betrieblichen Feiern in jüngster Vergangenheit immer häufiger betrunken war.

Gern getrunken hat er schon immer, überwiegend Bier in der Pause und auch während der Arbeitszeit mit den anderen Kollegen, wenn es sich so ergab. Wenn er auf sein regelmäßiges Trinken angesprochen wurde, meint er, Bier lösche am besten den Durst, und ein kleiner Umtrunk ab und zu fördere das Betriebsklima. Jetzt ist er oft nach der Mittagspause schon so stark angetrunken, dass er kaum noch arbeiten kann.

Nachdem eine Verwarnung wegen Trunkenheit im Dienst nichts genutzt hat, ist nun eine schriftliche Abmahnung erfolgt. Der Personal- bzw. der Betriebsrat macht sich langsam Sorgen um ihn und beschließt, einmal ein „ernstes (aber freiwilliges) Gespräch“ mit Herrn Kürten zu führen. Der/die Suchtbeauftragte des Betriebes wird gebeten, ebenfalls an dem Gespräch mitzuwirken.

Aufgabe: (in 4er-Gruppen)

Personal-/Betriebsrat, Suchtbeauftragte/er, Herr Kürten und ein/e Beobachter/in

Beginnen Sie das Gespräch und führen Sie es ca. 10 Minuten lang. Betonen Sie die eigene Entscheidungsfähigkeit von Herrn Kürten. Versuchen Sie seine Position im 5 Stadien Modell zu erkunden. Es gilt seine autonome Position zu stärken und ihn nicht zu entmutigen. Schließlich ist er für seine Veränderung selbst verantwortlich. Danach geht es aber auch um die klare Botschaft an Herrn Müller: „Die Lage ist ernst“!

Fallbeschreibungen

Fall Nr. 4 – Stufe für Stufe: ganz nach Plan! --

Frau Schmitz arbeitet in der Verwaltung der städtischen Wasserwerke. Nach Meinung ihrer Kolleginnen scheint sie ein Drogenproblem zu haben. Von ihrer Vorgesetzten wurde auch mehrfach eine Alkoholfahne wahrgenommen. Sie scheint vormittags noch Restalkohol zu haben. Ihre Arbeitsleistungen haben sich in jüngster Zeit stark verschlechtert. Es kam zu häufigen Kurzerkrankungen und häufigem Montagsfehlen. Ein erstes Interventionsgespräch mit dem/der Verwaltungsleiter/in hat bereits stattgefunden. Frau Schmitz wurde zur Änderung aufgefordert und ermutigt sich doch Hilfe bei Externer Suchtberatung zu suchen. Das Gespräch wurde

nicht dokumentiert aber als erstes von möglicherweise mehreren Interventionsschritten gekennzeichnet.

Die Vorkommnisse haben sich nun wiederholt und Frau Schmitz hat sich auch bei Tür und Angel-Kontakten und am Telefon uneinsichtig gezeigt. Es erfolgt nun die Einladung zum zweiten Interventionsgespräch.

Aufgabe: (in 4er-Gruppen)

Verwaltungsleiter/in, Frau Schmitz, ein/e Personalrat/rätin und der/die Personalchef/in bzw. Personalverantwortliche

Fallbeschreibungen

Fall Nr. 5 — Azubi in Not! —

Antonio P. (20 Jahre alt) ist im letzten Ausbildungsjahr. Er steht vor den letzten Prüfungen und seine Leistungen sind so einigermaßen. Sein Abteilungsleiter kümmert sich „väterlich“ um Antonio, der bei seiner Mutter wohnt.

Antonio hatte einen Autounfall. Betrunkener ist er einem anderen Auto reingefahren. Zum Glück gab es keine Verletzten. Den Führerschein ist er aber los. Er wusste nicht, wie er die Geldstrafe zahlen sollte. Durch die Vermittlung des Sozialdienstes hat er Kontakt zur Schuldnerberatung in der Kreisstadt aufgenommen und die Abzahlung der Geldstrafe regeln können. Ohne Auto und Führerschein ist sein Leben jetzt schwieriger geworden.

Bei Gesprächen mit der Sozialberatung ist er hinsichtlich seines Alkoholkonsums nachdenklich geworden. Er überlegt wie es weitergehen soll. Darüber spricht er erneut mit der/dem Sozialberater/in.

Aufgabe: (in 4er-Gruppen)

Antonio P., der/die Sozialberater/in, zwei Beobachter/innen

Beginnen Sie das Gespräch und führen Sie es ca. 10 Minuten lang. Besprechen Sie mit Antonio sein Anliegen. Es ist kein Erstkontakt, daher versuchen sie behutsam mit Antonio das Für und Wider für eine Veränderung seines Trinkverhaltens zu besprechen. Interessieren Sie sich zunächst für seinen „normalen“ Konsum. Sollte Widerstand aufkommen schalten Sie „einen Gang zurück“ und vermeiden Sie Konfrontation.

