

Suchtprobleme am Arbeitsplatz

Eine Praxishilfe für
Personalverantwortliche



Suchtprobleme am Arbeitsplatz

Eine Praxishilfe für
Personalverantwortliche

Inhalt

Einführung	4
1 Alkohol	7
Wo sind die Grenzen für einen risikoarmen Alkoholkonsum?	8
Wann spricht man von einem riskanten Alkoholkonsum?	11
Wann sind direkte und indirekte „Alkoholverbote“ möglich?	16
Welche Definition gibt es für die Alkoholkrankheit?	19
Woran erkenne ich Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben?	21
Was kann Führungskräfte hindern, Auffälligkeiten wahrzunehmen?	26
Warum unternimmt keiner etwas? – Es wissen doch alle Bescheid!	28
Müssen Menschen mit Alkoholproblemen nicht erst in der „Gosse“ angekommen sein, bevor ihnen geholfen werden kann?	32
Welche Beratung und Behandlung gibt es?	35
Therapieziel Abstinenz – oder gibt es auch andere Angebote?	38
Wie sollten Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte unter dem akuten Einfluss von Substanzen stehen – die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist?	39
Darf der Arbeitgeber eine Überprüfung des Alkoholspiegels anordnen?	44
Wie können Beschäftigte mit substanzbedingten Auffälligkeiten am Arbeitsplatz angesprochen werden?	47
Wie können sich Personalverantwortliche auf das Gespräch mit Betroffenen vorbereiten?	58

2	Medikamente	63
	Medikamente am Arbeitsplatz – ein bislang unterschätztes Risiko?	64
	Welche Definitionen gibt es für den Medikamentenkonsum?	68
	Welche Auswirkungen haben Psychopharmaka auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten?	71
	Fit für den Arbeitsplatz oder Leistungssteigerung mit allen Mitteln?	76
	Ist es im betrieblichen Alltag überhaupt möglich, Beschäftigte mit Medikamentenproblemen zu erkennen?	81
	Wie können Personalverantwortliche Betroffene ansprechen?	83
3	Illegale Drogen	87
	Illegale Drogen – ein nicht wahrgenommenes Problem am Arbeitsplatz?	88
	Cannabis	90
	Ecstasy	94
	Kokain	96
	Sind Kontrollen in Form von Drogen-Screenings das Mittel der Wahl?	99
4	Vorbeugung	103
	Hilfe ist gut, Vorbeugung ist besser! Wer kann im Betrieb einen Beitrag leisten?	104
	Suchtprävention als eigenständiger Teil der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz?	105
5	Anhang	109
	Musterbetriebsvereinbarung	110
	Musterstufenplan (Privatwirtschaft)	122
	Musterstufenplan (Öffentlicher Dienst)	130
	Literatur	137
	Die DHS	140

Einführung

Der riskante und problematische Alkoholkonsum, der Fehlgebrauch von psychisch wirksamen Medikamenten und der sicherheitsrelevante Konsum von Cannabis, Ecstasy und Kokain bestimmen den umfangreichen Inhalt dieser Broschüre. Es geht um Menschen, die zunächst aus Genuss und später aus Gewohnheit Substanzen konsumieren und damit am Arbeitsplatz auffällig werden. Es geht vor allem aber auch um Beschäftigte, die Stress, Ängste und Sorgen mit Hilfe von Suchtmitteln zu bewältigen versuchen. Die Hoffnung der Betroffenen, dem als unerträglich empfundenen Alltag durch riskanten oder schädlichen Suchtmittelkonsum zu entfliehen, entwickelt sich zu einer Belastung für sie selber, die Partnerinnen oder Partner, die Kinder, die Freunde und nicht zuletzt für Kolleginnen und Kollegen als auch für Führungskräfte am Arbeitsplatz.

Die Broschüre beginnt mit Ausführungen zum risikoarmen Konsum von Alkohol und endet mit der Vorbeugung von Substanzgebrauch als Teil der Gesundheitsförderung. Sie trägt damit dem Gedanken Rechnung, den riskanten Konsum zu reduzieren, unter anderem auch durch eine positive Verstärkung gesundheitsbewussten Handelns.

