

„Zur Freiheit hat uns Christus befreit“ (*Gal 5,1*)

Sucht – eine Herausforderung
für die Pastoral

21. November 2016

„Zur Freiheit hat uns Christus befreit“ (*Gal 5,1*). Sucht – eine Herausforderung für die Pastoral / hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz. – Bonn 2016. – 86 S. – (Arbeits-
hilfen ; 292)

Inhalt

Vorwort.....	5
Einleitung.....	8
I. Herausforderung Sucht – Ausgangslage	10
1. Daten, Zahlen, Fakten.....	10
2. Angebote und Möglichkeiten der Suchthilfe.....	17
3. Wirksamkeit der Suchthilfe.....	20
4. Auswirkungen der Suchterkrankung.....	21
5. Aufgaben gesellschaftlicher Gestaltung.....	26
II. Der Mensch in der Abhängigkeit – anthropologische und moraltheologische Überlegungen.....	29
1. Scham-, Schuld- und Versagensgefühle des suchtkranken Menschen	29
2. Bedingte Freiheit	30
3. Abwehrverhalten und Widerstände von Suchtkranken und Angehörigen	30
4. Verhängnisvoller Rollentausch	31
5. „Erlösung“ und wiedergewonnene Freiheit.....	33
III. Anforderungen an pastorales Handeln	35
1. Situationsanalyse	35
2. Das Gottesbild in der Suchtkrankenpastoral	36
3. Seelsorglich-spirituelle Begleitung Suchtkrankter und Angehöriger	38
4. Grenzen und Missverständnisse	41

IV. Herausforderungen, Perspektiven, Selbstverpflichtungen	45
1. Zusammenarbeit zwischen Seelsorge, professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe	45
2. „Verständnis und Klarheit“ – Zum Umgang von kirchlichen Arbeit-/Dienstgebern mit Sucht	47
3. Aus- und Fortbildung	51
Schlussgedanken	52
Anhang	53
Adressen	53
Beispiele für Ordnungen zum Umgang mit suchtkranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im kirchlichen Dienst	55
Erzbistum Bamberg	55
Bistum Münster	68
Bistum Trier	77

Vorwort

„Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi. Und es gibt nichts wahrhaft Menschliches, das nicht in ihrem Herzen Widerhall fände ...“. Die häufig zitierte Eingangspassage der Pastorkonstitution *Gaudium et spes* des Zweiten Vatikanischen Konzils (GS 1), deren 50-jähriges Jubiläum wir im letzten Jahr gefeiert haben, beschreibt eine Selbstvergewisserung der Kirche, die sich die Lebensumstände der Menschen – die Beziehungen in der Familie, im sozialen Nahraum und in den gesellschaftlichen Zusammenschlüssen – zu eigen machen muss. Nur auf diese Weise der Annäherung an die menschlichen Lebenswelten kann sich der biblisch begründete Auftrag einer seelsorglichen Zuwendung zum Menschen in angemessener Weise entfalten.

Papst Franziskus wählt in seinem Apostolischen Schreiben *Evangelii gaudium* (24. November 2013) dafür in ganz ähnlicher Absicht die Worte: „Mir ist eine ‚verbeulte‘ Kirche, die verletzt und beschmutzt ist, weil sie auf die Straßen hinausgegangen ist, lieber, als eine Kirche, die aufgrund ihrer Verslossenheit und ihrer Bequemlichkeit, sich an die eigenen Sicherheiten zu klammern, krank ist“ (Nr. 49). Der Weg der Kirche ist der Mensch und nur durch ein Ernstnehmen der konkreten Lebenssituationen der Menschen kann Seelsorge gestaltet werden. Dabei unterliegen diese Lebenswelten einem stetigen Wandel, dessen Herausforderungen als „Zeichen der Zeit“ erkannt werden wollen.

Die Moderne ist u. a. gekennzeichnet durch einen signifikanten Zuwachs an Freiheit und Handlungsmöglichkeiten für den Einzelnen. Die Menschen können mehr und mehr aus gesellschaftlichen Zwängen, bindenden Regeln und sozialer Abhängigkeit

herauswachsen und ihr Leben selbstverantwortet gestalten. Selbstverständlich existieren weiterhin Rahmenbedingungen des Handelns und Einflussnahmen von außen, aber Freiheit von sozialen Zwängen bleibt ein Signum der Moderne. Korrespondierend dazu werden die Gesellschaften immer komplexer, immer unübersichtlicher, die Anforderungen an den Einzelnen, der nun gezwungen ist, vielfältige Entscheidungen zu treffen, wachsen scheinbar unaufhörlich. Freiheit bringt auch Gefährdungen für diese Freiheit mit sich, Handlungsmöglichkeiten erzwingen Handlungsentscheidungen, die nicht immer wohlüberlegt und lange durchdacht sein können. Die zunehmende Individualisierung der Gesellschaft mit ihren Gestaltungsmöglichkeiten für den Einzelnen zieht ebenso Überforderungen und Isolierungen nach sich.

Solche Überforderungen und Zwänge können bisweilen auch in Suchterkrankungen münden, wenngleich die Ursachen dafür vielfältig und komplex sind. Suchterkrankungen bringen spezifische Anforderungen für pastorales Handeln mit sich, denn suchtkranke Menschen werden nicht ohne Weiteres von dem territorialen Angebot der Pfarreien bzw. Pfarrgemeinschaften erreicht. Schon allein im Erkennen der Problematik liegt eine besondere Herausforderung.

Das Ziel der vorliegenden Arbeitshilfe ist daher vor allem, den pastoralen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu ermöglichen, eine Suchterkrankung wahrzunehmen und ihre Dynamiken zu verstehen. Außerdem sollen sie über die Angebote der professionellen Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe informiert werden und um die spezifische Funktion der Seelsorge im Umgang mit suchtkranken Menschen wissen. Seelsorge kann keine Suchttherapie ersetzen, aber sie vermag dennoch eine Hilfestellung zu bieten.

Die Arbeitshilfe wurde von Experten aus dem katholischen Raum, darunter denen der Suchthilfe (Caritas) und Sucht-Selbsthilfe (Kreuzbund) erarbeitet, wofür ich herzlich danken möchte. Es

ist zu wünschen, dass der Text eine weite Verbreitung bei den pastoralen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern findet, um eine Grundlage dafür zu haben, suchtkranken Menschen wirksame Hilfe anbieten und vermitteln zu können.

Ich freue mich, wenn diese Arbeitshilfe als Vademecum für die praktische pastorale Arbeit unserer Seelsorgeteams in den Pfarreien eine gute Aufnahme findet.

Bonn/Osnabrück, im November 2016

A handwritten signature in black ink, reading "Franz-Josef Bode". The signature is written in a cursive, flowing style.

Bischof Dr. Franz-Josef Bode
Vorsitzender der Pastoralkommission
der Deutschen Bischofskonferenz

Einleitung

Als im Jahr 1968 das Bundessozialgericht die Alkoholabhängigkeit erstmals in Deutschland als eine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt hat, wurde damit die Grundlage für ein staatlich gefördertes Hilfesystem für abhängigkeitskranke Menschen geschaffen. Zur Alkoholabhängigkeit sind andere stoffliche Abhängigkeiten (u. a. Medikamente, illegale Drogen) und nichtstoffliche Abhängigkeiten (pathologisches Spielen, Medienabhängigkeiten, Essstörungen usw.) dazugekommen. Inzwischen existieren in der Bundesrepublik Deutschland vielfältige Angebote der professionellen Suchthilfe, viele davon in der Trägerschaft der Caritas, sowie eine beträchtliche Anzahl von Sucht-Selbsthilfegruppen, die auf katholischer Seite vom Kreuzbund betreut werden.

Ursachen und Phänomene der Suchterkrankungen sind komplex und es handelt sich bisweilen um sehr langwierige Prozesse. Zahlen belegen, dass suchtkranke Menschen in jeder sozialen Schicht und an allen Orten anzutreffen sind und damit auch eine Herausforderung für pastorales Handeln darstellen. Die Begegnung und der Umgang mit suchtkranken Menschen können Seelsorgerinnen und Seelsorger in Situationen führen, die Fragen und Unsicherheiten im Umgang mit dem suchtkranken Gegenüber mit sich bringen. Denn es ist häufig der Fall, dass sich suchtkranke Menschen oder ihre Angehörigen in frühen Stadien der Suchterkrankung ihrer Seelsorgerin oder ihrem Seelsorger anvertrauen. Viele suchtkranke Menschen sind dann noch nicht so weit, Kontakt mit den Einrichtungen der Sucht- bzw. Sucht-Selbsthilfe aufzunehmen und sich unterstützen zu lassen.

Nicht jeder Mensch, der Suchtmittel konsumiert, ist oder wird abhängig. Gleichwohl geht mit einem riskanten Suchtmittelkonsum auch das Risiko einher, in eine Abhängigkeit zu geraten.

Jede Suchtkrankheit ist multifaktoriell und multikausal bedingt. Sie entsteht dann, wenn verschiedene Faktoren und Ursachen zusammenwirken. Neurobiologische, seelische und soziale Entstehungsbedingungen erhöhen das Risiko, abhängig zu werden. Ebenso können Glaubens- und Sinnkrisen riskant wirken.

Als Folge einer bereits entstandenen Sucht weisen bestimmte Symptome z. B. auf die Alkoholkrankheit hin. „Kontrollverlust“ oder „Abstinenzunfähigkeit“ etwa sind untrügliche Indikatoren, die den Alkoholkranken vom (missbräuchlichen) Konsumenten unterscheiden.

Der vorliegende Text soll dazu beitragen, das Problem der Suchterkrankungen in der pastoralen Arbeit wahrzunehmen, die Wirkweise einer Suchterkrankung beim Menschen erkennen zu helfen sowie die Funktionen und Möglichkeiten der katholischen Hauptakteure der Hilfe für suchtkranke Menschen zu beschreiben.

I. Herausforderung Sucht – Ausgangslage

I. Daten, Zahlen, Fakten¹

Die „Suchtkrankheit“ ist eine der am weitesten verbreiteten Krankheiten der modernen Gesellschaft. Dabei kann nicht von *einer* Suchtkrankheit gesprochen werden, denn die Suchtmittel und die Erscheinungsformen der Abhängigkeit sind in ihrer Dynamik und ihrer Wirkung unterschiedlich.

Alkohol

Deutschland gehört weltweit zu den Ländern, in denen es den höchsten Alkoholverbrauch in der Bevölkerung gibt. Entsprechend sind die Zahlen alkoholbezogener Erkrankungen und Todesfälle besonders hoch. Damit sind natürlich auch Kosten für die medizinische Versorgung und für die Lösung sozialer Probleme der Bevölkerung verbunden.

¹ Die im Folgenden angegebenen Zahlen beruhen auf Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), insbesondere aus den Jahrbüchern Sucht 2012–2015. Die DHS ist ein eingetragener Verein, in dem mit wenigen Ausnahmen sämtliche Träger der Suchthilfe, d. h. der ambulanten Beratung und Behandlung, der stationären Versorgung und der Selbsthilfe vertreten sind. Als Erhebungsinstrument verwendet die DHS den seit den Jahren 1998/1999 etablierten „Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe“. Die Fassungen werden laufend überarbeitet und darin die Suchtformen bisweilen erweitert. Für die im Jahr 2017 zu erwartende neue Ausgabe wird diskutiert, Glücksspiel und Mediensucht und evtl. weitere exzessive Verhaltensweisen neu in die Statistik aufzunehmen.

1,7 Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland sind abhängig von Alkohol. Rund zwei Millionen Menschen gebrauchen den Alkohol missbräuchlich. Nach Schätzungen sterben in Deutschland jährlich etwa 74.000 Menschen, wovon 26 % allein durch Alkoholkonsum und 74 % durch einen kombinierten Tabak- und Alkoholkonsum bedingt sind. Bei der Krankheitshäufigkeit gehörten die psychischen oder verhaltensbezogenen Störungen durch Alkohol im Jahre 2014 zu den zweithäufigsten Einzeldiagnosen in den Krankenhäusern. Über 22.000 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 20 Jahren mussten wegen Alkoholvergiftungen im Jahr 2014 akut stationär behandelt werden. Die durch Alkohol bedingten Erkrankungen ziehen volkswirtschaftliche Kosten nach sich. Die Kosten werden jährlich auf rund 27 Milliarden Euro beziffert. Die staatlichen Einnahmen aus den Alkoholsteuern lagen 2013 bei rund 3,2 Milliarden Euro.

Tabak

Wenn auch im Bewusstsein der Allgemeinheit nicht so wahrgenommen, so ist das Rauchen in allen Industrienationen, auch in der Bundesrepublik Deutschland, das bedeutendste Gesundheitsrisiko und die Hauptursache vorzeitiger Sterblichkeit. Die Erkrankungen, die bei Raucherinnen und Rauchern im besonderen Maße auftreten, sind zum Beispiel Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen. Daneben wirkt sich das Rauchen negativ auf den Stoffwechsel und das Skelett, den Zahnhalteapparat, die Augen und die Fruchtbarkeit aus.

In Deutschland sterben an den Folgen des Rauchens jedes Jahr zwischen 100.000 und 120.000 Menschen (Deutsches Krebsforschungszentrum). Dazu gehören auch Menschen, die durch regelmäßiges Passivrauchen betroffen sind.

Die Kosten für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, die durch das Rauchen verursacht werden, belaufen sich Schätzungen zufolge auf 8,66 Milliarden Euro jährlich. Nimmt man Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und Todesfälle hinzu, belaufen sich die gesamtwirtschaftlichen Kosten sogar auf 33 Milliarden Euro.

Vor dem Hintergrund dieser erschreckenden Zahlen ist eine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums ein zentrales Ziel der Gesundheitspolitik. Auch auf die Schädlichkeit des recht neu entstanden Konsums von E-Zigaretten und E-Sishas wird in Zukunft ein verstärktes Augenmerk gelegt werden.

Zahlreiche Maßnahmen sind in den vergangenen Jahren ergriffen worden, um den Tabakkonsum zu verringern und Nichtraucherinnen und Nichtraucher vor Passivrauch-Belastung zu schützen, wie zum Beispiel die Einführung von Raucher-Abschreck-Maßnahmen im Mai 2016 in Deutschland, beruhend auf einem Beschluss der Europäischen Union.

Die in den letzten Jahren umgesetzten Maßnahmen haben insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu einer Verringerung des Tabakkonsums geführt.

Alle Aktionen und Maßnahmen, die den Einstieg in den Tabakkonsum verhindern oder reduzieren, müssen weiter fortgeführt und intensiviert werden. Insbesondere die präventiven Maßnahmen für Menschen im mittleren Lebensalter sind erheblich zu verstärken.

Medikamente

Medikamente haben zweifellos einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitssituation der Bevölkerung sowie zum Älterwerden der Menschen geleistet. Gleichwohl gibt es psychotrope und an-

dere Arzneimittel, die Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial besitzen. Insbesondere Arzneimittel aus der Familie der Benzodiazepine² spielen dabei eine zentrale Rolle. Man geht davon aus, dass rund 1,2 Millionen Menschen in Deutschland von Benzodiazepinderivaten abhängig sind. Hinzu kommen weitere 300.000 bis 400.000 Abhängige von anderen Arzneimitteln. Die Abhängigkeit von Benzodiazepinen ist zum Teil „hausgemacht“ aufgrund der fehlenden Kenntnis, dass Alkohol die Wirkung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln verstärkt.

Aufklärungs- und Informationsarbeit ist auf der Fachebene zu betreiben, um die Verordnung dieser Mittel bei bereits abhängigen Menschen zu reduzieren und zum anderen die Verfügbarkeit dieser Mittel durch eine wirksamere Kontrolle einzuschränken.

Illegale Drogen (einschließlich „Designer“-Drogen)

Im Jahr 2014 haben 2,1 bis 2,8 Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland illegale Drogen konsumiert. Erfreulicherweise ist die Zahl der Personen, die an den Folgen des Konsums illegaler Drogen gestorben sind, bis zum Jahr 2013 kontinuierlich gesunken. 2014 stieg die Zahl erstmals wieder auf 1.002 Menschen an. Es gilt, die bisher erfolgreiche Arbeit im präventiven Bereich fortzusetzen.

Eine neue besondere Herausforderung ist die Verbreitung von synthetischen „Designer“-Drogen – darunter Ecstasy und Amphetamine – sowie von biogenen Drogen. Die Designerdrogen werden überwiegend in illegalen Laboren hergestellt. Bei den biogenen Drogen handelt es sich um Stoffe und Zubereitungen, die in erster Linie aus Pflanzen oder tierischen Organismen ge-

² Benzodiazepine sind eine Gruppe von Arzneimittelwirkstoffen, die als Entspannungs- und Beruhigungsmittel (Tranquilizer) oder als Schlafmittel (Hypnotika) verabreicht werden und zur Abhängigkeit führen können.

wonnen werden. Um dem Betäubungsmittelgesetz zu entgehen, wird die Molekularstruktur von Mitteln, die Rauschwirkungen erzielen, manipuliert. Diese neuen Substanzen befinden sich vor allem in den sogenannten „Legal Highs“. Diese werden von den Konsumentinnen und Konsumenten in Form von Kräutermischungen, von Pflanzendüngern, von Badesalzen und von Luftfrischern oder ähnlichen Produkten sowohl im Internet als auch in sogenannten „Headshops“ gehandelt. Der Konsum dieser Mittel ist mit erheblichen Gesundheitsrisiken verbunden; es ist bereits zu schweren Vergiftungen gekommen. Die Versuche des Gesetzgebers, diese neuen Mittel gesetzlich zu kontrollieren, wird durch die Herstellung von immer neuen Mitteln, die nur geringfügig verändert werden, unterlaufen.

Glücksspiel

Die Zahl der pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen auf über 200.000 Personen geschätzt. Man geht weiterhin von zusätzlich 300.000 Menschen aus, die ein problematisches Spielverhalten aufweisen. Das Spielen an Glücksspielautomaten ist mit Abstand der größte Problembereich. Nicht nur die Spielerinnen und Spieler selbst sind von der Suchterkrankung betroffen. Man muss davon ausgehen, dass jeder pathologische Spieler auch das Leben seines sozialen Umfeldes schädlich beeinflusst. Besonders zu nennen ist hierbei die oftmals extreme Verschuldung, die entsprechende Auswirkungen auf den engsten Familienkreis hat.