Die beiden Beobachter/innen können den/die Sozialberater/in mit Ihren Ideen unterstützen und/oder sich in das Gespräch vorsichtig einschalten und sich in der Beraterrolle versuchen.

3.2.4.6 **FRAMES / Ein Konzept für Kurzinterventionen** Theorieinput / Übungen dazu

Kurzinterventionen im Kontext motivierender Gesprächsführung

Lediglich eine kleine Minderheit von substanzgebrauchenden Abhängigen nimmt in Deutschland die Angebote des professionellen Suchthilfesystems in Anspruch. In Amerika ist dies ähnlich. Hier wurden von Ärzten und Psychologen Mittel und Wege erprobt, um die Veränderungs- und Behandlungsbereitschaft bei Suchtgefährdeten und Suchtkranken zu erhöhen. Gut nachweisbar ist die Tatsache, dass Suchtkranke sehr häufig sich an Ihre/n Hausarzt/-ärztin, SozialberaterInnen oder ggfs MitarbeiterInnen anderer psychosozialer Dienste um Unterstützung und Hilfe wenden. Ihre Bereitschaft Kontakt mit Suchtambulanzen oder Suchttherapeutischen Einrichtungen aufzunehmen ist dagegen sehr gering. Nichtspezialisten scheinen bei dieser KlientInnengruppe die besseren Chancen zu haben.

Zurzeit werden in Deutschland in kooperativen Modellprojekten (Projekt: BRIAN, Demmel et al.) motivationale Kurzinterventionen im Hausarztbereich erfolgreich erprobt. Diese Ärzte werden in Gesprächstechniken des MI unterwiesen und auf kurze Interventionsarbeit vorbereitet (brief motivational intervention). **Diese Kurzinterventionen können sehr kurz sein: Der Arzt gibt dem Patienten Informationen und unterstreicht die Notwendigkeit einer Veränderung des Konsumverhaltens.** Diese Methodik wird bereits seit Mitte der 80er Jahre in den Vereinigten Staaten und Großbritannien erfolgreich eingesetzt. Auch bei uns haben diese Behandlungsmethoden der Kurz- und auch Frühintervention große Erfolge. Von der ganzen Methodik des MI gilt es bei Kurzinterventionen

zwei grundlegende Prinzipien einzusetzen:

- **Nichtkonfrontativer Beratungsstil**
- **Herausarbeiten von Besorgnis und Bedenken auf Seiten des/der PatientIn**

Ein großer Vorteil kurzer motivierender Interventionen ist die breite, universelle Einsatzmöglichkeit. Auch betriebliche Suchtarbeit kann sich diese Technik zu Nutze machen. Der betriebliche Suchthelfer hat häufig vom Setting und Auftrag her gar nicht die Möglichkeit längerfristige Beratungsprozesse zu initiieren. Hier bietet sich dieses Verfahren absolut an.

Seit mehreren Jahren habe ich Suchtbeauftragte in der Kurzintervention FRAMES unterwiesen und die Rückmeldungen aus der betrieblichen Praxis sind eindeutig positiv. Hierzu sagen Miller&Rollnick (MI, Miller u. Rollnick, 1999 S. 205) : „MI ist besonders gut für diejenigen geeignet, die schon über lange Zeit vergeblich versucht haben, Menschen davon zu überzeugen, sich zu verändern. Ironisch ausgedrückt bedeutet dies: Es kann viel einfacher sein, als sie es sich oft machen, wenn sie aufhören, gute Argumente für die Veränderung des Klienten anzuführen, die doch nur dessen Widerspruch provozieren. Sie müssen nicht auf alles eine Antwort haben, Ihre Aufgabe besteht eher darin, dem Klienten zu helfen, diese Antworten für sich selbst zu finden.“

Den Seminarteilnehmern werden Ansätze hierzu vorgestellt und sie werden darauf hingewiesen, dass es erfolgversprechend sein kann, solche Ansätze in den Ausbildungsalltag zu integrieren. Insbesondere wird auf die gute Erfahrung mit Frühinterventionen bei erstauffälligen Jugendlichen wegen BTM-Vorfällen hingewiesen. Auch im Rahmen von Ausbildungsplatzbesetzung (DEGUSSA) gibt es gute Erfahrung mit der Einführung von Kurzinterventionen zur Sucht- und Abbruchprävention.