In vielen Großbetrieben und Verwaltungen gibt es seit Jahren Erfahrungen mit Programmen zur „Suchtprävention und Suchthilfe“. In diesen Unternehmen stehen betriebsinterne Beraterinnen und Berater den Personalverantwortlichen zur

Seite, wenn es um lösungsorientierte Gespräche mit Betroffenen geht. Doch in vielen mittelständischen Unternehmen, Verwaltungen und in Kleinbetrieben stehen interne professionelle Unterstützungsangebote für Vorgesetzte, die suchtmittelauffällige Beschäftigte ansprechen müssen, noch nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung.

Diese Broschüre richtet sich vornehmlich an Führungskräfte in Mittel- und Kleinbetrieben und Verwaltungen, die einen Einstieg in das Thema suchen. Sie erhalten praxisnahe Antworten auf ihre Fragen. Die Inhalte der Broschüre beruhen auf den Erfahrungen jahrelanger Seminar- und Beratungsarbeit mit Führungskräften und weiteren Personalverantwortlichen aus Betrieben und Verwaltungen.

Die Ausgangssituation, sich mit dem Thema zu befassen, kann die bereits vorliegende Situation eines vermuteten problematischen Substanzkonsums einer / eines Beschäftigten oder auch die weise Voraussicht sein, sich frühzeitig informieren zu wollen. Ungeachtet der Einstiegsmotivation, mit Hilfe der Hinweise, die zum Verständnis der Situation gegeben werden, und mit den konkreten Vorschlägen zum Vorgehen im Einzelfall können Kompetenzen vertieft und erweitert werden. Vielleicht hat der eine oder andere in seiner Personalverantwortung auch bereits gehandelt. In diesem Fall kann die Lektüre Bestätigung sein oder zur Reflexion anregen.

Denjenigen, die am Erfolg von Interventionen bei Menschen mit Suchtmittelproblemen zweifeln, sei nochmals Mut gemacht. Frühzeitiges Ansprechen von Problemen erspart manchen Konflikt am Arbeitsplatz, die Demotivation eines belasteten Teams, aber vor allem erspart es der betroffenen Person eventuell die Chronifizierung ihres problematischen Konsums. Hier geht es nicht um Stigmatisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sondern um Fürsorge und Unterstützung. Sofern sich betroffene Beschäftigte einer ambulanten oder stationären Therapie stellen, gibt es für sie selber und für ihre Arbeitgeber eine positive Perspektive: Der sozialmedizinische 2-Jahres-Verlauf nach der Suchtrehabilitation ist laut Aussage der Deutschen Rentenversicherung z. B. bei der Altersgruppe der 40–49-Jährigen gekennzeichnet mit einer Erfolgsquote von 65 %. Das bedeutet in diesem Kontext: Diese hohe Zahl der Rehabilitanden zahlt wieder lückenlos Beiträge in die Rentenversicherung. Auch bei den über 50-Jährigen sind es noch 59 %, die lückenlose Beitragszahlungen zwei Jahre nach Abschluss einer Suchtrehabilitation entrichten. Für eine chronische Krankheit ist dieses ein beachtlicher Erfolg. Jeder, der am Arbeitsplatz dazu beiträgt, verdient Anerkennung!

In der Auseinandersetzung mit den Fragestellungen werden Alkohol, psychisch wirksame Medikamente und die illegalen Drogen getrennt voneinander betrachtet. Dieses entspricht nicht immer der Realität der Betroffenen. Oftmals werden von ih-

nen mehrere Suchtmittel gleichzeitig oder nacheinander konsumiert (im Fachjargon: polytoxikoman). Das Zusammenwirken verschiedener Substanzen kann eine erhöhte Gefahr für die Arbeitssicherheit und eine verringerte Arbeitsfähigkeit bedeuten. Hier geht es nicht nur um die Hilfe im Einzelfall, hier geht es um die Vorbeugung zur Verhinderung von Arbeits- und Wegeunfällen. Das Wissen um die Wirkungsmuster der verschiedenen Suchtmittel kann Personalverantwortlichen eine Hilfe in der Entscheidung sein, das Gespräch zu suchen. Wenn es innerbetrieblich keine qualifizierte Beratung und Unterstützung für Vorgesetzte gibt, bieten sich externe Hilfen an.

Die Qualitätsstandards für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe fordern die Erweiterung des Blickwinkels auf nicht stoffgebundenes Verhalten wie pathologisches Spielen, Internetproblematik, Essstörungen und Arbeitssucht. Es steht außer Zweifel, dass diese Entwicklungsprozesse auch Auswirkungen auf Arbeitssicherheit und Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz haben können. Die Behandlung dieser Themen würde aber den Rahmen der Broschüre sprengen.