Essstörungen

Unter Essstörungen sind lebensbedrohliche psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter zu verstehen. Dabei wird unterschieden zwischen Anorexia Nervosa (der Magersucht), der

Bulimia Nervosa (der Ess-Brechsucht) und den atypischen Essstörungen. Die genaue Verbreitung von Essstörungen ist sehr schwer zu ermitteln. Man vermutet eine hohe Dunkelziffer, da diese Erkrankung jahrelang verheimlicht wird. Eine Studie des Robert-Koch-Instituts ergab, dass mehr als ein Fünftel der jungen Menschen im Alter von 11 bis 17 Jahren ein gestörtes Essverhalten aufzeigt. Junge Frauen sind dabei zehnmal häufiger betroffen als Männer.

Pathologischer Internetgebrauch

Kontrovers wird in der Fachwelt diskutiert, ob der pathologische Gebrauch des Internets zu den Abhängigkeitserkrankungen zählt. Fast jeder zehnte Jugendliche nutzt das Internet zu intensiv und in problematischer Weise. Laut einer EU-Studie zum Internetverhalten von 14- bis 17-Jährigen gilt 1 % der jungen Deutschen als internetsüchtig. Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung werden durch exzessive Nutzung von Online-Medien kompensiert. Beim pathologischen Gebrauch von PC und Internet wird unterschieden zwischen exzessivem Spielen, exzessivem Chatten (vor allem in sozialen Netzwerken) und dem ausufernden, letztlich ziellosen Surfen. In der Folge treten teilweise gravierende gesundheitliche und soziale Probleme sowie schwere Störungen auf, die den Entwicklungsprozess Heranwachsender und auch das Alltags- und Arbeitsleben Erwachsener beeinflussen. Viele der Betroffenen leiden unter verschiedenen zusätzlichen Erkrankungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeiten, vor allem von Alkohol und Cannabis. Damit wird eine Suchtspirale angetrieben.

Neben der psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Unterstützung und Hilfe für die Betroffenen ist im Besonderen eine Verstärkung der präventiven Arbeit erforderlich, damit jun-

ge Menschen unter anderem lernen, in gesunder Art und Weise mit Internet und PC umzugehen.

Andere Verhaltensweisen wie zum Beispiel übermäßiger Konsum pornografischer Darstellungen im Internet, exzessiver Cybersex, das zwanghafte Kaufen von Konsumgütern und Dienstleistungen, deren Gebrauchsnutzen fraglich ist, sowie die ständige Wiederholung einer Kaufhandlung werden als neue Formen von Sucht bezeichnet.

Workaholismus

Hierzu kann auch die sogenannte Arbeitssucht (Workaholismus) gezählt werden. Sie bezeichnet einen übersteigerten, zwanghaften Drang nach Arbeit, Betätigung und Leistung. Das Krankheitsbild ist besonders schwer zu erkennen, da die Gesellschaft Arbeitssucht indirekt durch das Paradigma der Anerkennung von Leistung und Erfolg fördert. Die damit verbundene Bestätigung im beruflichen wie sozialen Umfeld schafft zusätzliche Anreize und trägt lange Zeit zur Stabilisierung des Verhaltens bei.

Wissenschaftlich ist noch nicht abschließend geklärt, ob es sich hierbei um Süchte oder um andere Störungsformen handelt. Gleichwohl weisen diese exzessiven Verhaltensweisen Symptome und Auswirkungen auf, die einer Sucht sehr ähnlich sind. Sie sind zunehmend mit hohem Leidensdruck verbunden und stellen eine spürbare Belastung für die sozialen Beziehungen der Betroffenen dar. Wie die stoffgebundenen Süchte verbergen sich hinter den obsessiven Verhaltensweisen tieferliegende Probleme. Fachliche Unterstützung und/oder der Besuch einer Selbsthilfegruppe sind meist die einzige Möglichkeit, diese problematischen und belastenden Verhaltensweisen zu überwinden.

2. Angebote und Möglichkeiten der Suchthilfe

Die Zielsetzung der Suchthilfe ist es, Menschen „bei der Entwicklung eines eigenverantwortlichen und risikominimierenden Konsums“ (DHS) zu unterstützen, damit sie wieder an der Arbeit und am Leben in der Gesellschaft teilhaben können. Außerdem will sie zu einem Ausgleich zwischen „individuellen und gesellschaftlichen Bedürfnisse[n] nach Schadensminimierung“ beitragen.

Grundlagen für die Beratungs-, Betreuungs- und Therapierarbeit sind in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern weitestgehend geregelt. Die Suchthilfe in Deutschland hat ein differenziertes Hilfeangebot entwickelt und hält unter anderem Angebote vor:

- in der Suchtprävention
- in der Beratung und Betreuung (niedrigschwellige Hilfen, Suchtberatung, psychosoziale Begleitung und Betreuung, Nachsorge)
- in der Sucht-Selbsthilfe
- im medizinischen Bereich (Früh-Intervention, Akut-Behandlung, Substitution, Entgiftung, medizinische Rehabilitation, psychiatrische Behandlung)
- in der Eingliederungshilfe (betreutes Wohnen, Wohnheime, Tagesstätten sowie Hilfen zur Arbeit)
- in der Arbeitsförderung (Ausbildung, Beschäftigung, Qualifizierung).

Zum Angebot gehören allererste Hilfen in über 300 niedrigschwelligen Angeboten. In rund 1.300 Beratungsstellen werden individuelle Hilfeangebote für suchtkranke Menschen, Angehör-

rige und das Umfeld entwickelt. Diese reichen von der qualifizierten körperlichen Entgiftung bis zur medizinischen Rehabilitation. Dafür stehen rund 13.000 Plätze zur Verfügung. Bereits in der Beratungsstelle, aber auch in der ambulanten oder stationären Rehabilitation wird die Hinführung zur Arbeit oder zur Qualifizierung trainiert und vorbereitet. Viele Angebote im Bereich des Betreuten Wohnens dienen dazu, die suchtkranken Menschen wieder in das Leben und in die Gemeinschaft einzugliedern. Dabei sind die verschiedenen Angebote der Suchthilfe vernetzt, aber auch mit anderen Arbeitsfeldern wird eng zusammengearbeitet. Dies gilt insbesondere für den medizinischen Bereich der Entgiftung und Substitution durch Ärzte in niedergelassenen Praxen, aber auch den Fachkrankenhäusern sowie den Bereich der Arbeit. Viele der Angebote sind niedrigschwellig und leicht erreichbar.

Suchtprävention ist zum Teil in speziellen Suchtpräventionsstellen verankert und darüber hinaus fester Bestandteil verschiedener Suchthilfeangebote. Zwei Ansätze, die sich ergänzen, werden dabei umgesetzt: zum einen präventive Maßnahmen, die auf das Verhalten von Menschen ausgerichtet sind (z. B. Kurse und andere Maßnahmen zur Stärkung individueller Kompetenzen und eines gesundheitsförderlichen Verhaltens); zum anderen Interventionen, die auf die Beeinflussung gesellschaftlicher Strukturen zielen (z. B. Jugendschutzgesetz, Werbe- und Verkaufsbeschränkungen, gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeits- und Lebensumwelten).

Neben dieser von der beruflichen Suchthilfe geleisteten Suchtprävention tragen auch die vielfältigen Aktivitäten der kirchlichen Jugendarbeit wirksam zur Förderung von sozialen und emotionalen Kompetenzen der Jugendlichen bei, die einer Suchtentwicklung bei jungen Menschen vorzubeugen helfen.

Allerdings beeinträchtigen die teilweise unzureichende Finanzierung, die verschiedenen gesetzlichen Regelungen und nicht zuletzt ein sich ändernder gesellschaftlicher Umgang mit den Suchtproblemen die notwendige angemessene Weiterentwicklung der Suchthilfe.

Im Rahmen der Angebote und Möglichkeiten der Suchthilfe ist die Sucht-Selbsthilfe besonders hervorzuheben. Suchtkranke und Angehörige stehen dabei anderen Suchtgefährdeten, Suchtkranken und Angehörigen hilfreich zur Seite.

Es ist ein eigenständiges Angebot, das sich im Lauf der Jahre entwickelt und etabliert hat. In über 8.000 Selbsthilfegruppen in Deutschland, die sich in der Regel wöchentlich treffen, haben nicht nur Suchtkranke, sondern auch Angehörige, aber auch Interessierte die Möglichkeit, sich gegenseitig zu informieren, zu stabilisieren und zu stützen. Die Abhängigen von Alkohol und Angehörige sind dabei die größte Gruppierung. Abhängige von Medikamenten, Glücksspiel und illegalen Drogen spielen bislang eine eher geringe Rolle. Sie und die mehrfach Abhängigen gewinnen jedoch zunehmend an Bedeutung.

Selbsthilfe ist kostenlos, aber nicht kostenneutral. Sie wird von Sozialversicherungsträgern der öffentlichen Hand und von den Wohlfahrtsverbänden gefördert und unterstützt.

Die Sucht-Selbsthilfe im katholischen Bereich wird im Wesentlichen durch den Kreuzbund, einen Fachverband der Caritas, repräsentiert. In rund 1.400 Gruppen treffen sich hier wöchentlich über 20.000 Menschen, um sich selbst oder anderen in Suchtfragen zu helfen. Es ist belegt, dass mehr als 70 % der Menschen, die regelmäßig in eine Selbsthilfegruppe gehen, dauerhaft abstinent leben.

Der Kreuzbund und die berufliche Suchthilfe der Caritas mit ihren über 270 Beratungsstellen, den derzeit 35 Fachkliniken, nie-

drigschweligen Angeboten sowie den unterschiedlichen Arbeits- und Wohnprojekten sind in vielfältiger Form miteinander verbunden und arbeiten eng zusammen.

3. Wirksamkeit der Suchthilfe

Entgegen der häufig vertretenen Meinung, Suchthilfe sei nicht erfolgreich, weist sie beeindruckende Erfolgszahlen auf. 80 % der ambulanten und 92 % der stationären Therapien, die planmäßig beendet werden,³ sind erfolgreich. Diese Erfolgsquote ist so hoch wie bei keiner anderen chronischen Erkrankung. Erfolge sind die Verbesserung der seelischen, physischen und sozialen Lebenslage sowie die Abstinenz.

Um die Wirksamkeit der Hilfen zu erhöhen, kooperiert die Suchthilfe mit allen angrenzenden Arbeitsfeldern, um den suchtkranken Menschen effektiv zu unterstützen.

Neben der Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen zeigen sich erhebliche volkswirtschaftliche Effekte wie die Verminderung von Arbeitsunfähigkeitstagen, die Verlängerung der Berufstätigkeit, weniger Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte, weniger Pflegebedarf und mehr Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben.

Trotz des gut ausgebauten Hilfesystems und der Vernetzung gilt es, sich neuen Herausforderungen zu stellen wie etwa:

- zunehmend jüngeren sowie älteren suchtkranken Menschen,
- Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Süchten,

³ Etwa 60 % der ambulanten und etwa 70 % der stationären Therapien werden planmäßig beendet.

- Menschen in Armut, die suchtkrank geworden sind, aber auch
- Menschen, die neue Suchtmuster und Konsumformen zeigen.

4. Auswirkungen der Suchterkrankung

Sucht ist eine bio-psycho-soziale Erkrankung, die weitreichende Auswirkungen in allen Lebensbereichen nach sich zieht. Die Abhängigkeit entwickelt sich oft schleichend über riskante und missbräuchliche Formen des Konsums, die längerfristig zu einem Gewöhnungseffekt führen. Je nach Suchtstoff und Abhängigkeitsmuster treten verschieden stark ausgeprägte psychische und physische Symptome sowie soziale Auswirkungen auf.

Körperliche Abhängigkeit

Die körperliche Abhängigkeit ist das Ergebnis eines physischen Gewöhnungseffektes nach längerem schädlichen Konsum: Der Körper gewinnt die Fähigkeit, zunehmende Mengen des Suchtmittels zu „vertragen“, die Suchtstoffe werden schneller abgebaut und können rascher aufgenommen werden. Dies führt zur ständigen Dosissteigerung, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Die körperliche Abhängigkeit zeigt sich insbesondere in den Entzugserscheinungen, die bei dem Versuch auftreten, mit dem Konsum aufzuhören oder ihn zu reduzieren. Der Körper „braucht“ inzwischen die Droge. War der Konsumbeginn zunächst meist mit angenehmen bis euphorischen Erfahrungen und Gefühlen (z. B. hinsichtlich der Kontaktfähigkeit, Stimmungsaufhellung, Leistungssteigerung) verbunden, können diese „positiven“ Effekte im Verlauf der Entwicklung der Abhängigkeit trotz Dosissteigerung immer weniger erreicht werden. An ihre Stelle treten dann vermehrt Gefühle der Leere, der Apathie und Depression.

Begleiterscheinungen der chronischen Abhängigkeit sind oft vielfältige somatische und neurologische Störungen, die ihrerseits in massiven körperlichen und neurologischen Folgeschädigungen münden können. Zu Beginn der Abhängigkeit glauben viele Abhängige zunächst noch, den Konsum kontrollieren zu können und es werden immer wieder Versuche unternommen, mit dem Konsum aufzuhören oder ihn zu reduzieren. Auch wenn dies eine Zeitlang unter höchster Anstrengung gelingen mag, wird der Konsum meist innerhalb kurzer Zeit wieder aufgenommen, oft in gesteigerter Form.

Psychische Abhängigkeit

Die psychische Abhängigkeit ist häufig mit starken Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens verbunden: das Interesse an der Familie und an Freunden nimmt ab; langjährige Hobbys werden nicht mehr gepflegt. Stimmungsschwankungen machen das Verhalten für Außenstehende immer schwerer einschätzbar. Die Anforderungen in der Familie und am Arbeitsplatz können zunehmend nicht mehr bewältigt werden. Viele Betroffene leiden an lang andauernden depressiven Verstimmungen, die von Selbstmordgedanken begleitet sein können. Die Häufigkeit von Suiziden ist bei suchtkranken Menschen deshalb besonders hoch.

Mit dem Scheitern der o. g. Kontrollversuche sind meist zunehmende Schuld- und Schamgefühle verbunden. Der Konsum wird dann heruntergespielt, geleugnet und verheimlicht. Suchtkranke Menschen erleben diesen verhängnisvollen Kreislauf aus Versprechen und ernst gemeinten Versuchen „aufzuhören“ einerseits und der wiederholten Erfahrung, den Konsum nicht mehr steuern zu können andererseits, als zunehmendes Versagen, das nach außen jedoch lange Zeit nicht eingestanden werden kann (vgl. hierzu Kapitel II).

Auswirkungen auf den sozialen Nahraum

Die Abhängigkeit eines Menschen wirkt sich auch auf die Personen in seiner Umgebung aus, insbesondere auf die nächsten Familienmitglieder. Davon sind in Deutschland ca. 8 Millionen Menschen betroffen.

Das Leben vieler *erwachsener Angehöriger* ist durch die Abhängigkeit eines Familienmitglieds stark beeinträchtigt; oftmals leiden sie zunächst über längere Zeit stärker unter der Krankheit als die Betroffenen selbst. Neben die Sorge um die Gesundheit und das Leben des oder der Betroffenen treten zunehmend die Belastungen durch die ständige Überforderung z. B. in der Kindererziehung, im Haushalt, in der Aufrechterhaltung eines „funktionierenden“ Familienlebens, durch finanzielle Probleme und zunehmende Vereinsamung. Die langandauernde Überlastung hat oft körperliche und psychische Beeinträchtigungen zur Folge. Auch Angehörige schämen sich und verheimlichen ihr Leid, versuchen unter hohem Einsatz über lange Zeit, den Anschein der Normalität nach außen zu wahren. Auf diese Weise sind ihr Verhalten und ihr Selbstwertgefühl in hohem Maße mit dem der suchtkranken Partnerin, des suchtkranken Partners oder des suchtkranken Kindes verbunden. Dabei wiederholen viele Angehörige ein Beziehungsmuster, das sie aus ihrer eigenen Kindheit kennen, indem sie selbst wieder eine(n) suchtkranke(n) Partnerin oder Partner haben.

Insbesondere *Kinder* erfahren durch die Abhängigkeit eines Elternteils ein hohes Maß an Unsicherheit und einen Mangel an Unterstützung und Schutz. Sie erleben oft die zunehmenden Auseinandersetzungen zwischen den Eltern und die wiederholten Androhungen, dass sich die Eltern trennen. Infolge der belasteten Lebenssituation übernehmen sie häufig eine nicht altersgemäße Verantwortung für Eltern oder Geschwister und stellen eigene Bedürfnisse zurück. Ihr Umgang mit der belastenden Fa-

miliensituation ist entweder von Überanpassung oder besonders exponierten Verhaltensweisen geprägt: sie schlüpfen in die Rolle des „Helden“, des „Sündenbocks“ oder des „Clowns“, um sich durch aktives Handeln, Rebellion, ängstliche Anpassung oder spaßige Ablenkung selbst zu schützen. Häufig geben sie sich eine (Mit-)Schuld an der elterlichen Suchterkrankung.

In Deutschland wächst etwa jedes achte Kind in einer durch Sucht oder Suchtmittelmissbrauch belasteten Familie auf. Jedes dritte Kind aus suchtbelasteten Familien entwickelt selbst im Erwachsenenalter eine Suchtproblematik, ca. ein Drittel der Kinder zeigt psychische Störungen wie Ängste oder Depressionen.

Im *Freundes-, Bekannten- oder Kollegenkreis* wird der schädliche oder auch abhängige Konsum oft lange toleriert. Sobald die Abhängigkeit aber nicht mehr zu verbergen ist, die Schädigungen offensichtlich werden oder Behandlung unumgänglich erscheint, ziehen sich diese Personen jedoch oft zurück. Andere Freunde oder Kollegen versuchen zunächst, den Betroffenen auf seinen schädlichen Konsum oder sein Suchtproblem anzusprechen und/oder ihn zu einer Veränderung seines Konsumverhaltens oder zur Inanspruchnahme ärztlicher oder therapeutischer Hilfe zu motivieren. Sie machen möglicherweise wiederholt die Erfahrung, dass Betroffene ihr Konsumverhalten dann bagatellisieren oder auch leugnen. Freunde, Familienangehörige oder Arbeitskollegen wenden sich nach einem langjährigen Krankheitsverlauf und vielen Versuchen der Unterstützung häufig resigniert von den Betroffenen ab.