Laut Miller & Rollnick gibt es folgende wesentliche **Grundelemente für Kurzinterventionen**, die natürlich nicht alle auf einmal oder unbedingt in einer Sitzung angebracht werden müssen. Letzlich verfolgen alle diese Grundelemente dasselbe Ziel, nämlich die Exploration/Erforschung und Herausarbeitung von Sorgen bezüglich des Substanzkonsums anzustoßen. Insbesondere bei KlientInnen die sich noch im Stadium der „Absichtslosigkeit“ befinden reicht es aus Informationen zu vermitteln, die das Problembewusstsein schärfen bzw. Gedanken in Richtung Besorgnis überhaupt erst möglich machen.

Grundelemente für Kurzinterventionen:

- Rückmeldung geben, d.h.:
Das können Laborwerte oder Befunde, Testergebnisse sein
Bei Auszubildenden die Fehldatei, Rückmeldung der Berufsschule, Ergebnisse von Zwischenprüfungen usw.
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärken, d.h.:
Auch kleine Schritte sind ein Erfolg / Selbstvertrauen stärken
Auch Rückschritte gehören manchmal dazu / Mut machen!

Grundvoraussetzung ist in jedem Fall:

- Empathie / Respekt, d.h.:
Auf Kritik und Konfrontation verzichten. Mitfühlend und verständnisvoll sein. Sich für die Lebenslage der Auszubildenden interessieren. Um Erlaubnis fragen, nicht unaufgefordert loslegen.
- Eigenverantwortung betonen, d.h.:
Nur der Auszubildende kann bestimmen, was für ihn machbar ist. Er ist der Experte für seinen Veränderungsprozess.
- Alternativen aufzeigen, d.h.:
Es ist für den Auszubildenden hilfreich, wenn der/die BeraterIn mehrere Optionen aufzeigen kann. Er kann sich entscheiden.
- Ratschlag geben, d.h.:
Die Auszubildenden sind noch keine fertigen Personen. Ein klarer Ratschlag gibt Orientierung und wird zumeist auch erwartet. Der Berater wird für den Auszubildenden damit sichtbar.

Diese Grundelemente in der Beratung von Auszubildenden einzusetzen hat sich bewährt. Allerdings ist es wichtig im Rahmen dieser Kurzintervention mit den Auszubildenden / Klienten u.a. auch nach alternativen Entspannungsmöglichkeiten

(„Gegenaktivitäten“) wie z.B. Sport, autogenes Training, Naturerlebnisse auch Akupunktur usw. zu suchen (Advice ! siehe FRAMES) oder die Entwicklung konkreter Gegen-Alternativmaßnahmen nahe zu legen.

Handout

Merkmale wirksamer Kurzintervention Modell Frames

Im Folgenden Komponenten der Kurzintervention, die in der englischsprachigen Literatur mit dem Akronym „FRAMES“ oder „Rahmen“ bezeichnet werden. Dieses Akronym in aller Kürze zur Erinnerung auf den Beratungstisch gelegt hilft daran zu denken, die Kurzintervention auch anzuwenden:

Feedback **Rückmeldung an den Klienten über persönliche Risiken**

Responsibility **Betonung der persönlichen Verantwortung**

Advice **In der Beratung erfolgt ein klarer Ratschlag**

Menue **Vom Berater werden verschiedene Optionen, Verhaltensalternativen aufgezeigt (Menue of behavioral change)**

Empathy **Der Berater hat einen zugewandten, empathischen, nicht konfrontativen Beratungsstil**

Self-efficacy **Der Berater stärkt bei der KlientIn den Glauben an die eigene Leistungsfähigkeit. Die Selbstwirksamkeit soll erhöht werden.**

Wie Kurzinterventionen einleiten?

Suchthemen in der Beratung anzusprechen ist auch in der Arbeit mit Auszubildenden immer mit Schwierigkeiten verbunden. Die ganze Auswirkung und das Ausmaß ihres Suchtmittelgebrauches ist den Jungen Erwachsenen oft nicht bewusst. Sie erwarten zu Beginn eines Gespräches meist nicht darauf angesprochen zu werden und möchten selbst meist nicht darüber reden.

Der Berater sollte daher zunächst nicht mit der Tür ins Haus fallen. Etikettierungen, Konfrontationen und Predigten sind besonders schädlich. Aber auch Ratschläge sollten zunächst unterbleiben. Im ersten Schritt ist es wichtig eine Beziehung (Warm-up) aufzubauen. So kann Vertrauen entstehen. Hilfreich hierbei sind offene Fragen z.B. über Gesundheitsthemen, Stress am Ausbildungsplatz, das Geschehen in der Ausbildungsgruppe usw. Dann kann mit einer weiteren offenen Frage auch zum Substanzkonsum übergeleitet werden z.B.: „Sie feiern viel mit Ihren FreundInnen. Wie sieht denn so ein Feierwochende bei Ihnen aus?“

Zu Anfang auf keinen Fall Veränderungsdruck aufbauen und sicherstellen, dass der Kontakt weiter bestehen bleibt. Damit der Auszubildende auch wiederkommt und der Prozess weitergehen kann.