Das Verzeichnis der Verbände und Landesstellen für Suchtfragen im Anhang zeigt den Weg zu professioneller, externer Hilfe auf. Hier können Informationsmaterialien und Verzeichnisse der Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke angefordert werden.

1

Alkohol

Wo sind die Grenzen für einen risikoarmen Alkoholkonsum?

Hinter dieser Frage steht der berechtigte Wunsch nach genauen Angaben zu Trinkmengen. Wie viel ist vertretbar und ab wann wird es gefährlich? Die Beantwortung gestaltet sich schwieriger als erwünscht. Die Grenzen zwischen Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit sind fließend.

Der Beantwortung der Frage soll nicht gänzlich ausgewichen werden. Daten und Fakten zum allgemeinen Verhalten der Bevölkerung und Definitionen zum Missbrauch und zur Abhängigkeit machen eine Einschätzung möglich. Bei den genannten Zahlen müssen Verzerrungen durch unterschiedliche Erhebungsmethoden oder auch durch Schmuggel, Schwarzmarkt und dergleichen in Kauf genommen werden.

„Zugegeben, es reizt, mit Zahlen zu hantieren. Sie geben selbst dem flüchtigsten Problem etwas Greifbares, Handfestes, zu Handlungen und Budgets Aufforderndes. Sicherlich ist es auch aus volkswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Sicht hilfreich, sich über Größenordnungen des Alkoholproblems klarzuwerden. Aber fast alle Zahlen und Statistiken zu diesem Thema stehen unter dem Vorbehalt, dass es sich um Schätzungen und Annäherungswerte nicht mit naturwissenschaftlicher Exaktheit erfassbarer Phänomene handelt. Er benutzt Statistik wie ein betrunkenener Mann Laternenpfähle, eher zur Unterstützung als zur Erhellung.“

Andrew Lang; 1844-1912.“

Dietze: Alkohol am Arbeitsplatz

Der Konsum der Deutschen im internationalen Vergleich

In der Rangfolge ausgewählter EU-Staaten und ausgewählter Länder beim Pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol im Jahr steht Deutschland auf Platz 13 mit 12,87 Liter reinem Alkohol. An erster Stelle steht Tschechien, gefolgt von Rumänien, Slowenien und der Slowakei. Dieser Verbrauchswert wird regelmäßig von der Weltgesundheitsorganisation (Anderson, 2012) aktualisiert. Zugrunde gelegt wird der Pro-Kopf-Konsum im Alter von 15 und mehr Jahren.

Die seit dem Jahr 1995 kontinuierlich abnehmende Tendenz des Pro-Kopf-Verbrauchs in Deutschland ist im Jahr 2008 gestoppt worden. Das Institut für Therapieforschung, IFT, in München führt regelmäßig Repräsentativerhebungen durch, die veröffentlicht werden als „Epidemiologischer Suchtsurvey“. Zugrunde gelegt werden folgende Konsummuster:

Konsummuster	Männer	Frauen
Abstinenz		
Risikoarmer Konsum	0-24 g reiner Alkohol pro Tag	0-12 g reiner Alkohol pro Tag
Riskanter Konsum	> 24 g reiner Alkohol pro Tag	> 12 g reiner Alkohol pro Tag

Anhand dieser Grenzwerte ist im Sucht-survey des Jahres 2012 für die deutsche Allgemeinbevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren nachstehender Konsum ermittelt worden:

Konsummuster	Konsumenten in %	Konsumenten in Zahlen	davon Frauen	davon Männer
Abstinenz				
ein Leben lang	3,6 %	ca. 1,8 Mio.	ca. 1,1 Mio.	ca. 0,7 Mio.
die letzten 12 Mon.	9,8 %	ca. 5,0 Mio.	ca. 2,6 Mio.	ca. 2,4 Mio.
die letzten 30 Tage	15,1 %	ca. 7,1 Mio.	ca. 5,0 Mio.	ca. 2,7 Mio.
risikoarmer Konsum				
die letzten 30 Tage	57,3 %	ca. 29 Mio.	ca. 13 Mio.	ca. 16 Mio.
riskanter Konsum				
die letzten 30 Tage	14,2 %	ca. 7,2 Mio.	ca. 3,2 Mio.	ca. 4,0 Mio.