Soziale Aspekte

Suchterkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet und betreffen alle Bevölkerungsschichten und Altersgruppen. Dennoch kommt sozialen und ökonomischen Faktoren eine große Be-

deutung zu. So stellen Arbeitslosigkeit, Armut und soziale Ausgrenzung hohe Risiken dar, Tabak, Alkohol oder Cannabis, Kokain, Heroin oder Ecstasy exzessiv zu konsumieren und davon abhängig zu werden. Sie tragen auch dazu bei, dass der Konsum beibehalten und nicht verändert wird. Arbeitslosigkeit und berufliche Perspektivlosigkeit erhöhen nachweislich das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln, insbesondere wenn weitere biographische und/oder familiäre Belastungen hinzukommen. Im Gegenzug ist eine stabile soziale Einbindung in Familie, Beruf, Freundeskreis und/oder Selbsthilfe ein stabilisierender Faktor, auch im Hinblick auf eine abstinente Lebensweise nach abgeschlossener Behandlung. Allerdings sieht die Lebenslage vieler Suchtkranker anders aus: Suchtkranke sind überdurchschnittlich oft alleinlebend, haben berufliche und finanzielle Schwierigkeiten, sind mit weiteren Krankheiten und mit familiären Problemen belastet (früher Tod eines nahen Angehörigen, Heimunterbringung, Gewalterfahrungen, mangelnde Unterstützung und Wertschätzung, schulische Probleme). Häufig sind Suchtkranke vereinsamt und haben entweder kaum noch zwischenmenschliche Beziehungen mehr oder nur noch zu anderen Abhängigen.

Isolation und Ausgrenzung machen es suchtkranken Menschen oft noch schwerer, sich offen mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen und wirksame Hilfen in Anspruch zu nehmen. Die verminderte Leistungsfähigkeit, häufigere Fehltage und zunehmend unangemessenes Verhalten gefährden häufig den Arbeitsplatz. Werden vonseiten des Arbeitgebers hier rasche und konstruktive Interventionen eingeleitet, ist der Erhalt des Arbeitsplatzes oft eine wirksame Motivation zur Aufnahme einer Behandlung. Nach wie vor führt eine unbehandelte Suchterkrankung aber noch häufig zu Arbeitslosigkeit, finanziellen Problemen und schließlich zur Überschuldung. Suchtkranke sind weit höher als der Durchschnitt der Bevölkerung von (Langzeit-)Arbeitslosigkeit

und Schulden betroffen und erleben dadurch einen sozialen und gesellschaftlichen Abstieg.

Insbesondere Abhängige, deren Erkrankung zu einem beruflichen und sozialen Abstieg geführt hat, erleben im Alltag vielfältige Formen der Ablehnung und der offenen oder verdeckten Diskriminierung.

5. Aufgaben gesellschaftlicher Gestaltung

Suchtmittel sind seit Jahrtausenden Bestandteil menschlicher Kultur und wurden zum rituellen Gebrauch oder zur Heilung verwendet. Die Abhängigkeit und die massenhafte Suchtkrankheit ist ein Phänomen der Neuzeit, in der der Konsum aus den ritualisierten Kontexten gelöst wurde und schließlich preiswerte Suchtmittel in großen Mengen zur Verfügung standen. In unserer modernen Konsumgesellschaft besteht ein großer Markt von Genuss- und Rauschmitteln mit psychoaktiven Eigenschaften.

Die Diskussion über die Regelung des Umgangs mit Suchtstoffen vollzieht sich dabei in einem widersprüchlichen Spannungsfeld von Anforderungen, Zielsetzungen und Interessen: Den Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit breiter Bevölkerungskreise und zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor gesundheitsgefährdenden Stoffen und Angeboten sowie der Verpflichtung zur Bereitstellung des bestmöglichen Hilfeangebots für Suchtkranke stehen tradierte und sich weiterentwickelnde Konsummuster in der Bevölkerung und nicht zuletzt wirtschaftliche Interessen legaler Anbieter gegenüber. So verursachen die Abhängigkeit und aus dem Konsum resultierende Erkrankungen z. B. hohe Kosten im Gesundheitssystem, gleichzeitig werden über Steuern auf Tabak und Alkoholerzeugnisse oder auf gewerbliches Glückspiel hohe Einnahmen erzielt. Das Spannungsfeld erforderlicher Schutzmaßnahmen auf der einen Seite und

der Anspruch auf Selbstbestimmung auf der anderen Seite sind weder durch umfassende Verbote noch durch völlige Liberalisierung lösbar. Hier bedarf es eines gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses und eines fundierten Abwägens der jeweiligen Zielsetzungen und der zur Verfügung stehenden Maßnahmen.

Eine Reihe von Substanzen unterliegt wegen der besonderen gesundheitlichen Risiken mehr oder weniger strengen Werbe-, Handels- und Erwerbsbeschränkungen bzw. -verboten. Dies betrifft z. B. Beschränkungen des Alkohol- und Tabakkonsums von Minderjährigen (Jugendschutzgesetz) sowie die strikten Beschränkungen des Handels, Erwerbs und Besitzes von Betäubungsmitteln bis hin zu deren völligem Verkehrsverbot (Betäubungsmittelgesetz). Auch wenn die schädlichen Auswirkungen des Alkohol- und insbesondere des Tabakkonsums in den letzten Jahren in Politik und Gesellschaft verstärkt problematisiert worden sind (und der Tabakkonsum in öffentlichen Räumen verboten worden ist), wird deren Konsum im Vergleich zu illegalen Drogen nach wie vor eher verharmlost bzw. gesellschaftlich in Kauf genommen.

Die Möglichkeit, beim Besitz und Erwerb einer geringen Menge illegaler Suchtmittel zum Eigengebrauch von einer Strafe abzusehen, stellt ein wichtiges Element eines umfassenden und menschenwürdigen Hilfe- und Behandlungsansatzes dar (Entkriminalisierung von Konsumenten und Abhängigen). Dies bedeutet, dass staatliche Kontrolle und Repression sich jeweils auf die Anbieterseite konzentrieren müssen.

Im Hinblick auf den Umgang mit Suchtgefährdeten und Abhängigen muss gewährleistet sein, dass

- sie niedrighschwellige Zugänge zu den vielfältigen Möglichkeiten des Hilfesystems haben,

- Beratung und Behandlung auch wiederholt und mehrfach zur Verfügung stehen,
- Hilfemaßnahmen nicht auf Personen mit sogenannter günstiger Prognose reduziert werden,
- der Ansatz „Therapie statt Strafe“ ohne bürokratische und zu hohe rechtliche Hürden eine Möglichkeit zur Behandlung eröffnet,
- neben der spezifischen Beratung und Behandlung auch die erforderlichen Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Teilhabe vorhanden sind und bedarfsgerecht auf die Lebenslage suchtkranker Menschen hin ausgerichtet werden.

II. Der Mensch in der Abhängigkeit – anthropologische und moraltheologische Überlegungen

I. Scham-, Schuld- und Versagensgefühle des suchtkranken Menschen

Bei der Suchterkrankung fällt auf, wie vehement und hartnäckig nach Schuld, Mitverschuldung und Mitverantwortung an der Entstehung und am Verlauf dieser Erkrankung gefragt wird – und zwar durch die Betroffenen selbst wie auch durch die unmittelbare Umgebung. Suchtkranke und Angehörige empfinden Scham und Beschämung, Schuld- und Versagensgefühle. Solche Gefühlslagen tragen maßgeblich dazu bei, dass suchtkranke Familien sich isolieren und sich häufig über einen langen Zeitraum scheuen, „ihr Problem“ öffentlich zu machen. Fehlende Krankheitseinsicht und quälende Scham- und Schuldgefühle verhindern die Offenheit für frühzeitige und nachhaltige Interventionen und Hilfen.

Moralische Appelle, gute und gutgemeinte Ermahnungen, eindringliche Vorhaltungen werden zwar bei Suchtkranken im günstigen Fall zu erhöhten Willensanstrengungen führen, können jedoch letztlich kaum dazu beitragen, den Suchtmittelkonsum bzw. die Suchtkrankheit in den Griff zu bekommen. Die Schuld- und Schamgefühle werden im Gegenteil umso stärker werden, je häufiger Suchtkranke diesen Ermahnungen nicht entsprechen und an dem eigenen guten Willen und Vorsatz scheitern. Dadurch aber geraten sie noch tiefer in die Isolation und in einen Teufelskreis aus Scham- und Schuldgefühlen.

2. Bedingte Freiheit

Dass solche Erfahrungen des Gefangenseins und der Selbstisolation dem Menschen wesentypisch sind, hat bereits der Apostel Paulus in einer Sequenz seines Römerbriefes mit Blick auf sein eigenes Leben beschrieben: „Denn ich begreife mein Handeln nicht. Ich tue nicht das, was ich will, sondern das, was ich hasse“ (*Röm* 7,15). Jede menschliche Freiheit – auch jede menschliche Willens- und Entscheidungsfreiheit – ist bedingt, nie absolut. Äußere oder innere Umstände können dazu führen, dass „ich nicht das tue, was ich will, sondern das, was ich hasse“. Obschon vom Schöpfergott mit der „Freiheit der Kinder Gottes“ ausgestattet (*Röm* 8,21), als sein Ebenbild geschaffen und über die Schöpfung gestellt (vgl. *Gen* 1,27 f.), steht der Mensch immer in der Gefahr unfrei zu werden.

Im Hinblick auf das Phänomen der Abhängigkeit von Suchtmitteln stellt sich diese anthropologisch-theologische Sichtweise noch komplizierter und komplexer dar, weil es nicht nur den Menschen als Verursacher im klassischen Sinne gibt, sondern immer auch Wirkfaktoren und Ursachen, die außerhalb des eigenen menschlichen Handlungs- und Entscheidungsspielraums liegen. Nicht nur die Freiheit, auch die Verantwortung ist bei Suchtkranken niemals absolut; sie sind immer auch in einem besonderen Maße beeinträchtigt.

3. Abwehrverhalten und Widerstände von Suchtkranken und Angehörigen

Es scheint so zu sein, dass dem Menschen die Akzeptanz einer noch so schweren Schuld leichter fällt, als sich als abhängig und damit eingeschränkt oder überhaupt nicht mehr „kontrollfähig“ zu akzeptieren. Im Falle der Schuld spürt er, trotz eines noch so

schuldhaften Verhaltens, immer noch ein in Freiheit bzw. Verantwortlichkeit Handelnder zu sein. Er kann für das, was er angerichtet hat, „gerade stehen“ und „hängt“ nicht an einem toten Ding, das ihn beherrscht. Die Abhängigkeit von einem Suchtmittel zu erkennen, anzunehmen und schließlich die nötigen Konsequenzen daraus zu ziehen (z. B. eine Therapie zu beginnen oder eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen), bedeutet dagegen die Aufgabe des Kampfes, der Stärkere sein zu wollen, die Kapitulation vor dem Suchtmittel, das sich als stärker erwiesen hat. Geradezu unbewusst, instinkthaft und intuitiv wehrt der Mensch sich gegen eine solche Abhängigkeit, weil sie ihm Wesentliches raubt, seine Freiheit und Selbstbestimmung.

Angehörige von Suchtkranken erleben diese Mechanismen und Prozesse ähnlich: Sie fühlen sich schuldig und mitverantwortlich für all die „schlimmen Dinge“ und Vorfälle, die als Folge und im Verlauf der Sucht des oder der Betroffenen geschehen. Unbewusst übernehmen sie häufig sogar die Verantwortung für den suchtkranken Angehörigen und vertuschen, verheimlichen und entschuldigen an seiner Stelle. Angesichts eigener, meist vergeblicher Interventions- und Korrekturversuche entwickeln sich auch bei Angehörigen Selbstvorwürfe, Schuld- und Schamgefühle. Außenstehende erfahren oft erst relativ spät von der Suchtproblematik einer Familie, weil alle Familienmitglieder darauf bedacht sind, nach außen den Schein zu wahren und das „Familiengeheimnis“ zu hüten.

4. Verhängnisvoller Rollentausch

In der Sucht erfolgt eine Umkehrung des Existenzgrundes des Menschen. Es ereignet sich langsam und unmerklich ein verhängnisvoller Rollentausch.

Der Mensch kann in seiner Freiheit die Dinge, die ihn umgeben, erkennen und zu seinem Wohl und Nutzen gebrauchen. Er kann sie auch in seiner Freiheit missbrauchen. Im Verhältnis zu den Dingen versteht er sich jedenfalls als das Wesen, das „über“ ihnen steht. Der suchtkranke Mensch verliert hingegen wenigstens partiell diese Rolle. Die Suchtmittel unterwerfen ihn; er steht nicht mehr über den Dingen, damit auch nicht mehr über dem Suchtmittel, sondern ist abhängig. Gegen seinen Willen wird er zum „Sklaven“ z. B. des Alkohols und verliert mehr und mehr seine Freiheit. Aus einem vorher weitgehend selbstbestimmten Menschen wird so – in bestimmter Hinsicht – nach und nach eine abhängige (ab-hängende) unfreie „Marionette“, die vom Suchtmittel geführt wird. Statt initiativ zu agieren, kann er oft nur noch reagieren. Statt sich frei zu entscheiden, ist er gezwungen, sich – zuletzt fast pausenlos – gegen seine eigentliche Absicht zu verhalten. Der Wille und Vorsatz „Ich höre auf zu trinken ...“ ist zwar durchweg ernst gemeint, jedoch aufgrund der in Gang gekommenen Dynamik der Abhängigkeit nicht mehr zu verwirklichen. Dieser suchtbedingte Rollentausch trifft den Menschen tief in seiner Personmitte. Es ist, als würde ihm mit seiner Entscheidungsfreiheit ein wesentlicher Teil seiner Würde genommen.

Eine unausrottbare Sehnsucht nach der Realisierung seines Wesens und seiner Selbstverwirklichung und -erfüllung ist im Menschen lebendig und er wehrt sich intuitiv gegen alles, was seinem Wesen und seiner Bestimmung widerspricht. Die Schuld- und Schamgefühle des suchtkranken Menschen stellen auch eine solche unbewusste Abwehrreaktion gegen die durch seine Sucht erfolgte Fremdbestimmung dar. Denn solange ein Mensch sich schuldig fühlt und sich selbst anklagt, geht er subjektiv davon aus, dass er für alles, was geschieht und geschehen ist, die Verantwortung übernehmen kann, er alles „im Griff“ hat. Die Möglichkeit eines kontrollierten Umgangs mit dem Suchtmittel

scheint ihm immer noch möglich zu sein. Seine Rechtfertigungsversuche und die freiwillig auferlegten Abstinenzphasen bestärken ihn in dieser irrigen Meinung. Er braucht ja nicht zu konsumieren! Zugleich verhindern seine *Schuld*gefühle jedoch das „erlösende“ Eingeständnis, suchtkrank zu sein. Sie ersparen dem suchtkranken Menschen, sich selbst in seiner Unfreiheit sehen und akzeptieren zu müssen. Seine Schuldgefühle gaukeln ihm vor, er sei gar nicht abhängig; er sei vielmehr im Umgang mit dem Suchtmittel noch frei, hätte eigentlich alles noch „im Griff“ und „unter Kontrolle“.

Es liegt auf der Hand, dass gerade die Schuldgefühle und das daraus resultierende ständige Bemühen, im Umgang mit dem Suchtmittel klarzukommen und nicht zu versagen, die zu einer Behandlungsbereitschaft zwingend erforderliche Akzeptanz der Suchtkrankheit behindert.

5. „Erlösung“ und wiedergewonnene Freiheit

Sobald es jedoch einem suchtkranken Menschen gelingt, seine Abhängigkeit als Krankheit anzunehmen, wird er sich auch für die Annahme von Hilfe öffnen. Ganz allmählich wird er wieder in die Lage kommen, frei und selbstverantwortlich leben zu können. Er wird die Frage nach dem Sinn und Wert seines Lebens neu stellen und auch neu beantworten lernen. Vielleicht wird er Werte wiederentdecken, die lange Zeit verschüttet waren. Und – er wird fähig werden, mit klarem „nüchternem“ Kopf und Geist neue Lebensperspektiven zu entwickeln und Glück und Zufriedenheit zu finden.

Ein solcher Neuanfang ist für viele Suchtkranke mit echter Umkehr verbunden, indem selbst religiöse Begriffe wie „Erlösung“ oder „Neugeburt“ bemüht werden. Manche feiern den Tag der wiedergewonnenen Freiheit, den ersten Tag der Abstinenz, als

„Geburtstag“. Ein solcher Neuanfang ist dann besonders gut möglich, wenn Verletzungen heilen und liebende Menschen die Hand zur Versöhnung reichen. Nicht selten wird nach einem erfolgreich gemeinsam durchlebten Genesungsprozess trotz vieler (vergänger) Krisen und Enttäuschungen der Wert und die Bedeutung des familiären Zusammenhalts neu entdeckt.

III. Anforderungen an pastorales Handeln

I. Situationsanalyse

Suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen sind als besondere Zielgruppen in der Seelsorge bis heute weitgehend nicht entdeckt und bislang nur unzureichend eingebunden. Gründe für das „Übersehen“ der Suchtkranken sind sowohl die Unkenntnis als auch die Tabuisierung der Suchterkrankung auch in der Seelsorge. In den letzten Jahren hat sich im Umgang mit und im Verständnis für suchtkranke Menschen und Angehörige sicher schon einiges verbessert, dennoch bleiben Zweifel, Ängste und Unsicherheiten.

Die Grundformen des Umgangs der Kirche mit Menschen in ihren je spezifischen Lebensumständen, das Sehen, Hinhören und Verstehenlernen, formulierte die Kirche auf dem Zweiten Vatikanischen Konzil vor 50 Jahren prägnant in der Pastoralkonstitution *Gaudium et spes*:

„Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi. Und es gibt nichts wahrhaft Menschliches, das nicht in ihrem Herzen Widerhall fände ...“ (GS 1).

... Vor dem Auge des Konzils „steht die Welt der ganzen Menschheitsfamilie mit der Gesamtheit der Wirklichkeiten, in denen sie lebt ...“ (GS 2).