Zum Einsatz von FRAMES nun folgende (**letzte Seminarübung**) Übung:

(Übung siehe nächste Seite!)

Arbeitsblatt

Übung zur Gesprächsführung / Triade

Junge Klientin, 17 und schwanger. Sie will das Kind behalten, lebt aber in der Scene und konsumiert Alkohol und Benzos (Rohypnol). (Schädigung des Kindes ist zu befürchten) Sie soll beraten werden...

Triade / Patientin und zwei Berater /Therapeuten, die sich gegenseitig unterstützen, als wären sie eine Person.

Anwendung von Methodik FRAMES z.B. Menue, Selbstwirksamkeit stärken, Advice usw...

Modul 3

Seminarende / Ausstiegsphase

- Das Seminar endet mit einem Resümee dessen, was im Seminar inhaltlich gelaufen ist.
- Jetzt ist es Zeit für den „Weißen Fleck“. Die Zeit muss vorher eingeplant werden, wenn sich im Themenspeicher / in der Ice-Box zu klärende Fragen und Anliegen angesammelt haben.
- Vereinbarung von Transfersicherung. Z.B. einen Erinnerungsbrief an sich selber verfassen, der von den TrainerInnen nach 8 Wochen verschickt wird.
- Es wird ein erneuter Blick auf die anfangs gesammelten ergänzenden Seminaranliegen und die Vereinbarungen des Kontrakts geworfen. Nicht bearbeitetes wird thematisiert und in die Zukunft verwiesen (Folgeveranstaltung / Follow-up).
Je nach Vereinbarung mit dem Auftraggeber und je nach Thema erfolgt die Vereinbarung von Coaching-Terminen als weitere Transfersicherung.
- Schlussrunde: Es wird die Frage gestellt: Was nimmt der/die einzelne TN mit in sein/ihr Praxisfeld? Wie war die Zusammenarbeit in der Gruppe usw. Durchführung einer Feedbackrunde zu diesen Fragen. Evtl. ein Schlussritual mit Werkzeugkiste oder Seil (siehe Abschluss von Modul 3).

Ganz zum Schluss:

Verteilen von Teilnahmebescheinigung bzw. Zertifikat. Die Zertifikate werden gemischt und ausgeteilt. Es erfolgt zirkuläres Überreichen und Gratulation untereinander.

Ende

Anmerkung zur Seminargestaltung:

Schlussritual mit Werkzeugkiste

Eine schöne aber aufwendige (weil schwere) Form der Abschlussrunde ist das Mitbringen einer ganzen Werkzeugkiste. Die Werkzeuge werden in der Raummitte ausgebreitet. Motivierende Gesprächsführung und die anderen Seminarinhalte werden jetzt als neue „Tools“ – neue Werkzeuge der Beratungsarbeit – vorgestellt. Nicht jedes Werkzeug wird immer benötigt, aber es ist wichtig viele Werkzeuge im Koffer zu haben, damit der/die BeraterIn sie bei Bedarf auch einsetzen kann. Jede BeraterIn soll sich jetzt passend zum Seminarthema und zum Seminarabschluss ein für sie/ihn passendes Werkzeug aussuchen und mit in die Abschlussrunde nehmen.

Die Runde wird durchgeführt mit auf das Werkzeug bezogenen Sätzen:

Zum Beispiel:

Den **Klebstoff** / **den Leim** habe ich mir genommen, weil sich bei mir im Seminar Sachen zusammengefügt haben und...

Ich hab' **den Hammer** genommen, um mich daran zu erinnern, dass ich in Zukunft nicht mehr so energisch vorgehe und die Konfrontationen klein halte...

Den **Bohrersatz** habe ich mir genommen, weil ich den KlientInnen in Zukunft ein Menue, ein aufgefächertes Angebot, machen will. Sie können dann ja entscheiden...

USW.

(Quelle: In Anlehnung an MOVE, Ginko, Mülheim an der Ruhr 2002)

Anmerkung: Ein MOVE-Kollege von mir hat, um diese Methode „leichter“ zu gestalten, Bilder von Werkzeugen aus einem Katalog auf Kärtchen geklebt und laminiert. Das tut es auch als Stimulus in der Anschlussrunde und ist leichter, aber leider auch nicht so sinnlich.