„... Der eine und ganze Mensch, mit Leib und Seele, Herz und Gewissen, Vernunft und Willen steht im Mittelpunkt ...“ (GS 3).

„... Es gilt also, die Welt, in der wir leben, ihre Erwartungen, Bestrebungen und ihren oft dramatischen Charakter zu erfassen und zu verstehen ...“ (GS 4).

Wenige Jahre später bestätigte die Synode der Bistümer der Bundesrepublik Deutschland im Beschluss „Unsere Hoffnung“ ihre Zielrichtung und diesen Weg.

Das Bemühen der Kirche, ihrer Verantwortlichen sowie der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Umsetzung und Verwirklichung dieser Grundlinien ist sehr groß, aber es ist noch nicht in allen Bereichen gelungen. Zu diesen Bereichen gehört auch der Umgang mit suchtkranken Menschen und Angehörigen in der Pastoral. In der Konsequenz des Zweiten Vatikanischen Konzils und der Synode sollten aber gerade diese Menschen in ihrem Versagen, mit ihren Schuld- und Schamgefühlen, mit ihren Selbstvorwürfen und Unsicherheiten, in ihrer Angst und Trauer, in ihrer Vereinsamung und Resignation ernst genommen werden und in der „alltäglichen Seelsorge“ Hilfe und Unterstützung finden. Deshalb muss auch heute wieder neu nach den konkreten Anforderungen an pastorales Handeln mit Blick auf den genannten Personenkreis gefragt werden.

2. Das Gottesbild in der Suchtkrankenpastoral

Ein sehr hilfreiches Gottesverständnis für die pastorale Begleitung Suchtkranker ist das Bild von „Gott mit uns“. Die in der Seelsorge Tätigen können hierbei dem Beispiel Christi folgen. Ihr Handeln und Tun, ihre Begegnung mit den Betroffenen ist geprägt von der Maxime: „Gib niemals einen Menschen auf!“ Gegen das Moralisieren über die Suchtkrankheit hilft vor allem die Einsicht, dass die Sucht eine Krankheit ist. Diese führt zu

Wertschätzung und damit zu offener, verständnisvoller und hilfreicher Begegnung mit den Betroffenen.

Eine sehr häufig von suchtkranken Menschen und deren Angehörigen gestellte Frage ist neben der nach dem Sinn des Lebens die Frage nach der helfenden und heilenden Gegenwart Gottes: „Rettet Gott mich aus der Sucht?“ Diese Frage wird häufig auch von nicht kirchlich gebundenen und nicht religiös orientierten Betroffenen und Angehörigen gestellt. Eine zufriedenstellende, helfende Antwort auf diese Frage zu geben, ist eine weitere große Herausforderung für bzw. Anforderung an pastorales Handeln in der Suchtkrankenpastoral.

„Rettet Gott mich aus der Sucht?“ Auf diese Frage gibt es letztlich keine nur durch Worte zu vermittelnde Antwort. Die Seelsorgerin oder der Seelsorger kann den Betroffenen und Angehörigen im begleitenden Gespräch zu der Erfahrung und Erkenntnis hinführen, dass Gott ein „menschlicher“, ein liebender Gott ist, der nicht will, dass Menschen an der Sucht zugrunde gehen. Seelsorge kann so dazu beitragen, der oder dem Betroffenen die menschlich-liebende Annahme durch Gott spürbar zu machen. Denn dieses Gefühl des „An-und-ernst-genommen-Werdens“, des „Nicht-fallen-gelassen-Werdens“, der Möglichkeit einer zweiten Chance, kann die Annahme der Suchterkrankung unterstützen und zu einem verständnisvolleren Umgang der oder des Betroffenen mit sich selbst führen.

Im seelsorglichen Gespräch sollte Suchtkranken vermittelt werden, dass Gott uns Menschen liebt, so, wie wir sind, in jedem Augenblick, in jeder Situation. Gott liebt uns nicht, obwohl er weiß, was mit uns los ist; er liebt uns, gerade weil er das weiß (vgl. *Ps* 139). Gott kennt und versteht uns selbst da und in dem, wo wir uns selbst nicht verstehen und wo wir nicht begreifen, was in und mit uns passiert (vgl. *Röm* 7,15 ff.). Gott durchschaut in uns auch die verworrenen Kräfte und Gefühle. Wer

davon überzeugt ist, von Gott geliebt zu werden, der gewinnt auch die Gewissheit, dass in ihm und in seinem Leben nichts ist und sein kann, das Gott nicht schon längst erkannt, durchschaut, bejaht hätte und in ihm liebt. So kann die oder der Betroffene Kraft aus dem Glauben empfangen für die notwendigen Schritte zur Veränderung und Heilung.

Die Frage, ob Gott aus der Sucht rettet, ist letztlich nicht nur eine Frage und ein Hilferuf betroffener suchtkranker Menschen. Sie ist eine Herausforderung an Kirche und Seelsorge, sich auf die Welt von heute und die in ihr lebenden Menschen wertschätzend und kritisch einzulassen. Gerade die Zuwendung zu den Menschen, die sich schon selbst aufgegeben haben und die aus Scham ihre Würde nicht mehr zu erkennen vermögen, stellt eine zentrale Herausforderung an pastorales Handeln dar.

3. Seelsorglich-spirituelle Begleitung Suchtkranker und Angehöriger

Die Anforderungen an pastorales Handeln und die damit verbundenen Herausforderungen für die Seelsorge in der Suchtkrankenpastoral liegen in der Einladung Jesu begründet: „Kommt alle zu mir, die ihr euch plagt und schwere Lasten zu tragen habt. Ich werde euch Ruhe verschaffen!“ (Mt 11,28).

Seelsorge geschieht überall dort, wo Christinnen und Christen für ihre Mitmenschen erfahrbar machen, dass sich Gott den Menschen zugewandt hat; dass Er sie annimmt und bejaht, so wie sie sind; dass Er sie bedingungslos liebt. Seelsorge richtet sich an den ganzen Menschen in seiner Leib-Seele-Geist-Einheit. Es geht um das Heil und die Rettung des ganzen Menschen. Die Frage, ob ein Suchtkranker oder Angehöriger katholisch ist, ist dabei sekundär.

Aus dem bisher Ausgeführten ergeben sich konkrete und praktische Handlungs- und Orientierungspunkte für die pastorale Arbeit:

– *Zugehen auf die Suchtkranken und Angehörigen*

Suchtkranke Menschen suchen in der Regel nicht von sich aus und nicht sofort Rat und Hilfe bei Seelsorgerinnen und Seelsorgern bzw. im kirchlichen Bereich. Zu Krankheitsbild und Krankheitsverlauf gehört, dass sich die oder der Betroffene eher beschämt und resignierend zurückzieht. Auch Angehörigen von suchtkranken Menschen geht es ähnlich, obwohl sie vielleicht eher den Mut haben oder aus ihrer Ohnmacht und Verzweiflung heraus früher den Kontakt zur Seelsorge suchen.

Pastoral Tätige empfinden häufig Unsicherheit und Hilflosigkeit in der Begegnung mit Suchtkranken und Angehörigen, zumal deren Motive, mit der Seelsorgerin oder dem Seelsorger zu sprechen, gerade am Anfang häufig „diffus“ sind. Gerade Angehörige, die mit der Seelsorge in Kontakt treten, stehen anfangs stark unter Druck und thematisieren die eigene Ratlosigkeit und Ohnmacht. In der Suchtkrankenpastoral ist es deshalb notwendig, behutsam und einfühlsam auf Suchtkranke und Angehörige zuzugehen, sie dort abzuholen, wo sie stehen.

– *Durchbrechen von „Tabu-Zonen“*

Sucht ist in unserer Gesellschaft oft ein Tabuthema. Unkenntnis der Krankheit und ihres Verlaufs, Angst und Unsicherheit, die Scheu davor, den Suchtkranken zu nahe zu treten, sind Gründe, die dazu führen, Suchtkranke abzustempeln und sich zu distanzieren. Seelsorgerinnen und Seelsorger müssen diese „Tabu-Zone“ durchbrechen und auf die betroffenen Menschen und Angehörigen zugehen und sich für sie einsetzen.

– *Zuhören mit Wertschätzung und Geduld*

Suchtkranke zögern oft sehr lange, bis sie sich öffnen können. Wenn sie es dann doch tun, bringen sie ihre ganze Not, ihre Verwundungen und ihre Sehnsüchte zum Ausdruck. Das gleicht einem Hilfeschrei, der von den Seelsorgerinnen und Seelsorgern gehört und ernst genommen werden muss. Dabei ist es wichtig, die Menschen erzählen zu lassen, ihnen geduldig, verständnisvoll und wertschätzend zuzuhören, sie nicht zu tadeln, zu korrigieren oder gar eines Besseren belehren zu wollen. Die Haltung Jesu gegenüber der Ehebrecherin und ihrer Ankläger (vgl. *Joh* 8,3–11) oder gegenüber der samaritanischen Frau am Jakobsbrunnen (vgl. *Joh* 4,7–26) sind hierbei hilfreiche Schriftbeispiele.

– *Verständnisvolle und heilende Haltung*

Seelsorge mit suchtkranken Menschen muss in ihrer Haltung und Sprache die richtige Balance finden. Sie kommen aus allen gesellschaftlichen Schichten und Milieus und sind unterschiedlichen Alters. Die Haltung und Sprache in der Seelsorge muss Verständnis und Klarheit vermitteln, sie darf nicht bedauernd und bemitleidend sein. Sie darf nicht verurteilen und beschämen, sondern sie muss vergebend und verständnisvoll, unbeirrt und positiv sein.

– *Unterstützung und Hilfe bei Versöhnung und Integration*

Eine sehr wichtige Aufgabe der Seelsorge ist es, die Versöhnung zwischen Paaren und Familien zu unterstützen, den gemeinsamen Dialog neu einzuüben und den Frieden in der Familie wieder herzustellen. Im Verlauf der Suchterkrankung brechen immer mehr soziale Kontakte ab und die Vereinsamung bzw. Isolation der Betroffenen nimmt stetig zu. Seelsorge hat hier die Aufga-

be, ihnen zu helfen, soziale Kontakte wieder aufzubauen. Dazu gehört es auch, die Menschen in den Gemeinden und pastoralen Großräumen zu sensibilisieren, auf suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen zuzugehen, ihnen das Gefühl der Zugehörigkeit zu vermitteln, und – soweit möglich und gewollt – in das Gemeindeleben zu integrieren. Auch Selbsthilfegruppen sollte in der Gemeinde eine Heimat gegeben werden.

4. Grenzen und Missverständnisse

Wenn ein suchtkranker Mensch sich aus eigenem Antrieb an eine Seelsorgerin oder einen Seelsorger wendet, dann ist ein solcher Gesprächswunsch häufig von Schuldgefühlen getragen. Zeigt der Suchtkranke dabei genügend Offenheit und wird der Gesprächswunsch als Ausdruck von Reue und Bußbereitschaft verstanden, ist die Seelsorgerin oder der Seelsorger schnell dazu geneigt, mit dem Suchtkranken über die Gründe sprechen zu wollen, die zum Suchtmittelmissbrauch geführt haben, in der nachvollziehbaren Absicht, die Ursachen zu beseitigen. Es wird dabei jedoch außer Acht gelassen, dass die Suchterkrankung im prozesshaften Verlauf ganz eigenen Gesetzen folgt, d. h. dass die Sucht auch nach einer Beseitigung der Gründe fortbesteht und wirksam bleibt. Bei der Betreuung des so Erkrankten könnte die Seelsorgerin oder der Seelsorger außerdem Gefahr laufen, bestärkt durch die subjektiven Schuldgefühle der Erkrankten, diese vorschnell zur Reue und zum Empfang des Bußsakramentes bewegen zu wollen. Von Schuld kann aber nur dort und in dem Maße gesprochen werden, wie ein Mensch fähig ist, frei zu entscheiden. Daher ist es sinnvoll, zunächst ein Gespräch über Freiheit und Verantwortung in der Sucht zu führen, um deutlich zu machen, dass ein suchtkranker Mensch in seiner Freiheit und damit in der Verantwortung für sein Handeln eingeschränkt ist.

Dabei darf die Sehnsucht des Betroffenen nach „Erlösendem“ jedoch nicht unterschätzt und außer Acht gelassen werden.⁴

Grundsätzlich ist in der Begleitung Suchtkranker und auch Angehöriger zu beachten, dass seelsorgliche Gespräche hilfreich sind, aber keine therapeutische Maßnahme darstellen und eine fachliche Beratung und Behandlung oder die Gruppengespräche in der Sucht-Selbsthilfe nicht ersetzen sollen und können.

Diese Differenzierung ist wichtig im Hinblick auf die Klarheit der Seelsorgerin oder des Seelsorgers über die eigene Rolle, insbesondere dann, wenn wiederholte Gespräche mit dem Suchtkranken oder auch Angehörigen über längere Zeit stattfinden. Wenn eine Suchtproblematik vorliegt, werden seelsorgliche Gespräche möglicherweise zu einer Entlastung und Ermutigung des Suchtkranken oder Angehörigen beitragen, die im besten Sinne den Weg in die Beratung und auch Behandlung erleichtern können. Durch den – offenen oder verdeckten – Anspruch, durch die Seelsorge auch die Suchtproblematik nachhaltig „mit zu verändern“, gerät jedoch auch die Seelsorgerin oder der Seelsorger in die Gefahr, sich selbst zu überfordern und schließlich – nach vielen „vergeblichen“ Hilfeversuchen – mit Enttäuschung oder Resignation zu reagieren.

Daher ist auch für die Seelsorgerin oder den Seelsorger die Klarheit über die eigene Rolle von großer Bedeutung, d. h. inwieweit er Suchtkranken und Angehörigen Unterstützung vermitteln kann und wo die Grenzen seiner seelsorglichen Begleitung liegen. Diese Klarheit kann möglicherweise auch dazu führen, dass sich die Seelsorgerin oder der Seelsorger gegen überzogene Erwartungen des Suchtkranken oder eines Angehörigen abgrenzen muss. Diese Abgrenzung kann durchaus konflikthaft

⁴ Vgl. Simone Bell-D’Avis, *Hilft Gott gegen Sucht? Eine fundamentaltheologische Fundierung der Suchtkrankenpastoral* (Münster 2005).

erlebt werden, da sie mit dem eigenen Anspruch, Menschen vorbehaltlos in ihrer Wirklichkeit anzunehmen und zu begleiten, in Widerstreit geraten kann. Eine solche Klarheit und Klarstellung darf jedoch nicht mit Härte oder unzureichender Unterstützung verwechselt werden. Sie gibt der Seelsorgerin oder dem Seelsorger vielmehr die Möglichkeit, in der seelsorglichen Beziehung authentisch zu bleiben. Die Haltung der Klarheit – in Verbindung mit Unterstützung und Ermutigung – kann daher zugleich dem Suchtkranken und Angehörigen die Chance eröffnen, ihre eigene Situation realistischer zu bewerten und neue Handlungsmöglichkeiten, aber auch -anforderungen zu erkennen und diese Wege zu gehen.

Die Frage nach der eigenen Klarheit der Seelsorgerin oder des Seelsorgers ist anspruchsvoll und wird sich im Verlauf der seelsorglichen Begleitung möglicherweise immer wieder stellen und beantwortet werden müssen. Daher ist es sinnvoll und ratsam, dass Seelsorger in der Suchtkrankenpastoral nicht als „Einzelkämpfer“ arbeiten, sondern sich vernetzen und mit der lokalen beruflichen Suchthilfe (z. B. Suchtberatungsstellen) und der Sucht-Selbsthilfe (Sucht-Selbsthilfegruppen vor Ort) zusammenarbeiten. Die Kenntnis der Hilfemöglichkeiten und auch persönliche Kontakte zu Vertreterinnen und Vertretern der beruflichen Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe ermöglichen der Seelsorgerin oder dem Seelsorger die Vermittlung von Suchtkranken und Angehörigen dorthin. Sie bieten darüber hinaus auch der Seelsorgerin oder dem Seelsorger die Möglichkeit, sich zu informieren und Unterstützung für sich selbst zu finden.

Auch für engagierte Mitglieder der Gemeinde, die sich von der bedrängenden Situation suchtbelasteter Familien ansprechen lassen und Hilfe anbieten, ist es wichtig, die möglichen Grenzen in der Unterstützung zu erkennen und zu akzeptieren. So kann es sein, dass die oder der Suchtkranke und/oder die Angehörigen auf Gesprächsangebote zunächst ablehnend reagieren, weil die

Bereitschaft zum offenen Ansprechen des Suchtproblems noch nicht vorhanden ist. Es kann auch vorkommen, dass die konkrete Hilfe zwar gerne angenommen wird, die HelferIn oder der Helfer sich aber zunehmend darin enttäuscht sehen, dass diese Hilfe zu Verhaltensänderungen führt. Auch für die Unterstützung durch Gemeindemitglieder gilt, dass die respektvolle und wertschätzende Begegnung und Begleitung eine Ermutigung sein kann. Sie trägt möglicherweise dazu bei, dass Suchtkranke und Angehörige Hoffnung schöpfen und sich offen mit ihrer Lebenssituation auseinandersetzen können. Eine Suchterkrankung bedarf jedoch der spezifischen Angebote der beruflichen Suchthilfe und der Sucht-Selbsthilfe, um nachhaltige Veränderungen zu erreichen. Zudem kann auch die intensivste Hilfe der oder dem Suchtkranken die eigene Entscheidung nicht abnehmen, sein Leben zu verändern und die notwendige fachliche Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen.

IV. Herausforderungen, Perspektiven, Selbstverpflichtungen

I. Zusammenarbeit zwischen Seelsorge, professioneller Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe

Suchtberatung/Therapie, Sucht-Selbsthilfe und Seelsorge haben sowohl gemeinsame als auch eigene Wurzeln und überwiegend je eigene wissenschaftliche und praktische Ansätze. Einerseits haben sie sich in spezifischen Kontexten mit je eigenem Auftrag, eigenen Zielgruppen und Rahmenbedingungen ausdifferenziert, andererseits sind sie Handlungsfelder christlich-caritativen Handelns und berühren bzw. überlappen sich bisweilen dort, wo es um die Unterstützung von Menschen in Notsituationen geht, wo der ratsuchende Mensch umfassend in seiner Lebenslage im Mittelpunkt steht und Akzeptanz und Unterstützung erfährt. So ließe sich Seelsorge zwar als „Glaubenshilfe“ oder als Begleitung bei der Suche nach „Heil“ charakterisieren und insofern von der Suchtberatung/Therapie und Sucht-Selbsthilfe als eine auf das psychische und soziale Wohl gerichtete „Lebenshilfe“ abheben. Doch derartige Nomenklaturen transportieren immer auch sehr begrenzte Vorstellungen von der konkreten Praxis und sind in dieser auch von begrenztem Wert. Betroffene suchen und benötigen Unterschiedliches: von der Entgiftung bis zum Zuspruch, von Verzeihung, von der Hoffnung, die das biblische Wort zu geben vermag, bis zu den neuen Perspektiven, die ein Entschuldungskonzept eröffnet; aber Betroffene teilen sich nicht ein in hier Glauben und dort Leben Suchende.

Der Kreuzbund als zahlenmäßig größter deutscher Sucht-Selbsthilfeverband und einziger im Bereich der katholischen Kirche

Deutschlands ist heute in vielen Pfarreien und Kirchengemeinden fest etabliert. Viele Gruppen des Kreuzbundes treffen sich meist wöchentlich in Pfarrzentren oder Räumen der örtlichen Caritas und nehmen am kirchlichen Leben teil. Die Zusammenarbeit mit der Suchtberatung/Therapie und Selbsthilfe eröffnet der gemeindlichen Seelsorge die Möglichkeit, ihre seelsorgerlichen Anliegen mit den Kompetenzen kirchlich-caritativer Beratung/Therapie und Selbsthilfe zu verknüpfen. Die berufliche Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe haben in der Zusammenarbeit die Chance, ihr kirchlich-caritatives Profil zu schärfen und zu vertiefen. Eine gute und tragfähige Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Akteuren setzt die Kenntnis und die Akzeptanz der jeweiligen Kompetenzen, Handlungsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen und auch Grenzen voraus. Je klarer und bewusster die jeweiligen Tätigkeitsfelder wahrgenommen werden, desto leichter können Verbindungen und Übergänge entwickelt und gemeinsame Ziele und Vorhaben umgesetzt werden.

Gemeindliche Seelsorge kann – über die seelsorgerlichen Gespräche mit einzelnen suchtkranken Menschen und Angehörigen hinaus – sehr viel dafür tun, Fragen des Suchtmittelkonsums und Suchtprobleme in der Gemeindearbeit zu thematisieren, auf diese Weise zu ihrer Enttabuisierung beizutragen und präventiv tätig zu werden. Dabei werden Fachleute aus den vielfältigen Bereichen der beruflichen Hilfen wie auch ehrenamtliche Betroffene aus der Selbsthilfe gerne bereit sein, mit Rat und Tat zur Seite zu stehen und die in der Seelsorge Tätigen zu unterstützen. Betroffene wie Angehörige können auf diese Weise früher ermutigt werden, ihr Schweigen und ihren sozialen Rückzug zu durchbrechen. Andere Gemeindemitglieder können frühzeitig sensibilisiert und in einem achtsamen Konsum unterstützt werden.

Möglichkeiten hierzu sind z. B.:

- Bereitstellung von gemeindlichen Räumen für Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbände, für Gruppentreffen oder für alkoholfreie Veranstaltungen,
- Unterstützung von und Mitwirkung in lokalen und bundesweiten Aktionen und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. der bundesweiten „Aktionswoche Alkohol“), durch Thematisierung in Gottesdiensten o. ä.,
- Einbindung von Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen in die kirchliche Jugendarbeit,
- Durchführung alkoholfreier Veranstaltungen,
- Thematisierung im Rahmen der Fastenzeit (z. B. Verzicht auf Alkohol oder Tabak).

Die Voraussetzung hierfür ist, dass Seelsorge, Suchtberatung und Sucht-Selbsthilfe den Kontakt aktiv suchen und pflegen und Ideen für gemeinsame Aktivitäten und Maßnahmen entwickeln.

2. „Verständnis und Klarheit“ – Zum Umgang von kirchlichen Arbeit-/ Dienstgebern mit Sucht

Durchschnittlich 7,5 % der Mitarbeitenden von Unternehmen haben einen riskanten oder gar schädlichen Suchtmittelkonsum. Ein problematischer Suchtmittelkonsum findet sich auch im kirchlich-caritativen Bereich. Wenn auch bis heute keine wissenschaftlich anerkannten Untersuchungen vorliegen, so belegen doch Expertenerfahrungen, dass der prozentuale Anteil der abhängigkeiterkrankten Angehörigen kirchlicher Berufe und des geistlichen Standes sogar signifikant höher ist als in der übrigen

Bevölkerung. Man rechnet mit bis zu 10 %. Dieser vergleichsweise höhere Anteil gilt auch für verschiedene andere Berufsgruppen, vor allem für jene, die ständig mit den Sorgen und Nöten anderer Menschen konfrontiert sind (z. B. Angehörige sozialer oder medizinischer Berufe) oder starkem berufsbedingtem Druck unterliegen (z. B. im Management, in der Politik oder im Medienbereich).

Es gehört zur Fürsorgepflicht des Arbeit- bzw. Dienstgebers, hier zu handeln. Am Beispiel der Alkoholabhängigkeit (das aber auf alle anderen Süchte und Abhängigkeiten übertragen werden kann), sollen Grundlinien aufgezeigt werden, wie Arbeit- und Dienstgeber (auch im kirchlich-caritativen Bereich) mit suchtkranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umgehen sollten.

Im Umgang mit suchtkranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind Verständnis, Klarheit und Konsequenz zugleich gefordert, ein Spagat, der vielleicht auf den ersten Blick nicht so leicht zu bewerkstelligen ist. Verständnis meint: Feinfühligkeit, Menschlichkeit, nicht kränkend, beleidigend oder herablassend oder gar diskriminierend, sondern verständnisvoll, helfend, unterstützend, wegweisend und sensibel. Klarheit meint: deutliches Benennen der erkennbaren Probleme am Arbeitsplatz, konsequentes Handeln, klare Konfrontation mit Fakten, klar strukturierte Vorgehensweise, die dem Betroffenen auch deutlich aufgezeigt werden muss.

Im persönlichen Erleben und emotionalen Erfassen erscheint die Abhängigkeitskrankheit – besonders Alkoholismus – sowohl bei den direkt Betroffenen wie auch bei den mitbetroffenen Angehörigen, Freunden und Vorgesetzten als Versagen, Willensschwäche und Charakterlabilität. Scham- und Schuldgefühle, die gerade bei religiös engagierten Menschen besonders vehement auftreten, sind in sich typische Krankheitsphänomene. Sie verleiten den Betroffenen zu starken willentlichen und religiös-asketi-

schen Bemühungen, die aber der Eigendynamik der Abhängigkeitserkrankung für gewöhnlich nicht gewachsen sind. „Sucht kann man nicht wegbeten“ – so hat es einmal ein suchtbetroffener, abstinent lebender Priester ausgedrückt. Vielmehr bedarf es fachlicher therapeutischer Hilfe, die in unterschiedlichen Formen auch in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Caritas angeboten werden. In der Nachsorge ist der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe, z. B. in der katholischen Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft des Kreuzbundes, hilfreich und geboten.

Abhängigkeitskranke kirchliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Priester und Ordensleute bedürfen deshalb eines adäquaten fachlichen Umgangs durch die verantwortlichen Menschen in der Leitung der (Erz-)Diözesen und der Orden. In den letzten Jahrzehnten hat sich in diesem Bereich bereits Vieles positiv entwickelt. Noch vor 30 Jahren wurden Betroffene häufig „versteckt“ und dorthin „versetzt“, wo sie augenscheinlich am wenigsten Schaden anrichten konnten. Mittlerweile haben viele (Erz-)Bistümer interne Ordnungen zur Suchtberatung und Begleitung auch der suchtkranken Priester und pastoralen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erlassen. In diesen „Suchtordnungen“ ist geregelt, wie gefährdete und abhängigkeitskranke Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begleitet und unterstützt werden sollen. Durch klar formulierte Schritte und Interventionen soll die betroffene Person zur Inanspruchnahme fachlicher Unterstützung motiviert werden und schließlich zu einem erfüllten Leben in zufriedener Abstinenz gelangen und so wieder dienstfähig werden. Vielfach bestehen auch erprobte Kooperationsstrukturen mit stationären Fachkliniken und anderen – auch ambulanten – Einrichtungen. Darüber hinaus gibt es einige diözesanübergreifende Selbsthilfe- und Gesprächsangebote für suchtkranke Priester und Ordensleute sowie jährlich stattfindende religiöse Besinnungstage.

Die Erlaubnis für alkoholranke Priester, mit unvergorenem Traubensaft zu zelebrieren, ist eine große Hilfe für den Betroffenen wie auch für den offenen Umgang mit der Abhängigkeitskrankheit in den Gemeinden und Gemeinschaften. Insgesamt ist ein offener Umgang mit der Krankheit von großer Bedeutung für die Betroffenen, um eine zufriedene Abstinenz leben zu können. Sie ist eine bleibende Aufgabe in den Gemeinden und Gemeinschaften, um die Akzeptanz der Krankheit zu erhöhen. Der Diskriminierung von Betroffenen wird damit wirksam entgegengewirkt.

Hilfreich und wünschenswert im Umgang mit suchtkranken Priestern und hauptamtlichen kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist generell eine „Gleichbehandlung“ mit anderen gleichermaßen Betroffenen. Dies würde ihnen und den Gemeinden die Akzeptanz von Alkoholismus als Krankheit erleichtern und gleichzeitig bedeuten, dass Betroffenen im kirchlichen Dienst die gleichen Behandlungsangebote eröffnet werden wie anderen Suchtkranken auch. Eine „Auszeit“ beispielsweise in Exerzitienhäusern kann zwar hilfreich sein, jedoch keine Therapie ersetzen.

Schließlich sei darauf hingewiesen, dass Personalverantwortliche in den (Erz-)Bistümern, in katholischen Organisationen und in den Orden aufgrund ihres Auftrags und ihrer Sendung eine besondere Verantwortung für die Abhängigkeitsproblematik und die von ihr Betroffenen tragen. Deshalb werden die Schaffung und der Ausbau von präventiven Maßnahmen – ähnlich wie durch den BDKJ schon initiiert – für geboten und erforderlich gehalten. Dies ist ein wichtiges Thema nicht nur im Hinblick auf kirchliche Mitarbeiter, sondern insbesondere für Verantwortliche im Umgang mit jungen Menschen.

In vielen Betrieben, (Erz-)Diözesen und kirchlichen Einrichtungen gibt es inzwischen Rahmenordnungen und Dienstvereinbarungen, in denen präventive Maßnahmen sowie die Vorgehensweise und die einzelnen Schritte im Umgang mit Suchtkranken

und dadurch im Arbeitsprozess auffällig gewordenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geregelt sind. Solche Rahmenordnungen und Dienstvereinbarungen sollten grundsätzlich von dem Gesichtspunkt ausgehen, früh zu helfen und nicht in erster Linie von Verboten bzw. Sanktionen. Trotzdem muss allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Beginn an unmissverständlich vermittelt werden, welche Konsequenzen bei fortdauernden Verstößen gegen die betrieblichen Regelungen folgen. Wenn entsprechende Rahmenordnungen und Dienstvereinbarungen noch nicht bestehen, sollten sie bald getroffen werden.

3. Aus- und Fortbildung

Suchtcrankenpastoral stellt sich als ein eher randständiger pastoraler Bereich dar. Dabei treten Phänomene von Suchtabhängigkeit in den beschriebenen Formen jedoch häufiger auf als herkömmlich angenommen wird. Sinnvoll ist es daher, dass die pastoralen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits in ihrer Berufsausbildungsphase (universitäre/fachhochschulische Ausbildung bzw. diözesane Grundausbildungen bis zur zweiten Dienstprüfung) in den Ausbildungen zum Priester, Ständigen Diakon, Pastoralreferentin oder Pastoralreferent sowie Gemeindereferentin oder Gemeindereferent mit der Suchthematik in Berührung kommen. Dazu gehören die theoretische Kenntnis dieses Themenbereiches, Ursachen und Auswirkungen von Suchterkrankungen ebenso wie die praktisch-seelsorglichen Erfahrungen durch Kontakte mit der Sucht- und Sucht-Selbsthilfe. Es ist wünschenswert, auch das Fortbildungsangebot in den (Erz-)Diözesen, soweit nicht bereits vorgesehen, durch Angebote aus dem Bereich „Sucht, Abhängigkeit und Suchtcrankenpastoral“ regelmäßig zu ergänzen.

Schlussgedanken

Suchterkrankungen mit ihren vielfältigen und komplexen Ursachen, ihrer ganz eigenen Dynamik und den mannigfachen Auswirkungen für Betroffene und ihr soziales Umfeld, aber auch für die Gesellschaft als Ganze stellen eine besondere Herausforderung für die Seelsorgerinnen und Seelsorger dar. Suchterkrankungen können alltäglich begegnen, existieren aber vielfach lange im Verborgenen. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger treffen bei diesem Phänomen auf einen Komplex aus Schuld, Scham, physischer und psychischer Abhängigkeit bei den Suchtkranken selbst und bei den Menschen, die ihnen nahestehen. Darauf muss Seelsorge vorbereitet sein, um suchtkranke Menschen seelsorglich auf ihrem langen, oft schmerzhaften Weg begleiten zu können. Auch in dieser Hinsicht muss die Kirche bei den Menschen sein, will sie ihrem Auftrag gerecht werden. Denn Seelsorge ist getragen von der Gewissheit der liebenden und unaufhörlichen Zuwendung Gottes zu jedem einzelnen Menschen. Denn der Mensch ist nach dem Ebenbild Gottes geschaffen (vgl. *Gen 1,27*) und die Sorge um ihn lohnt jederzeit.

Anhang

Adressen

Deutscher Caritasverband

Deutscher Caritasverband e. V.
Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht
Karlstraße 40
79104 Freiburg
Telefon: 0761 200-385
Telefax: 0761 200-350
www.caritas.de

Diözesancaritasverbände

Suchtreferenten:

Caritas Suchthilfe e. V. (CaSu)
Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV
Karlstraße 40
79104 Freiburg
Telefon: 0761 200-363
Telefax: 0761 200-350
casu@caritas.de
www.caritas-suchthilfe.de/

Kreuzbund

Kreuzbund e. V. – Bundesgeschäftsstelle
59065 Hamm
Münsterstr. 25
Telefon: 02381 67272-0
Telefax: 02381 67272-33
info@kreuzbund.de
www.kreuzbund.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
59065 Hamm
Westenwall 4
Telefon: 02381 9015-0
Telefax: 02381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

Literaturverzeichnisse zum Thema Sucht

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS):
www.dhs.de/bibliothek/literaturverzeichnisse.html

Beispiele für Ordnungen zum Umgang mit suchtkranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im kirchlichen Dienst

Erzbistum Bamberg

Dienstvereinbarung zur Prävention von Gesundheitsgefahren durch riskanten Alkohol-/Suchtmittelkonsum sowie zur Hilfe bei Suchtgefährdung und Erkrankung im Bereich der MAV-Verwaltung der Erzdiözese Bamberg

Präambel

Diese Dienstvereinbarung regelt die innerbetrieblichen Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Suchtgefahren und den innerbetrieblichen Umgang mit Problemen und Konflikten, die aus dem Gebrauch von Suchtmitteln entstehen. Im Einzelnen bezieht sich diese Vereinbarung auf die Schwerpunkte:

- Wesen der Suchterscheinungen
- innerbetriebliche Institutionen und Vorschriften zur Begrenzung von Suchtgefahren
- Hilfsangebote für Suchtmittelgefährdete und -abhängige
- Maßnahmen (einschließlich arbeitsrechtlicher Konsequenzen).

Diese Dienstvereinbarung erfolgt unter Berücksichtigung der sozialen Verantwortung der Erzdiözese Bamberg als Arbeitgeber auf allen Führungsebenen.

§ I Gegenstand und Geltungsbereich der Dienstvereinbarung

Der in dieser Vereinbarung verwendete Begriff Suchtmittel wird im weiteren Sinne als Überbegriff über alle legalen und illegalen Substanzen,

Gegenstände und/oder Tätigkeiten oder Verhaltensweisen verstanden, von denen man abhängig werden kann, insbesondere erfasst werden Alkohol, psychisch wirksame Medikamente und andere bewusstseins- und/oder verhaltensverändernde Drogen und Stoffe.

Der Konsum von Suchtmitteln im privaten Bereich der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird von dieser Vereinbarung nur dann berührt, wenn die Einhaltung der arbeitsvertraglichen Verpflichtungen beeinträchtigt wird.

Diese Vereinbarung gilt für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich der MAV-Verwaltung.

Unberührt von dieser Vereinbarung bleiben

- Maßnahmen aufgrund der Unfallverhütungsvorschriften, insbesondere des § 15 GUV-V A1/§ 7 BGV A 1 (siehe Anlage 1)
- Maßnahmen des Dienstgebers, die im Einzelfall notwendig sind, um Dritte, Klienten und sonstige Betroffene vor Schaden zu bewahren,
- Maßnahmen des Dienstgebers im Rahmen der Fürsorgepflicht für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderungen.

§ 2 Ziele der Dienstvereinbarung

Diese Dienstordnung soll

- die Gesundheit der Beschäftigten erhalten und fördern,
- die Sicherheit am Arbeitsplatz gewährleisten,
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Probleme mit Suchtmitteln haben, rechtzeitig geeignete Hilfe anbieten,
- die Gleichstellung von suchtgefährdeten und suchtkranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit anderen Kranken sicherstellen und einer Abwertung oder Diskriminierung der Betroffenen entgegenwirken,
- eine arbeitsrechtliche Gleichbehandlung aller betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinsichtlich der arbeitsrechtlichen Folgen gewährleisten,

- Vorgesetzte und Führungskräfte befähigen, bei Auffälligkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am Arbeitsplatz sachgerecht zu reagieren,
- zum verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln beitragen und riskantem Konsum vorbeugen.

§ 3 Grundsätzliche Feststellungen zur Suchtmittelproblematik

Die Abhängigkeit von Suchtmitteln ist arbeits- und sozialrechtlich als Krankheit anerkannt. An diesem Grundsatz orientieren sich alle betrieblichen Maßnahmen zur Suchtmittelproblematik. Angemessene Hilfe bei Suchtgefährdung und Suchterkrankung haben Vorrang vor disziplinarischen Maßnahmen.