Schlussritual mit Seil

Die TeamerInnen haben für das Abschlussritual im Baumarkt ein etwa drei bis vier Meter langes, nicht zu dickes und eher feineres Seil gekauft.

Die SeminarteilnehmerInnen stehen in einem Kreis in der Raummitte. Alle halten das verknotete Seil in einem großen Ring in den Händen. Die TeamerInnen zählen nun nochmals die einzelnen Seminarteile und Lerninhalte in lockerer chronologischer Form auf.

Das Seil symbolisiert das Seminargeschehen an dem alle ihren wichtigen Anteil hatten.

Die TeilnehmerInnen werden jetzt aufgefordert sich ein Teil des Seminars vom Seil abzuschneiden, der für sie/ihn eine besondere Bedeutung hatte. Einer bekommt eine Schere und ein Messer und darf sich sein Teil abschneiden. Dazu wird der Satz gesprochen: Dieses Seilstück steht für....., das möchte ich mitnehmen!

Das Ritual ist beendet, wenn der letzte sein Seilstück in den Händen hält.

(Quelle: In Anlehnung an rainbow adventure learning, Much)

4. Zusammenfassung / Schluß

Statt einer Schlußbemerkung zwei Zitate aus der Blickrichtung der Veränderungsförderung und der Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit::

The Spirit of MI

(William R. Miller, 2000)

„It is just possible that in ancient wisdom there lies a construct, lost too much on 20th-century psychologie, that will be of some value in organizing an enterpreting emergent on human change in the century ahead. Looking through this lens may point us in fruitful direction towards the understanding and refinement of **healing love**, and not only in the context of psychotherapie.....“

„ Verantwortung übernehmen „

Friedel Schier 1996 in QS 2

„Der **zukünftige berufliche Handlungsspielraum** wird dadurch geprägt, wie es den sozialpädagogischen Fachkräften gelingt, ihre Arbeit und die Rahmenbedingungen derselben zu beschreiben und den Bedarf der jungen Menschen als Ausgangspunkt allen Engagements deutlich zu machen.

Die Zeiten des Lamentierens und des Klagens über andere sind vorbei. Es gilt ein Bewußtsein dafür zu entwickeln, daß wir die **Verantwortung für das Handlungsfeld übernehmen** müssen und diese Aufgabe auch für andere deutlich auszufüllen haben.

Dabei reicht es nicht aus, die bisherigen Felder weiter zu besetzen, da durch die verschärfte Konkurrenz (um Mittel) nur diejenigen zum Zuge kommen, die eine Arbeit nachweisen, die als **qualitativ gut** anerkannt wird. D.h., die zugrunde liegenden Kriterien der Beurteilung werden akzeptiert, und es gelingt darüber hinaus, die erbrachten Leistungen auch den Partnern zu vermitteln

Da keinerlei Reccourcen von anderer Seite mehr zusätzlich eingefordert werden können, gilt es die **eigenen Ressourcen** besser zu nutzen und effizienter einzusetzen.“

4.1. Auswertungsbögen für einteiliges bzw. mehrteiliges Seminar

.....

Suchtprävention in Ausbildungsbetrieben und Bildungseinrichtungen Seminar Auswertung

Seminartitel : _____

Seminar vom : _____ bis zum : _____

Seminarort : _____ Seminar Nr.: _____

Trainer / in : _____ Trainer / in : _____

Wie war Ihr Eindruck von dem Seminar? Kreuzen Sie bitte jeweils eine Zahl an.

(1) Hat Ihnen das Seminar insgesamt gefallen?

1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5 - - 6 - - 7

hat sehr gefallen

hat nicht gefallen

(2) War Ihnen der Aufbau des Seminars transparent?

1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5 - - 6 - - 7

war sehr transparent

war nicht transparent

(3) War die Aufbereitung der Themen klar?

1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5 - - 6 - - 7

war sehr klar

war nicht klar

(4) Wurde der Lern- und Gruppenprozess gut moderiert?

1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5 - - 6 - - 7

wurde sehr gut moderiert

wurde schlecht moderiert

(5) Wie fanden Sie die Leitung des Seminars?

1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5 - - 6 - - 7

fand ich sehr gut

fand ich schlecht

Seminar Auswertung

(6) Gab es ausreichend Möglichkeiten zur eigenen Mitarbeit?

1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5 - - 6 - - 7

war voll ausreichend war nicht ausreichend

(7) Waren die Inhalte nah an Ihrem Praxisalltag

1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5 - - 6 - - 7

waren sehr nah waren nicht nah

(8) Sind Sie motiviert am Seminarthema weiterzuarbeiten?

1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5 - - 6 - - 7

bin sehr motiviert bin nicht motiviert

(9) Gab es ausreichend Zeit zum Erfahrungsaustausch?