Neben individuellen sind auch betriebliche Faktoren und das Verhalten von Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten bei den Suchtproblemen der Betroffenen als möglicherweise suchtfördernde oder -aufrechterhaltende Bedingungen mit zu berücksichtigen (Co-Abhängigkeit – Psycho-sozialer Ansatz).

Diagnostizierte Suchtmittelgefährdung oder -abhängigkeit bedarf einer ambulanten oder stationären Behandlung im Therapieverbund (Psycho-soziale Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen).

Mit einem Rückfall nach oder während einer Suchttherapie muss bei Suchterkrankungen gerechnet werden. Er gehört zum Krankheitsbild und wird entsprechend behandelt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich für eine suchtmittelfreie Lebensweise entschieden haben, genießen die besondere Unterstützung der Einrichtung.

§ 4 Rolle und Qualifizierung der Führungskräfte

Führungskräfte sind Vorbild und prägen mit ihrem Verhalten wesentlich den Umgang mit Suchtmitteln am Arbeitsplatz. Sie tragen Verantwor-

tung für eine sachgerechte Intervention bei Auffälligkeiten (siehe Stufenplan).

Führungskräften muss die Teilnahme an Schulungen für den innerbetrieblichen Umgang mit Suchtgefahren und Suchtproblemen ermöglicht werden.

§ 5 Beratung und Suchtbeauftragter

Suchtkranke oder suchtgefährdete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können sich vertraulich an eine externe Suchtberatung, die Suchtbeauftragten der Erzdiözese Bamberg, an ihre/ihren Vorgesetzten oder an die Mitarbeitervertretung wenden.

Um die Gesundheit der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters zu erhalten oder wiederzuerlangen, werden diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über mögliche Hilfsmaßnahmen, z. B. das Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle, den Anschluss an eine Selbsthilfegruppe oder die ambulante oder stationäre Behandlung in einer anerkannten Einrichtung beraten und bis zum Beginn, während und nach Abschluss einer Hilfsmaßnahme betreut.

Zur Beratung und Betreuung suchtkranker oder -gefährdeter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie zur Unterstützung betrieblicher Stellen werden zwei geeignete Personen zu betrieblichen Suchtbeauftragten bestellt. Hierbei soll die/der eine dem internen Mitarbeiterkreis angehören, die/der andere allerdings betriebsfremd sein. Die/der Suchtbeauftragte ist verpflichtet, sich durch eine Schulung auf ihre/seine Aufgaben vorzubereiten.

Die Auswahl geeigneter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Bestellung zu Suchtbeauftragten erfolgt einvernehmlich durch die Personalabteilung und die Mitarbeitervertretung.

Die/der Suchtbeauftragte wird zur Wahrnehmung ihrer/seiner Aufgaben im notwendigen Umfang von der dienstlichen Tätigkeit freigestellt.

Aufgaben der Suchtbeauftragten sind:

- Ansprechpartner/in, Berater/in und Begleiter/in für suchtgefährdete und -kranke Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- Beratung des Dienstgebers, der Personalabteilung und der Mitarbeitervertretung in Fragen der Suchtprävention und der Hilfe bei Abhängigkeitserkrankungen,
- Analyse innerbetrieblicher Risikofaktoren,
- Planung und Durchführung vorbeugender Maßnahmen, Projekte und Schulungen,
- Teilnahme an Schulungsmaßnahmen,
- Kooperation mit den psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke.

§ 6 Aufklärung und Prävention

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind systematisch und fortlaufend über die Suchtproblematik, deren Hintergründe und Behandlung zu informieren. Alle Einrichtungen und die Mitarbeitervertretung sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Personalverantwortung erhalten ein Exemplar dieser Dienstvereinbarung. Die Dienstvereinbarung ist auf Mitgliederversammlungen vorzustellen und zu erläutern.

§ 7 Gebrauch von Suchtmitteln/Verhalten

- a) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Vorgesetzte sind zur genauen Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften, insbesondere des § 15 GUV-V A 1/§ 7 BGV A 1, verpflichtet.
- b) Darüber hinaus sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an allen Arbeitsplätzen und in allen Tätigkeitsbereichen gehalten, darauf zu achten, dass sie während der Ausübung ihrer Tätigkeit nicht unter dem Einfluss von Suchtmitteln stehen.
- c) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die erkennbar aufgrund eines Suchtmittelkonsums nicht in der Lage sind, eine Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, dürfen mit dieser Arbeit nicht beschäftigt werden. Die/der Vorgesetzte ist in diesen Fällen verpflichtet einzugreifen, in der Regel indem sie/er sie/ihn darauf anspricht und handelt.

- d) Im Falle einer Alkoholisierung oder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch den Konsum anderer Suchtmittel wird folgendes Vorgehen vereinbart:
 - aa) Entscheidungen, die Annahme der Arbeitsleistung abzulehnen und die betroffene Person vom Arbeitsplatz zu entfernen, trifft die/der Vorgesetzte oder ihr/sein Vertreter.
 - bb) Die/der Vorgesetzte oder ein/e Vertreter/in zieht, wenn möglich, eine weitere geeignete Person zur Beweishilfe hinzu; sofern keine weitere Person hinzugezogen werden kann, muss die/der Vorgesetzte oder ein/e Vertreter/in die Entscheidung allein treffen.
 - cc) Wird die betroffene Person vom Arbeitsplatz entfernt und nach Hause entlassen, hat die/der Vorgesetzte oder ein/ Vertreter/in den sicheren Heimweg zu veranlassen.
 - dd) Wird ein Heimtransport veranlasst, übernimmt die vor Ort entstehenden Auslagen (z. B. Beförderungsentgelt) grundsätzlich die Dienststelle. Die betroffene Person wird in Regress genommen. Für die ausgefallene Arbeitszeit besteht kein Anspruch auf Entgelt.
 - ee) Die/der Vorgesetzte oder ein/e Vertreter/in fertigt einen Vermerk über den Vorfall an und lässt ihn auf dem Dienstweg in einem fest verschlossenen Umschlag der Hauptabteilung Personal-Bezüge-Kindertagesstätten, in Abdruck der/dem Mitarbeiter/in und der/dem Suchtbeauftragten zukommen.

§ 8 Beseitigung innerbetrieblicher Ursachen

In Arbeitsbereichen, in denen ein auffälliger Suchtmittelgebrauch festgestellt wird, muss im Sinne des Arbeitsschutzes gemeinsam mit dem Vorgesetzten und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geprüft werden, ob Ursachen dafür auch in der Arbeitssituation, im Arbeitsklima oder in den Trinksitten zu suchen sind. Festgestellte Ursachen sind, soweit möglich, zu beseitigen. Zur fachlichen Unterstützung sollten die betrieblichen Suchtbeauftragten beratend hinzugezogen werden.

Deshalb werden Verkaufsstellen in den zur MAV-Verwaltung gehörenden Einrichtungen keine harten Spirituosen verkaufen. Alkoholfreie Ge-

tränke werden zu einem günstigeren Preis angeboten als alkoholische Getränke.

§ 9 Ansprache und Hilfe bei Suchtgefährdung

- a) Wenn bestimmte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wiederholt im Arbeitsalltag so auffallen, dass ein riskanter Konsum von Suchtmitteln oder suchtbedingtes Verhalten nahelegt, sind grundsätzlich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere die Vorgesetzten aufgerufen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten tätig zu werden. Dies kann geschehen, indem sie Betroffene auf ihr Verhalten ansprechen und auf Hilfemöglichkeiten hinweisen.
- b) Liegen Vorgesetzten Hinweise auf sichtbare Auffälligkeiten am Arbeitsplatz durch riskanten Konsum von Suchtmitteln oder suchtbedingtes Verhalten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor, so sind sie verpflichtet, diese darauf anzusprechen. Das detaillierte Verfahren, sog. Stufenplan, ist nachfolgend geregelt.

§ 10 Maßnahmen und Hilfsangebote für Suchtmittelgefährdete und -abhängige – Stufenplan

1. Stufe – Klärungsgespräch

- a) Stellt die/der unmittelbar Vorgesetzte fest, dass ein/e Mitarbeiter/in ihre/seine Dienstpflichten vernachlässigt oder nicht mehr ordnungsgemäß erfüllt und steht dies mit hoher Wahrscheinlichkeit mit dem sichtbaren Gebrauch von Suchtmitteln in Verbindung, führt sie/er darüber mit dem Betroffenen ein Klärungsgespräch. Zuvor soll die/der Vorgesetzte mit einem Suchtbeauftragten Rücksprache nehmen. Auf Antrag der/des Betroffenen ist die Teilnahme der/des internen Suchtbeauftragten oder einer/eines Vertreterin/Vertreters der MAV-Verwaltung möglich.
- b) In diesem Gespräch werden die Leistungs- oder Verhaltensauffälligkeiten am Arbeitsplatz konkret benannt und sachlich festgestellt. Zugleich wird deutlich gemacht, dass ein Zusammenhang mit dem Suchtmittelmissbrauch vermutet wird.

Es wird der/dem Betroffenen deutlich erläutert, dass der Suchtmittelmissbrauch die arbeitsvertraglichen Pflichten verletzt.

- c) Die/der Betroffene wird aufgefordert, ihr/sein Verhalten zu ändern. Sie/er wird darauf hingewiesen, dass die/der unmittelbare Dienstvorgesetzte künftig verstärkt das Arbeitsverhalten beobachten wird. Die/der Vorgesetzte fertigt einen schriftlichen Vermerk über das Gespräch an und händigt der/dem Betroffenen eine Ausfertigung aus. Ein weiteres Gespräch mit der/dem Betroffenen wird nach spätestens 2 Monaten geführt.

Die/der Betroffene wird aufgefordert, sich hinsichtlich einer genauen Diagnose des Abhängigkeitsverhaltens an eine Beratungsstelle für Suchterkrankungen zu wenden. Dabei wird Hilfe und Unterstützung durch die Dienstvorgesetzten zugesichert.

Die/der Betroffene wird ferner darauf hingewiesen, dass dienst- bzw. arbeitsrechtliche Konsequenzen ergriffen werden, wenn kein Gebrauch von dem Hilfsangebot gemacht wird und keine positiven Veränderungen im Arbeits- und Leistungsverhalten eintreten sollten.

- d) Dieses erste rechtliche Gespräch mit der/dem direkten Vorgesetzten hat noch keine arbeitsrechtlichen Konsequenzen. Weder dürfen Informationen darüber an Dritte weitergegeben werden, noch erfolgt eine Eintragung in die Personalakte.

2. Stufe – Erweitertes Klärungsgespräch

- a) Ist im Verhalten der/des Betroffenen keine positive Veränderung feststellbar und kommt es erneut zu einem arbeitsvertragswidrigen Fehlverhalten, führt die/der unmittelbare Vorgesetzte gemeinsam mit der/dem Betroffenen und einer/einem Vertreterin/Vertreter der Hauptabteilung Personal-Bezüge-Kindertagesstätten ein weiteres Gespräch. An diesem Gespräch kann auf Antrag der/des Betroffenen die/der Suchtbeauftragte und/oder ein/e Vertreter/in der MAV-Verwaltung teilnehmen.
- b) Die arbeitsvertragliche Pflichtverletzung und die unmittelbaren und mittelbaren Auswirkungen auf den Arbeitsablauf und das Arbeitsumfeld werden konkret benannt. Die Erwartungen an das zukünftige

Verhalten werden ausführlich beschrieben und der/dem Betroffenen erläutert.

- c) Sie/er wird schriftlich aufgefordert, binnen einer Woche einen Beratungstermin bei einer psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchterkrankungen oder einer/einem Ärztin/Arzt zu vereinbaren und diesen Termin innerhalb der nächsten Wochen wahrzunehmen.
- d) Der/dem Betroffenen wird deutlich gemacht, dass im Falle weiterer Auffälligkeiten und der Nichtannahme von Hilfsangeboten arbeitsrechtliche Konsequenzen erfolgen und unter Hinweis auf den vorliegenden Stufenplan dies bis zur Einleitung eines Kündigungsverfahrens führt.
- e) Die/der Vorgesetzte fertigt über das Gespräch einen schriftlichen Vermerk an, allen beteiligten Personen wird ein Exemplar ausgehändigt. Es wird ein Rückmeldegespräch in den nächsten 8 Wochen vereinbart. Falls keine Maßnahmen nach Stufe 3 getroffen werden müssen, unterliegt der Vermerk innerhalb von 2 Jahren der Tilgung.

3. Stufe – Erstes Konfrontationsgespräch

- a) Kommt es erneut zu sichtbaren Auffälligkeiten führen die/der Betroffene, die/der unmittelbare und die/der nächst höhere Vorgesetzte, ein/e Vertreter/in der Hauptabteilung Personal-Bezüge-Kindertagesstätten, ein Mitglied der Mitarbeitervertretung, gegebenenfalls die Schwerbehindertenvertretung und auf Antrag die/der Suchtbeauftragte ein erstes Konfrontationsgespräch.
- b) Unter Bezugnahme auf die bereits erfolgten Gespräche nach diesem Stufenplan wird die erneute arbeitsvertragliche Pflichtverletzung festgestellt. Es werden die konkreten Erwartungen an das weitere Arbeits- und Sozialverhalten der/des Betroffenen beschrieben und Absprachen getroffen. Es erfolgt nochmals ein Hinweis auf die vorhandenen Hilfsangebote.
- c) Es ergeht eine schriftliche Aufforderung an die/den Betroffenen binnen 4 Wochen eine psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle aufzusuchen, da eine Suchtgefährdung bestehen kann. Der Nachweis

über das stattgefundene Beratungsgespräch ist unverzüglich durch die/den Betroffenen zu erbringen.

- d) Es wird bei Vorliegen der Voraussetzungen gegebenenfalls eine Abmahnung/Ermahnung ausgesprochen.
- e) Wird eine psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle nicht innerhalb der in der Stufe 2 c) gesetzten Frist aufgesucht, erfolgt eine schriftliche Abmahnung. Es erfolgt ein Hinweis an die/den Betroffenen darauf, dass die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist und sich daraus ggfs. auch die Möglichkeit zur Kündigung ergeben kann.
- f) Über das Gespräch wird ein schriftlicher Vermerk gefertigt. Alle Beteiligten erhalten eine Ausfertigung des Vermerks.
- g) Es wird ein Rückmeldegespräch in spätestens 8 Wochen vereinbart und die Beobachtung der weiteren Verhaltensentwicklung angekündigt.

4. Stufe – Zweites Konfrontationsgespräch

Kommt es zu weiteren sichtbaren Pflichtverletzungen führen die/der Betroffene, die/der unmittelbare und die/der nächst höhere Vorgesetzte, ein/e Vertreter/in der Hauptabteilung Personal-Bezüge-Kindertagesstätten, ein Mitglied der Mitarbeitervertretung, gegebenenfalls die Schwerbehindertenvertretung und auf Antrag die/der Suchtbeauftragte ein zweites Konfrontationsgespräch mit weiteren arbeitsrechtlichen Konsequenzen. Mit diesem Gespräch wird ein letzter Versuch unternommen, die Motivation zur Verhaltensänderung zu erzeugen.

- a) Es werden die erneuten oder fortgesetzten Auffälligkeiten in Art und Umfang mit ihren Auswirkungen auf den Arbeitsablauf bzw. das Arbeitsumfeld unter Bezugnahme auf die vorangegangenen Gespräche festgestellt.
- b) Erneut werden die konkreten Erwartungen der Vorgesetzten in Bezug auf das weitere Arbeits- und Sozialverhalten beschrieben, der/dem Betroffenen deutlich gemacht und entsprechende Absprachen getroffen.

-
- c) Es ergeht eine schriftliche Aufforderung an die/den Betroffenen bzw. wird in Form einer arbeitsvertraglichen Vereinbarung festgelegt, dass die/der Betroffene binnen zwei Wochen eine psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle aufzusuchen hat, da eine Suchtgefährdung nicht mehr ausgeschlossen werden kann. Der Nachweis über das stattgefundene Beratungsgespräch hat unverzüglich zu erfolgen.
 - d) Wird eine psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle nicht innerhalb der in der Stufe 3 gesetzten Frist aufgesucht, erfolgt eine schriftliche Abmahnung. Ebenso erfolgt ein wiederholter Hinweis darauf, dass die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist und sich daraus ggfs. auch die Möglichkeit zur Kündigung ergeben kann.
 - e) Liegt nach Auskunft der/des Betroffenen keine Suchterkrankung vor und wird die psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle nicht aufgesucht (siehe c), erfolgt der Hinweis darauf, dass der Dienstgeber nicht länger bereit ist, das Fehlverhalten hinzunehmen und eine schriftliche Abmahnung aufgrund des Fehlverhaltens ausgesprochen wird und bei weiteren Verletzungen der arbeitsvertraglichen Pflichten eine Kündigung erfolgen kann.
 - f) Es wird ein Rückmeldegespräch in spätestens acht Wochen vereinbart und weiterhin die Beobachtung des Verhaltens angekündigt.
 - g) Alle Beteiligten des Gesprächs erhalten eine Ausfertigung des vom/von der Vorgesetzten anzufertigenden Gesprächsvermerkes.

5. Stufe – Einleitung Kündigungsverfahren

- a) Kommt es zu weiteren sichtbaren Pflichtverletzungen führen die/der Betroffene, die/der unmittelbare und die/der nächst höhere Vorgesetzte, ein/e Vertreter/in der Hauptabteilung Personal-Bezüge-Kindertagesstätten, ein Mitglied der Mitarbeitervertretung, ggfs. die Schwerbehindertenvertretung und auf Antrag die/der Suchtbeauftragte ein Gespräch, mit dem das Kündigungsverfahren eingeleitet wird.

- b) Können weiterhin keine positiven Verhaltensänderungen festgestellt werden oder lehnt es die/der Betroffene weiterhin ab, therapeutische Hilfsangebote anzunehmen oder bricht sie/ er eine ambulante oder stationäre Therapiemaßnahme vorzeitig ab, kann das Arbeitsverhältnis durch den Dienstgeber, nach vorheriger Information der in Stufe 4 beteiligten Personen, gekündigt werden.
- c) Nach erfolgreichem Abschluss einer längerfristigen Therapie und nachgewiesener Heilung wird eine Wiedereinstellung wohlwollend überprüft.

§ 11 Nachsorge

Hat eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter in ungekündigtem Arbeitsverhältnis eine Therapiemaßnahme abgeschlossen, führen die/der unmittelbare Vorgesetzte und ein/e Suchtbeauftragte/r mit der/dem Betroffenen Gespräche. Ziel der Gespräche ist die Wiedereingliederung der/des Betroffenen, die/der nach Möglichkeit wieder voll in den Kreis der Kolleginnen und Kollegen integriert wird und in ihren/seinen Abstinenzbemühungen von allen akzeptiert und unterstützt wird.

§ 12 Rückfall

Ein Rückfall nach Abschluss einer ambulanten/stationären Therapie gehört zum Krankheitsbild der Suchtmittelabhängigkeit. Er wird wie eine Neuerkrankung gewertet. Die Maßnahmen des Stufenplanes werden ab Stufe 2 a) erneut durchgeführt.

§ 13 Schweigepflicht

Beteiligte an den Gesprächen mit dem betroffenen Suchtkranken oder Suchtgefährdeten haben stets die Schweigepflicht zu wahren. Nur mit ausdrücklichem Einverständnis des Betroffenen dürfen Gesprächsinhalte an Dritte weitergegeben werden.

§ 14 Geltungsdauer

Diese Dienstvereinbarung tritt am 01. Juli 2015 in Kraft. Die Dienstvereinbarung über den Umgang mit suchtkranken und suchtgefährdeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bereich der MAV-Verwaltung der Erzdiözese Bamberg vom 20. Februar 2001 wird daher mit Wirkung zum 01. Juli 2015 vollumfänglich ersetzt. Die Kündigungsfrist beträgt gemäß § 38 Abs. 4 Satz 2 MAVO drei Monate.

Anlage I

Anmerkung:

§ 15 GUV-V A 1 lautet:

- (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 den Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.
- (3) Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten.

Bistum Münster

Ordnung bei Suchtmittelabhängigkeit für Geistliche sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im kirchlichen Dienst im Bistum Münster*

Suchtmittelabhängigkeit (Abhängigkeit von chemischen Substanzen mit wesensverändernder Wirkung) ist eine Krankheit, die unheilbar ist, den Kranken* sein weiteres Leben begleitet, tödlich verläuft, wenn sie nicht behandelt wird, aber bei richtiger Behandlung aufgehoben und in ihren Auswirkungen dauernd behoben werden kann.

In allen gesellschaftlichen Schichten ist Suchtmittelabhängigkeit anzutreffen, unabhängig von Alter, Familienstand, Religiosität, Position und Aufgabe. Auch Geistliche und Mitarbeiter im kirchlichen Dienst sind davon nicht ausgenommen.

Besonders die Variante der Alkoholabhängigkeit ist eine sehr ernst zu nehmende Krankheit, deren Ausmaß nicht unterschätzt werden darf.

Aus Gründen der Fürsorge und der dienstlichen Notwendigkeit gegenüber den suchtmittelabhängigen Mitarbeitern errichtet der Bischof deshalb die Bistumsinterne Suchtberatung (BISU).

§ I Geltungsbereich

Diese Ordnung gilt für

- a) Geistliche
- b) Pastoralassistenten/-referenten, Mitarbeiter im pastoralen Dienst
- c) Mitarbeiter des Bischöflichen Generalvikariates (BGV), des Bischöflich Münsterschen Offizialates Vechta (BMO) und der Einrichtungen in Trägerschaft des Bistums

* Zur besseren Lesbarkeit wird im weiteren Text nur die männliche Form gewählt.

- d) Mitarbeiter der Kirchengemeinden, Gemeindeverbände, der überpfarrlichen Einrichtungen einschließlich deren unselbstständigen Einrichtungen

des Bistums Münster.

§ 2 Aufgaben und Organisation der Bistumsinternen Suchtberatung (BISU)

(1) Aufgaben der BISU

Die BISU berät, unterstützt und betreut den unter § 1 genannten Personenkreis sowie die Vorgesetzten des BGV, des BMO, der Einrichtungen und der Kirchengemeinden bei Problemen im Umgang mit Alkohol und anderen Suchtmitteln. Ihre Tätigkeit hat das Ziel:

- durch individuelle Beratung eine wirksame Hilfestellung zu geben
- Hilfsangebote für Abhängigkeitserkrankte zu unterbreiten, die auf die jeweilige Phase des Krankheitsprozesses zugeschnitten sind
- über Abhängigkeitserkrankungen zu informieren und bei allen Mitarbeitern im kirchlichen Dienst ein Bewusstsein zu schaffen, welches Abhängigkeitserkrankungen entgegenwirkt
- spezielle Schulungsmaßnahmen für Vorgesetzte zur Durchführung der Ordnung anzubieten
- individuelle Unterstützung der Vorgesetzten im Einzelfall zu geben
- zum Thema „Abhängigkeitserkrankung und Hilfsangebote für Betroffene und Vorgesetzte“ aufzuklären.

Eine spätere Ausweitung auf weitere Problemstellungen, wie z. B. Essstörungen, sexuelle Belästigung, Mobbing etc., ist anzustreben.

(2) Personelle Besetzung

1. Für den *Bereich der Geistlichen* wird ein Geistlicher beauftragt, der sich dieser Aufgabe in notwendigem Umfang widmet. Grundlage seiner

Arbeit ist die Umsetzung der „Ordnung bei Suchtmittelabhängigkeit“ für den Bereich der Geistlichen.

Weiter gehört zu seinen Aufgaben, die inhaltliche Fortbildung der Vorgesetzten und die Weiterbildung der nebenamtlichen Helfer zu gestalten. Er arbeitet hier sehr eng mit dem Suchtberater für den Bereich der Laien zusammen. Er ist der Leiter für den Bereich der Geistlichen.

Um Fahrwege möglichst kurz zu halten, soll versucht werden, aus dem Kreis der abstinent lebenden alkoholkranken Geistlichen weitere Personen zu gewinnen, die im Bereich der (Kreis-)Dekanate den Betroffenen im Sinne der „Ordnung bei Suchtmittelabhängigkeit“ helfen. Steuerung des Einsatzes geschieht entweder über den Leiter oder auch in der direkten Ansprache durch Betroffene oder Vorgesetzte.

2. Für den *Bereich der Laien* wird ein Suchtberater (z. B. Sozialwissenschaftler, Psychologe, Sozialarbeiter etc.) vom BGV beauftragt.

Von dieser Stelle wird ein Helferkreis für die Laien aufgebaut, der im BGV, im BMO, in den Einrichtungen und Kirchengemeinden die Hilfe für die Betroffenen und die Vorgesetzten organisiert. Es empfiehlt sich hier auf bereits bestehende Helferorganisationen im Bistum Münster zurückzugreifen.

Der Mitarbeiter ist Leiter der Beratungsstelle für den Bereich der Laien und arbeitet mit dem Leiter für den Bereich der Geistlichen eng zusammen. Die Organisation, Beratung und Qualitätssicherung der Arbeit der Helfer im Bistum gehört zu seinen Aufgaben.

Er organisiert die inhaltliche Gestaltung der Mitarbeiterinformation zum Thema Sucht, Grundinformation und Hilfestellung für Vorgesetzte und leitet geschäftsführend den Arbeitskreis Sucht.

(3) Arbeitskreis Sucht

Die Suchtberatung ist verpflichtet, einen Arbeitskreis Sucht ins Leben zu rufen, der mit allen Beteiligten Wege initiiert, um allen Mitarbeitern das Thema Alkohol am Arbeitsplatz näherzubringen.

Mitglieder sollen sein:

Vertreter

- der Hauptabteilung Seelsorge-Personal im BGV Münster
- des Bischöflich Münsterschen Offizialates Vechta
- des Priester- und des Diakonenrates
- der Abteilung Personalverwaltung und Besoldung
- der Ausbildungsleitung
- der Mitarbeitervertretungen
- der Selbsthilfegruppen der Geistlichen und des Kreuzbundes

sowie

- der Betriebsarzt
- die Fachkraft für Arbeitssicherheit.

Nach Bedarf kann der Arbeitskreis externe Fachberater hinzuziehen. Geschäftsführender Vorsitzender ist der Leiter für den Bereich der Laien der BISU im Bistum Münster.

Der Arbeitskreis Sucht kommt nach Bedarf zusammen, jedoch mindestens zweimal pro Jahr.

Ein Tätigkeitsbericht wird jährlich erstellt.

§ 3 Schweigepflicht

Die Mitarbeiter der BISU unterliegen der Schweigepflicht gem. § 203 StGB.

§ 4 Arbeitsweise der BISU

(1) Alle unter § 1 genannten Personenkreise haben das Recht, die Beratung und die Hilfe der BISU in Anspruch zu nehmen.

(2) Die BISU wird außerdem tätig, wenn sie Informationen über eine mögliche Abhängigkeitserkrankung eines Geistlichen oder Mitarbeiters erhält. Hinweisen wird mit der notwendigen Vertraulichkeit nachgegangen.

Die BISU arbeitet mit anderen fachbezogenen Stellen, insbesondere Caritasverbänden und den örtlichen katholischen Selbsthilfeorganisationen zusammen. Sie stellt im Rahmen ihrer Tätigkeit Verbindungen zu den Stellen her, die die erforderliche Hilfe und/oder Unterstützung gewähren oder vermitteln können.

(3) Außerdem können alle Betroffenen¹ durch den Dienstvorgesetzten oder die Personalabteilung zu einem Gespräch mit einem Suchtberater/einer Suchtberaterin verpflichtet werden. Anschließend ist von dem/der Betroffenen eine schriftliche Bestätigung des erfolgten Beratungsgesprächs vorzulegen.

Diese Verpflichtung steht nicht in Verbindung mit kirchen- oder arbeitsrechtlichen Maßnahmen, wie sie in § 6 vorgesehen sind.

§ 5 Zusammenarbeit

Die BISU und alle in dem konkreten Fall involvierten Personen (z. B. Personalverwaltungen für Priester und Laien, Dechant, Pfarrer, Leiter der Einrichtungen u. a. m.) arbeiten zum Wohle der betroffenen Beschäftigten und im Sinne der Zielsetzung dieser Ordnung zusammen. Über Inhalte der Beratungsprozesse werden von der BISU keine Informationen vermittelt.

§ 6 Vorgehensweise

§ 6 a Vorgehensweise bei einem Geistlichen

Für das Vorgehen bei der Vermutung eines problematischen Umgangs mit Suchtmitteln eines Geistlichen wird folgender Stufenplan festgelegt:

(1) Wenn bei einem Geistlichen die Vermutung eines problematischen Umgangs mit Suchtmitteln besteht, sucht der unmittelbare Vorgesetzte²

¹ Betroffene werden in der Suchthilfe diejenigen genannt, die Sucht- bzw. Alkoholauffälligkeit zeigen. Mitbetroffene sind z. B. Angehörige, Kollegen des Betroffenen.

² Der Begriff „unmittelbare Vorgesetzte“ findet bei Priestern nur analog Anwendung. In diesem Sinne wird z. B. bei einem Kaplan der Pfarrer, bei einem Pfarrer der Dechant, bei einem Dechanten der Kreis(Stadt-)dechant usw. tätig.

ein vertrauliches Gespräch mit dem Betreffenden. Dabei werden die auffälligen Verhaltensweisen benannt, Wege zur Hilfe aufgezeigt und auf die BISU verwiesen. Über dieses Gespräch wird keine Aktennotiz gefertigt.

(2) Bei weiterer Auffälligkeit führt der unmittelbare Vorgesetzte ein zweites Gespräch mit dem Betreffenden.

Inhalt dieses Gesprächs ist die konkrete Aufforderung, ein Hilfsangebot wahrzunehmen, wobei eine Bedenkzeit festgelegt wird. Zu diesem Gespräch wird mit Zustimmung des betreffenden Geistlichen ein Vertreter (Geistlicher) der BISU hinzugezogen.

Für den Fall der Ablehnung der Inanspruchnahme von Beratung wird dem Betreffenden angekündigt, dass er unmittelbar nach Ablauf der Bedenkzeit von längstens 1 Monat mit kirchenrechtlichen Konsequenzen rechnen muss. Über das Gespräch ist eine Aktennotiz anzufertigen, die vertraulich behandelt und beim Vorgesetzten bis längstens 2 Jahre aufbewahrt wird.

(3) Lehnt der Betreffende nach Ablauf der Bedenkzeit weiterhin therapeutische Maßnahmen ab, wird vom unmittelbaren Vorgesetzten der Leiter der Hauptabteilung Seelsorge-Personal im BGV bzw. der Leiter der Abt. Seelsorge Personal im BMO eingeschaltet. Dieser oder ein durch ihn Beauftragter führt mit dem Betroffenen ein Gespräch, in dem Maßnahmen in Aussicht gestellt werden.

(4) Kommt es nach längstens vier bis sechs Wochen zu einem erneuten Fehlverhalten, wird dies vom unmittelbaren Vorgesetzten dem Leiter der Hauptabteilung Seelsorge-Personal im BGV bzw. dem Leiter der Abt. Seelsorge Personal im BMO mitgeteilt. Von hier aus erfolgt nach einem weiteren Gespräch und einer Beratung in der Personalkonferenz die erste schriftliche Ermahnung mit der Androhung von Konsequenzen.

(5) Kommt es zu einem weiteren Fehlverhalten wird dies vom unmittelbaren Vorgesetzten dem Leiter der Hauptabteilung Seelsorge-Personal im BGV bzw. dem Leiter der Abt. Seelsorge Personal im BMO mitgeteilt. Von hier aus erfolgt nach einem weiteren Gespräch die zweite schriftliche Ermahnung mit der Androhung, dass im Falle andauernder Erfolglosigkeit weitere Maßnahmen ergriffen werden.

(6) Kommt es zu einem weiteren Fehlverhalten wird dies vom unmittelbaren Vorgesetzten dem Leiter der Hauptabteilung Seelsorge-Personal

im BGV bzw. dem Leiter der Abt. Seelsorge Personal im BMO gemeldet. Dieser stellt dann in einem Gespräch die Erfolglosigkeit bisheriger Maßnahmen fest und spricht kirchenrechtliche Konsequenzen aus. Die Rücknahme wird in Aussicht gestellt, falls der Geistliche den schriftlichen Nachweis der Teilnahme an einer geeigneten Therapie vor Ablauf der gesetzten Frist beibringt.

(7) Der rechtzeitige Nachweis einer laufenden Therapie führt zur Rücknahme der kirchenrechtlichen Konsequenzen.

Das Schreiben über die Rücknahme der Konsequenzen enthält den Hinweis, dass ein Abbruch der Behandlung/Therapie zu Konsequenzen führt.

Ein Rückfall nach mehr als 2-jähriger Abstinenz wird wie eine Neuerkrankung gewertet und löst erneut die oben beschriebenen Schritte aus.

§ 6 b Vorgehensweise bei einem Mitarbeiter in einem Arbeitsverhältnis im kirchlichen Dienst

Sofern keine Dienstvereinbarung gem. § 38 Abs. 1 Ziff. 10 MAVO abgeschlossen wird, die die örtlichen Gegebenheiten berücksichtigt, gilt für Mitarbeiter in einem Arbeitsverhältnis im kirchlichen Dienst folgender Stufenplan:

(1) Wenn bei Mitarbeitern im kirchlichen Dienst die Vermutung eines problematischen Umgangs mit Suchtmitteln besteht, sucht der unmittelbare Vorgesetzte ein vertrauliches Gespräch mit dem Betroffenen. Dabei werden auffällige Verhaltensweisen benannt, Wege zur Hilfe aufgezeigt und auf die BISU verwiesen. Über dieses Gespräch wird keine Aktennotiz gefertigt.

(2) Bei weiterer Auffälligkeit führt der unmittelbare Vorgesetzte ein zweites Gespräch mit dem Betroffenen.

Inhalt dieses Gesprächs ist die konkrete Aufforderung, ein Hilfsangebot wahrzunehmen, wobei eine Bedenkzeit festgelegt wird. Zu diesem Gespräch wird mit Zustimmung des betreffenden Mitarbeiters ein Vertreter der BISU hinzugezogen. Für den Fall der Ablehnung der Inanspruchnahme von Beratung werden dienstrechtliche Konsequenzen unmittelbar nach Ablauf der Bedenkzeit von längstens 1 Monat angekündigt.

Über das Gespräch ist eine Aktennotiz anzufertigen, die befristet bis längstens 2 Jahre zur Personalakte genommen wird.

(3) Lehnt der Betreffende nach Ablauf der Bedenkzeit weiterhin therapeutische Maßnahmen ab, wird vom unmittelbaren Vorgesetzten über den Dienstweg der Dienstvorgesetzte eingeschaltet. Dieser oder ein durch ihn Beauftragter führt mit dem Betreffenden ein Gespräch, in dem disziplinarische Maßnahmen angedroht werden.

(4) Kommt es nach längstens vier bis sechs Wochen zu einem erneuten Fehlverhalten, wird dies vom unmittelbar Vorgesetzten über den Dienstweg an den Dienstvorgesetzten gemeldet. Von hier aus erfolgt nach einem weiteren Gespräch die erste schriftliche Abmahnung.

(5) Kommt es zu einem weiteren Fehlverhalten, wird dies vom unmittelbaren Vorgesetzten über den Dienstweg an den Dienstvorgesetzten gemeldet. Von hier aus erfolgt dann nach einem erneuten Gespräch die zweite schriftliche Abmahnung mit der Androhung der fristgemäßen Kündigung.

(6) Kommt es zu einem weiteren Fehlverhalten wird dies vom unmittelbaren Vorgesetzten über den Dienstweg an den Dienstvorgesetzten gemeldet. Dieser stellt dann in einem Gespräch die Erfolglosigkeit bisheriger Maßnahmen fest und spricht die fristgemäße Kündigung aus. Das Schreiben enthält die Zusage der Rücknahme der Kündigung, falls der Mitarbeiter den schriftlichen Nachweis der Teilnahme an einer geeigneten Therapie vor Ablauf der gesetzten Frist beibringt.

(7) Der rechtzeitige Nachweis einer laufenden Therapie führt zur Rücknahme der Kündigung.