1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5 - - 6 - - 7

Die Zeit war voll ausreichend Die Zeit war nicht ausreichend

(10) Wird Ihnen das Seminar in Ihrem Arbeitsalltag nützen?

1 - - 2 - - 3 - - 4 - - 5 - - 6 - - 7

wird mir sehr nützen wird mir nicht nützen

Die Dauer des Seminars war € genau richtig € zu kurz € zu lang

Haben Sie noch Anregungen zu dem Seminar? Was ist Ihnen noch wichtig?
Gibt es Themen, die Sie in einem Folgeseminar gerne bearbeiten würden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.3. Dank

Zum Ende dieser Arbeit einige dankbare Gedanken über Menschen, die mich durch den Masterstudiengang begleitet und am Zustandekommen dieser Arbeit auf ihre Art beteiligt waren.

Zunächst möchte ich aber an alle denken, denen ich durch Belastung und Stressgefühle in den letzten drei Jahren unrecht getan habe bzw. die einfach meiner, oft erst zu spät verspürten, Anspannung und Gereiztheit ausgesetzt waren. Ich hoffe dass sie es mir nicht nachtragen. Da wo es mir gespiegelt wurde, habe ich versucht mich zu entschuldigen. Viele werden aber nur stumme Zeugen meiner Unausgewogenheit gewesen sein. Mein Leben war, um mit Marlatt zu sprechen, während des Studiums durch einen mitunter "unbalanced-life-style" geprägt. Sorry!

Dankbare Gedanken an meine Frau und meine Kinder, die mich grundsätzlich in meinem Vorhaben unterstützt haben und manches mal auf gewohnte, gemeinsame Unternehmungen und Taten verzichten mußten. Aber nicht nur Verzicht sondern auch aktive Unterstützung und Versorgung darf hier nicht unerwähnt bleiben.

Am Entstehen dieses Seminarkonzepts war auch die Seminarpraxis und -erfahrung beim Heidelberger Institut Beruf und Arbeit (hiba) beteiligt. Viele dieser gemeinsamen Seminare sind mir bei der Bearbeitung des Themas nochmals positiv vor Augen gewesen. Dank also vor allem an meine Kollegin und Frau Gitta Wagner aber auch an Tobias Funk und Anne Kreft. Dank auch an meine Kollegin Regine Rust, die mich mit frischem und aktuellem Lernstoff aus dem laufenden Masterstudiengang versorgte.

Zum Schluss ein Dank an meine Prüfer Herrn Dipl.Theol., Dipl.Soz.Arb. Wolfgang Scheiblich und Prof. Dr. Herbert Feser, die sofort bereit waren das Prüferamt zu übernehmen und mich durch ihre spontane Zusage unterstützt haben. Herrn Scheiblich gilt besonderer Dank für die geduldige Beratung bei der Themenwahl. An meiner Entscheidung für diese Form der konzeptionellen Abschlussarbeit hatte er Anteil. Dank für seine wohlwollende Initiative und Ermutigung, die mich in einer schwierigen Studienphase unterstützt hat. Kurzinterventionen zeigen auch bei MasterstudentInnen ihre hilfreiche Wirkung

Norbert Beuchel-Wagner im Februar 2006

5. Anhang

Literaturliste / Audiovisuelle Medien zum Thema / Linkliste zur Suchtprävention / optionale zusätzl. Handouts zum Thema / Teilnehmerliste

Powerpointfolien zu den Vorträgen und Übungen
Von Modul 1 - 3

Anhang: Literaturliste

Alkohol und Strassenverkehr
Faktensammlung

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften , St.Augustin u.
Deutscher Verkehrssicherheitsrat e.v. Bonn (Hrsg.),
Dritte Auflage, Bonn 1999

Alkohol - Wie viel ist zu viel?
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BZgA (Hrsg.), Köln 2005
Best.Nr. 32.000.000

Alles klar ?! Tipps &
Informationen für den
Verantwortungsvollen Umgang
Mit Alkohol / BZgA und DHS Hrsg.
Bestell-Nr.: 32010000 Bzga, Köln

Antonovsky A. (1997): Salutogenese.
Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Franke.A (Hrsg.).
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie,
Dgvt-Verlag Tübingen
ISBN 3-87159-136-X

Arbeitsmappe „Gesundheit im Betrieb“ (1994), Band 1 Alkohol und Suchtprophylaxe
am Arbeitsplatz, 2.Auflage, Sozia Verlag GmbH, Freiburg
ISBN 3-930267-01-2

Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen
der Bundesagentur für Arbeit.
Neues Fachkonzept, Januar 2004
www.arbeitsagentur.de/-Download
Fachkonzept BVB8.pdf

Beuchel-Wagner N.(2005), (nicht veröffentlicht):
Befragung von Kunden der Alkoholprävention
- Untersuchung über „Rauschbrillen“ im Praxiseinsatz -
Fach interdisziplinäre Suchtforschung bei KFH NW Abt.Köln
Forschungsschwerpunkt Sucht

Beuchel-Wagner N.(2003), Suchtprävention im Ausbildungsalltag-Initiativen, Projekte, Qualitätsstandards-, transfer-Heft BNF I/II 2003, heidelberger institut beruf und arbeit-hiba (Hrsg.), hiba GmbH Verlag , Darmstadt

Beuchel-Wagner N.(2000)., Beitrag in : W.Pittrich, W. Rometsch D. Sarrazin (Hrsg.) , Kurzintervention und motivierende Gesprächsführung . Forum Sucht, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster 2000

Beuchel-Wagner N.(2000), Bogenschießen für Drogenabhängige KlientInnen in: Inform 1/2000, Landschaftsverband-Rheinland LVR (Hrsg.) Jugend/Fachthemen/Jugendsozialarbeit, Köln 2000

Braun H. und Chr. Eggerdinger (2004), Sucht und Suchtmittelmissbrauch, Betriebs- und Dienstvereinbarungen, Analyse und Handlungsempfehlungen, Bund Verlag, Frankfurt a.M.
ISBN 3-7663-3533-2

Burmester J. Hrsg.
Schlucken und Ducken
Medikamentenmißbrauch bei Frauen
Und Kindern, Neuland Verlag
ISBN 3-87581-105-4

Das Praxisbuch I, Ein Handbuch für lebendiges
Gesundheitslernen, Die MediPäds / Lehrer und Ärzte im Team
Schneider Verlag Hohengehren GmbH
ISBN 3-89676-565-5

Dietze K. (1992), Alkohol und Arbeit, Erkennen.Vorbeugen.Behandeln,
Orell Füssli Verlag, Zürich
ISBN 3 280 02163 4

Durchblick / Heft 1 , 2004
„ Case Management“
hiba gmbh.verlag

Engel Stefan, Klaus-Wilhelm Slapnicar : Die Diplomarbeit
2.überarb. und aktualis. Aufl. - Stuttgart : Schäffer-Poeschel Verlag
2000
ISBN 3-7910-9226-X

Englisch-Grothe C., Fiedler Th., Sannemann W. (2003), Umgang mit Sucht in Betrieben und Behörden, TURNUS Fachinformationsdienst GmbH, 86426 Kissing, ISBN 3-8276-7284-8

Fachgruppe Case Management /
Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) Download aus dem Internet
<http://www.case-manager.de>

Farke W. Graß H., Hurrelmann K.: Drogen bei Kindern und Jugendlichen.
Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis
G.Thieme Verlag, 07.2002
ISBN: 3-13-130611-4

Farke W.: Die vergessene Zielgruppe. Zum aktuellen Stand der Sekundärprävention in der BRD. In Kammerer, B. (Hg): Jugend Sucht Hilfe. Sekundärprävention in der Jugendhilfe. Nürnberg 1999

Fengler J. (1995), Betriebliche Suchtprävention, Hdb. PET 5.6.3.0
30. Erg-Lfg, Dezember 1995,

Fengler J. (1994) Süchtige und Tüchtige, Begegnung und Arbeit mit Abhängigen, München 1994

Feser H. (2005), Sucht oder Sinn , Reihe Blickpunkt Gesundheit,
Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d.Selz
ISBN 3-927916-17-X

Feser H. (1997), Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern, Arbeitshefte
Führungspsychologie Band 26, Sauer Verlag, Heidelberg
ISBN 3-7938-7164-9

Fuchs R., Rainer L., Rummel M., Hrsg.(1998),
Betriebliche Suchtprävention
Verlag für angew.Psychologie, Hogrefe-Verlag, Göttingen
ISBN- 8017-0887-X

Fuchs R., Rainer L., Schönherr U. (1988),
Ansätze und Erfahrungen beim Aufbau Innerbetrieblicher Alkoholpräventions- und
Hilfsprogramme im Bereich des öffentlichen Dienstes in Berlin,
in: Suchtgefahren Oktob. 88, Heft 5, Neuland Fachverlag, Hamburg,
ISSN 0491-421 X

Gastpar M., Mann K., Rommelspacher H. (Hrsg.1999),
Lehrbuch der Suchterkrankungen
Thieme Verlag
ISBN 3-13-115261-3

Gesundheitszirkel im Betrieb (1997)
Universum Verlagsanstalt GmbH
Wiesbaden

Gilsdorf R., Kistner G., Kooperative Abenteuerspiele
Praxishilfe für Schule u.Jugendarbeit
Verlag Kallmeyersche
ISBN 3-7800-5801-4