Das Schreiben über die Rücknahme der Kündigung enthält den Hinweis, dass ein Abbruch der Behandlung/Therapie erneut zur Kündigung führt.

Ein Rückfall nach mehr als zwei Jahren Abstinenz und Behandlungspause wird wie eine Neuerkrankung gewertet und löst erneut die oben beschriebenen Schritte aus.

Können Betreffende 1 Jahr nach ihrer Entlassung eine abstinenten Lebensweise nachweisen, ist eine Wiedereinstellung möglich; ein Anspruch besteht nicht.

§ 7 Vertrauensschutz

Es ist sichergestellt, dass ein weitgehender Vertrauensschutz der betroffenen Beschäftigten gewährleistet ist.

§ 8 Fortbildung

Vorgesetzte und andere Mitarbeiter, die Aufgaben im Rahmen der Zielsetzung dieser Ordnung wahrnehmen, sind verpflichtet, an Fortbildungsmaßnahmen über den Umgang mit Suchtkranken teilzunehmen. Diese Maßnahmen werden von der zuständigen Personalverwaltung organisiert.

§ 9 Inkraftsetzung

Diese Ordnung tritt als Ordnung für Geistliche und als Rahmenordnung für Mitarbeiter im kirchlichen Dienst mit dem Tag der Veröffentlichung im Kirchlichen Amtsblatt in Kraft.

Bistum Trier

Dienstvereinbarung zwischen der Gesamtmitarbeitervertretung des Bistums Trier, vertreten durch die Vorsitzende Frau Lydia Schmitt (Ges-MAV) und dem Bistum Trier, vertreten durch den Bischöflichen Generalvikar, Herrn Prälat Dr. Georg Holkenbrink (Dienstgeber) wird gemäß § 42 Abs. 1 Nr.12 MAVO Trier folgende Dienstvereinbarung abgeschlossen

Präambel

Die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist ein hohes Gut. Sie ist Voraussetzung dafür, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Dienstpflichten im Sinne der Kirchlichen Arbeits- und Vergütungsordnung für das Bistum Trier (KAVO) erfüllen können.

Soweit es ihm möglich ist, achtet der Dienstgeber auf die Gesundheit seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und erfüllt seine Fürsorgepflicht unter anderem durch die Anwendung des Arbeitssicherheitsgesetzes und des Sozialgesetzbuches IX. Die Vertragspartner appellieren an die Mitglieder der Dienstgemeinschaft im Sinne des Hinschauens, Ansprechens und ggf. Weiterleitens Mitverantwortung für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem in solchen Fällen zu übernehmen, in denen eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Gefahr einer Suchterkrankung ausgesetzt oder bereits erkrankt ist. Vor diesem Hintergrund wird folgende Dienstvereinbarung abgeschlossen:

§ 1 Geltungsbereich

Diese Dienstvereinbarung gilt für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bistums Trier.

§ 2 Ziele

Die Dienstvereinbarung verfolgt das Ziel, dem Missbrauch von Alkohol und anderen Suchtmitteln am Arbeitsplatz vor dem Hintergrund der damit verbundenen negativen Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit, Ar-

beitsqualität, Zusammenarbeit in der Einrichtung und Betriebsfrieden sowie der Gefährdung der eigenen Person und anderer Personen entgegenzuwirken.

Sie regelt weiter den innerbetrieblichen Umgang mit Problemen und Konflikten, die aus dem Gebrauch von Suchtmitteln entstehen.

§ 3 Ansprechperson für Suchtfragen

(1) Zur Umsetzung dieser Ziele benennt der Bischöfliche Generalvikar im Einvernehmen mit der Gesamt-MAV eine Ansprechperson für Suchtfragen. Ihre Aufgabe ist die Unterstützung bei der Umsetzung dieser Dienstvereinbarung und die Beratung und Begleitung in suchtbedingten Krisensituationen am Arbeitsplatz. Die Amtszeit beträgt vier Jahre.

(2) Die Ansprechperson für Suchtfragen ist zur ordnungsgemäßen Durchführung ihrer in dieser Dienstvereinbarung festgelegten Aufgaben im notwendigen Umfang von der dienstlichen Tätigkeit freizustellen. Die Freistellung beinhaltet den Anspruch auf Reduzierung der übertragenen Aufgaben.

(3) Der Dienstgeber trägt die für die Wahrnehmung der in dieser Dienstvereinbarung geregelten Aufgaben der Ansprechperson für Suchtfragen die notwendigen Kosten einschließlich der Reisekosten im Rahmen der für den Dienstgeber geltenden Reisekostenregelung.

(4) Die Ansprechperson für Suchtfragen darf in der Ausübung ihres Amtes nicht behindert und aufgrund ihrer Tätigkeit weder benachteiligt noch begünstigt werden.

(5) Der Ansprechperson kann nur gekündigt werden, wenn ein Grund für eine außerordentliche Kündigung vorliegt. Abweichend von Satz 1 kann in den Fällen des Artikels 5 Abs. 3 bis 5 der Grundordnung des kirchlichen Dienstes im Rahmen kirchlicher Arbeitsverhältnisse auch eine ordentliche Kündigung ausgesprochen werden.

(6) Für die Schweigepflicht der Ansprechperson gilt § 8 der Dienstvereinbarung.

§ 4 Arbeitskreis Suchtprävention

(1) Die Ansprechperson für Suchtfragen leitet den Arbeitskreis „Suchtprävention“, in dem jeweils zwei Vertreter des Dienstgebers und der GesMAV und ggf. ein Arbeitsmediziner oder Suchttherapeut mitarbeiten.

(2) Zu den Aufgaben des Arbeitskreises zählen:

- Beratung des Dienstgebers und der Mitarbeitervertretungen in allen Fällen der Suchtprävention und der Hilfe bei Abhängigkeitserkrankungen,
- Analyse der innerbetrieblichen Risikofaktoren,
- Planung und Durchführung von vorbeugenden Maßnahmen,
- Kooperation mit Facheinrichtungen zur Beratung und Therapie Suchtkranker,
- Regelmäßige Berichterstattung ggf. Erteilung von Handlungsempfehlungen.

Die Durchführung von Maßnahmen bedarf der Zustimmung durch den Dienstgeber. Der Arbeitskreis „Suchtprävention“ tagt nach Bedarf, mindestens jedoch einmal jährlich.

§ 5 Missbrauch von Suchtmitteln

(1) Suchtmittel im Sinne dieser Dienstvereinbarung sind Alkohol, psychisch wirksame Medikamente und andere bewusstseins- und verhaltensändernde Drogen und Stoffe.

(2) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dürfen in alkoholisiertem Zustand oder unter Rauschmitteleinfluss nicht zur Arbeit erscheinen. Es wird darauf hingewiesen, dass bei alkoholbedingten Unfällen kein Versicherungsschutz gewährt wird (BGV A1 § 15 Abs. 2 Unfallverhütungsvorschrift).

(3) Bei Feierlichkeiten muss ein alkoholfreies Getränk angeboten werden.

(4) Vorgesetzte übernehmen eine nicht zu unterschätzende präventiv wirkende Vorbildfunktion.

§ 6 Verfahren, Maßnahmen und Hilfsangebote bei Suchtmittelmissbrauch oder entsprechenden auffälligen Verhaltensweisen

(1) Bestandteil dieser Dienstvereinbarung ist die „Stufenintervention Sucht“ (Anhang), die als Leitfaden beim Umgang mit betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dient. Sie ist bei allem weiteren Vorgehen durch die Vorgesetzte oder den Vorgesetzten zu beachten und entsprechend umzusetzen.

(2) Der Zeitabstand zwischen den einzelnen in der Anlage „Stufenintervention Sucht“ genannten Stufen ist unerheblich. Nach erfolgreicher Durchführung einer Beratung oder Therapie ist bei einem suchtbedingten Rückfall entsprechend der Stufe III bzw. IV zu verfahren.

(3) Die oder der Vorgesetzte ist verpflichtet, unmittelbar nach Bekanntwerden von Suchtmittelmissbrauch die nach dieser Dienstvereinbarung vorgesehenen Maßnahmen gemäß der Anlage „Stufenintervention Sucht“ einzuleiten.

(4) Weist eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeitervertretung die Vorgesetzte oder den Vorgesetzten darauf hin, dass eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter Verhaltensweisen zeigt, die auf eine Suchtmittelgefährdung oder -abhängigkeit hinweisen, ist ebenfalls das entsprechende Verfahren einzuleiten. Anstelle der oder des Vorgesetzten kann auch die Ansprechperson für Suchtfragen informiert werden. Diese sorgt dann dafür, dass die notwendigen Schritte gemäß der Anlage „Stufenintervention Sucht“ eingeleitet werden.

(5) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ihrer Mitverantwortung für die Gesundheit der vom Suchtmittelkonsum betroffenen Kolleginnen und Kollegen dadurch nachkommen, dass sie die Mitarbeitervertretung und/oder die Vorgesetzte oder den Vorgesetzten über einen offensichtlichen Suchtmittelmissbrauch informieren, dürfen hierdurch keine Nachteile erleiden.

§ 7 Nachsorge

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Suchtproblemen wird nahegelegt, während oder nach einer erfolgten Therapiemaßnahme eine Selbsthilfegruppe zu besuchen.

§ 8 Schweigepflicht

Beteiligte an den Gesprächen mit den Suchtkranken oder den Suchtgefährdeten haben stets die Schweigepflicht zu wahren. Sie dürfen nur mit Einverständnis der oder des Betroffenen Inhalte und Informationen über Hilfesprache an Dritte weitergeben.

§ 9 Vorsorgliche Maßnahmen

Ist eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter nach Ansicht der Vorgesetzten oder des Vorgesetzten infolge Suchtmittelgenusses nicht imstande, die übertragenen Aufgaben zu erfüllen, ist dies schriftlich festzuhalten und der oder die Betroffene muss durch die Vorgesetzte oder den Vorgesetzten auf sicherem Wege nach Hause geschickt werden. Die anfallenden Kosten hierfür trägt der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin. Die ausgefallene Arbeitszeit ist nachzuarbeiten.

§ 10 Kündigung und Wiedereinstellung

Muss eine Kündigung ausgesprochen werden, wird in das Kündigungsschreiben ein Vermerk aufgenommen, dass die oder der Betroffene wieder eingestellt wird, wenn sie oder er eine längerfristige Therapie binnen Jahresfrist erfolgreich abschließt. Über die Form der Wiederbesetzung der frei gewordenen Stelle (z. B. befristet) wird die zuständige MAV informiert.

§ 11 Informations- und Schulungsmaßnahmen

(1) Der Dienstgeber verpflichtet sich, dass Beschäftigte mit Personalverantwortung mit dem Ziel geschult werden, rechtzeitig Suchtgefahren und Suchtverhalten zu erkennen und präventiv zu wirken.

(2) In Dienstbesprechungen und Mitarbeiterversammlungen wird diese Dienstvereinbarung vorgestellt und besprochen. Im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge sollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Suchtproblematik und ihre Hintergründe informiert werden.

§ 12 Schlussbestimmungen

- (1) Die Bestimmungen dieser Dienstvereinbarung gelten vom 1. Mai 2012 bis 30. April 2014. Sie wird in Dienstbesprechungen aller Einrichtungen und Dienststellen des Bistums Trier bekannt gegeben und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich gemacht.
- (2) Bei Meinungsverschiedenheiten über die Auslegung und Anwendung dieser Dienstvereinbarung oder beim Auftreten einer Regelungslücke sind unverzüglich klärende Gespräche zwischen Dienstgeber und Gesamt-MAV einzuleiten.
- (3) Beginnend mit dem 1. Mai 2013 werden die Erfahrungen mit der vorliegenden Dienstvereinbarung von den Vertragspartnern ausgewertet und falls erforderlich Gespräche mit dem Ziel einer Weiterentwicklung der Regelungen dieser Dienstvereinbarung und ihrer unbefristeten Geltung aufgenommen.

Anlage: „Stufenintervention Sucht“

Stufe	Indiz	Teilnehmerkreis
I.	Erste Auffälligkeit am Arbeitsplatz	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzte/r • betroffene/r Mitarbeiter/in • Mitarbeitervertretung auf Wunsch des/der Mitarbeiters/in • bei Schwerbehinderten: auf Wunsch des/der Mitarbeiters/in <p>die Schwerbehindertenvertretung (§ 95 II SGB IX bleibt unberührt)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansprechperson Sucht (§ 3) auf Wunsch des/der Mitarbeiters/in
		<ul style="list-style-type: none"> • Dienstvereinbarung aushändigen • Auffälligkeit konkret benennen • Verbindung mit Suchtmittelkonsum ansprechen • ggf. Pflichtverletzung erläutern • Stellungnahme anhören <p>Sollte sich eine Verbindung mit Suchtmittelkonsum nicht bestätigen, ist das Verfahren nach der Dienstvereinbarung an dieser Stelle beendet; ein Gesprächsvermerk wird nicht angefertigt.</p> <p>Falls Verbindung mit Suchtmittelkonsum sich bestätigt, dann</p> <ul style="list-style-type: none"> • positive Unterstützung geben • Informationsmaterial zum örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsangebot aushändigen • weiteres Gespräch (Reflexionsgespräch) für einen Zeitpunkt innerhalb der folgenden zwei Monate verbindlich vereinbaren <p>Vorgesetzte/r fasst einen Gesprächsvermerk zu den oben genannten Gesprächsinhalten und händigt den Teilnehmern des Gespräches eine Kopie aus. Der Vermerk findet erst Eingang in die Personalakte, wenn die Stufe 3 erreicht wird. Ein Jahr nach erfolgreichem Abschluss der Reflexionsgespräche ist der Vermerk zu vernichten.</p>

Stufe	Indiz	Teilnehmerkreis	
II.	Zweite Auffälligkeit am Arbeitsplatz	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzte/r • betroffene/r Mitarbeiter/in • Mitarbeitervertretung auf Wunsch des/der Mitarbeiters/in • Ansprechperson Sucht bei Schwerbehinderten: auf Wunsch des/der Mitarbeiters/in die Schwerbehindertenvertretung (siehe oben) 	<ul style="list-style-type: none"> • Auffälligkeit konkret benennen • Verbindung mit Suchtmittelkonsum ansprechen • ggf. Pflichtverletzung erläutern • Stellungnahme anhören <p>Falls Verbindung mit Suchtmittelkonsum sich bestätigt, dann</p> <ul style="list-style-type: none"> • positive Unterstützung geben • Informationen über mögliche arbeitsrechtliche Konsequenzen bei erneuter Pflichtverletzung erteilen <p><u>Aufgabe:</u> Suchtberatungsstelle aufsuchen sowie zeitnah Nachweise der Gespräche an die/den Vorgesetzte/n erbringen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexionsgespräche in angemessenen Zeitabständen verbindlich vereinbaren
			<p>Vorgesetzte/r fasst einen Gesprächsvermerk zu den oben genannten Gesprächsinhalten und händigt den Teilnehmern des Gespräches eine Kopie aus. Der Vermerk findet erst Eingang in die Personalakte, wenn die Stufe 3 erreicht wird. Ein Jahr nach erfolgreichem Abschluss der Reflexionsgespräche ist der Vermerk zu vernichten.</p>

Stufe	Indiz	Teilnehmerkreis	
III.	Dritte Auffälligkeit am Arbeitsplatz bzw. bei Nichterfüllung der Auf- lage der Stufe II	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzte/r • betroffene/r Mitarbeiter/in • Person mit Personalverantwortung • Ansprechperson Sucht • Mitarbeitervertretung auf Wunsch des/der Mitarbeiters/in bei Schwerbehinderten: auf Wunsch des/der Mitarbeiters/in die Schwerbehinder- tenvertretung (siehe oben) 	<ul style="list-style-type: none"> • Auffälligkeit konkret benennen • ggf. Pflichtverletzung erläutern • Verbindung mit Suchtmittelkonsum ansprechen • Stellungnahme anhören • positive Unterstützung geben • arbeitsrechtliche Konsequenzen bei erneuter Pflichtverletzung ankündigen (Abmahnung) <p><u>Auflage:</u> Ambulante Beratung als Minimalaufgabe mit zeitnahem Nachweis der Gespräche an die Person mit Personalverantwortung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexionsgespräche in angemessenen Zeitabständen verbindlich vereinbaren <p>Gesprächsvermerk zu den oben genannten Gesprächsinhalten durch teilnehmende Person mit Personalverantwortung. Dieser Vermerk wird in Kopie allen teilnehmenden Personen ausgehändigt und findet mit den Vermerken aus den Stufen I und II sowie den Gesprächsnachweisen aus der Beratung Eingang in die Personalakte.</p>

Stufe	Indiz	Teilnehmerkreis	
IV.	Weitere Auffälligkeit am Arbeitsplatz bzw. Nichterfüllung der Auflage der Stufe III	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzte/r • betroffene/r Mitarbeiter/in • Person mit Personalverantwortung • Ansprechperson Sucht • Mitarbeitervertretung auf Wunsch des/der Mitarbeiters/in • bei Schwerbehinderten: auf Wunsch des/der Mitarbeiters/in die Schwerbehindertenvertretung (siehe oben) 	<p>Das Gespräch soll unverzüglich nach der Feststellung der weiteren Auffälligkeit stattfinden. Es wird von der Person mit Personalverantwortung geleitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auffälligkeit konkret benennen • ggf. Pflichtverletzung erläutern • Verbindung mit Suchtmittelkonsum ansprechen • Stellungnahme des/der betroffenen Mitarbeiters/in anheören • positive Unterstützung geben • weitere arbeitsrechtliche Konsequenzen <p><u>Auflage:</u> Vorbereitung und Durchführung einer ambulanten oder stationären Therapie mit zeitnaheem Nachweis der Gespräche an die Person mit Personalverantwortung</p> <p>Gesprächsvermerk zu den oben genannten Gesprächsinhalten durch teilnehmende Person mit Personalverantwortung. Dieser Vermerk wird in Kopie allen teilnehmenden Personen ausgehändigt und findet mit den Vermerken aus den Stufen I bis III sowie den Gesprächsnachweisen aus der Therapie Eingang in die Personalakte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • arbeitsrechtliche Konsequenzen
V.	Nichterfüllung der Auflage der Stufe IV	Feststellung durch Person mit Personalverantwortung	