Haefner, Klaus:
Gewinnung und Darstellung wissenschaftlicher Erkenntnisse,
insbesondere für universitäre Studien, Staatsexamens-,
Diplom- und Doktorarbeiten / von Klaus Haefner.
-München ; Wien : Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
2000
ISBN 3-486-25444-8

Hartmann-Graham U., Follmann-Muth K., Veith T. (2005):
Alkohol und Drogen am Steuer. Manual zur Alkohol-
und Drogenprävention in Fahrschulen, Landeszentrale
für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
LZG (Hrsg.), Mainz
LZG-Schriftenreihe Nr.96

Jahrbuch Sucht 2003
Hrsg. Deutsche Hauptstelle
Für Suchtfragen, DHS e.V.
Neuland Verlag, geesthacht
ISBN 3-87581-230-1

Jahrbuch Sucht 2005 / online-Version

Klein M.:Interdependente Muster im Parallelgebrauch
mehrer Alltagsdrogen bei Jugendlichen - Grundlagen, Analysen,
Konsequenzen,
Suchttherapie 2005; 6, Thieme Verlag, Stuttgart - New York

Klein M. (2001): Suchtstörungen, in: Handbuch für Gesundheitsberater,
Brinkmann-Göbel R. (Hrsg.) Huber Verlag, Bern 2001
ISBN 3-456-83564-7

Kuntz H.(2005): Das SuchtBuch. Was Familien über
Drogen und Suchtverhalten wissen müssen.
Beltz Verlag Weinheim u. Basel
ISBN 3 407 85781 0

Laging M.: Riskanter Suchtmittelkonsum
Bei Jugendlichen, Verlag Dr.Kovac, Schriftenreihe
Forschungsergebnisse zur Suchtprävention, Hamburg 2005
ISSN 1610-921X
ISBN 3-8300-1620-4

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Dienstvereinbarung Sucht 1997

Leune J. (Redaktion)Was Hilft!, Grundhaltung-Menschenbild-Konzepte,
Beiträge zu den Grundlagen der Drogenarbeit (1992)
Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. FDR (Hrsg.)

Lindenmeyer, J.(1999 u. 2005) :
Alkoholabhängigkeit. 2. überarbeitete Auflage.
Hogrefe Verlag, Göttingen
ISBN 3-8017-1916-2

Lück, Wolfgang:
Technik des wissenschaftlichen Arbeitens : Seminararbeit, Diplomarbeit,
Dissertation / von Wolfgang Lück. - 5., überarb. und erw. Aufl. -
München ; Wien : Oldenbourg Verlag, 1997
ISBN 3-486-23948-1

Macht.Vernetzung.Gesund
Strategien und Erfahrungen
Regionaler Vernetzung im Gesund-
heitsbereich / Mabuse Verlag FfM
1996 / ISBN 3-929106-26-4

Marzinzik K., Fiedler A. (2005): MOVE - Motivierende
Kurzintervention bei Konsumierenden Jugendlichen,
Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals
sowie der ersten Implementierungsphase, in
Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung
Band 28, BzgA (Hrsg.), Köln 2005)
ISBN 3-937707-23-9

Meinhold M. (1996), Qualitätssicherung und
Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit
Lambertus Verlag, Freiburg
ISBN 3-7841-0872-5

Miller W.R. , Rollnick S. (1999): Motivierende Gesprächsführung
Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen
W.R.Miller , S. Rollnick
Lambertus Verlag, Freiburg im Brsg.
ISBN 3-7841-1141-6

Modellprojekt Betriebliche Sucht-
Prävention Abschlußbericht (1995).
Ministerium für Kultur, Jugend,Familie
und Frauen Rheinland-Pfalz Hrsg.
Mainz / 1995

Naidoo J. u. Wills J.(1st edition 1994 / 2nd. 2000):
Lehrbuch der Gesundheitsförderung (deutsche Ausgabe)
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)
August 2003
ISBN 3-929798-33-6

Petzold H. (1979), Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur.....
Integrative Therapie 1979 Junfermann Verlag.
H.Petzold Hrsg.5.Jahrgang, Heft1/2
ISBN 3-87387-169-6

Pittrich W., Rometsch W.,(Hrsg)
Case-Management-Fachtagung-
Juni 1997 in Herten
Forum Sucht Band 17 Dokumentation:
Hrsg. LWL –Koordinationsstelle für
Drogenfragen u.Fortbildung / Münster 1997

Pittrich W., Rometsch W.,(Hrsg)
Betriebliche Suchtprävention
November 1998 in Münster