Einen Alkoholmissbrauch (nach DSM-IV Kriterien) weisen 1,61 Mio. (3,1 %) der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 12 Monaten auf, 4,7 % der Männer und 1,5 % der Frauen. Weitere 1,77 Mio. (3,3 %) der Befragten erfüllen, ebenfalls bezogen auf die letzten 12 Monate, eine Alkoholabhängigkeit (nach DSM-IV Kriterien), 4,8 % der Männer und 2,0 % der Frauen.

Von der Weltgesundheitsorganisation wird derzeit noch der Richtwert für einen risikoarmen Konsum für Männer von nicht mehr als maximal 30 g reinem Alkohol pro Tag und für Frauen nicht mehr als maximal 20 g reinem Alkohol pro Tag bei mindestens zwei alkoholfreien Tagen die Woche vertreten.

Im Betrieb sind die Ergebnisse zu den Konsummustern für präventive Ziele

besonders wichtig. Geht es in Zukunft doch vor allem auch um die Reduzierung des riskanten Konsums. Vor diesem Hintergrund rechtfertigen sich sogenannte „Trinkmengenempfehlungen“.

Empfehlungen für einen risikooarmen Konsum

Das Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen hat im Juni 2007 folgende Empfehlung zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke formuliert (für gesunde Menschen mittleren Alters):

Für Frauen Trinken Sie täglich nicht mehr als ein Standardglas. Ein Standardglas enthält ungefähr 10 Gramm reinen Alkohol (etwa 0,25 l Bier oder 0,1 l Wein).

Für Männer Trinken Sie täglich nicht mehr als zwei kleine Gläser Alkohol. Dieses entspricht dem Wert von etwa 20 Gramm Alkohol pro Tag.

Für die unterschiedlichen Grenzwerte, 10-12 Gramm für Frauen und 20-24 Gramm für Männer, sind biologische Faktoren verantwortlich. Bei gleichem Körpergewicht und gleicher getrunkenen Menge Alkohol ist der Alkoholgehalt im Körper der Frau

um etwa 20 % erhöht im Vergleich zum Mann. Die Ursache liegt unter anderem darin, dass der Abbauprozess des Alkohols in der Leber bei der Frau langsamer abläuft, da sie über geringere Mengen des hierfür benötigten Enzyms verfügt.

„Rotwein ist für alte Knaben eine von den besten Gaben“, so dichtete einst Wilhelm Busch. Kritisch zu bewerten sind Forschungsergebnisse, die dem Alkohol auch eine Schutzfunktion sowohl vor ischämischem Herzinfarkt als auch gegen koronare Herzkrankheiten bescheinigen, gleichzeitig werden jedoch alle anderen Körperfunktionen geschädigt. In allen wissenschaftlichen Beiträgen wird deshalb der mäßige Konsum hervorgehoben, bestenfalls 10 Gramm täglich (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). Übrigens hat auch der rote Traubensaft diese schützende Wirkung!

Verschiedene alkoholische Getränke und ihr Alkoholgehalt in Gramm:



Bier
0,3 l
13 g



Wein
0,2 l
16 g



Sherry
0,1 l
16 g



Likör
0,02 l
5 g



Whisky
0,02 l
7 g

Wann spricht man von einem riskanten Alkoholkonsum?

Riskanter Alkoholkonsum findet statt:

- wenn über die körperlich verträgliche Grenze von 12 g Reinalkohol für Frauen und 24 g Reinalkohol für Männer pro Tag hinaus konsumiert wird
- bei Veränderungen der psychischen und/oder physischen Funktionen
- bei Konsum zu unpassenden Gelegenheiten, z.B. im Straßenverkehr, bei der Arbeit
- bei täglichem Konsum
- bei gezieltem Trinken zum Abbau von Spannungen, Ängsten und Stress

Alkohol wirkt stresslösend und entspannend. Daher ist es nahe liegend, dass er als Entspannungsmittel immer wieder eingesetzt wird. Die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bei regelmäßigem Konsum ist groß. Die Gewöhnung, Alkohol als Problemlöser einzusetzen, verhindert zunehmend, nach anderen konstruktiven Möglichkeiten der Entspannung zu suchen.

Gesundheitliche Risiken

Bei regelmäßigen Überschreitungen der genannten risikoarmen Alkoholmengen werden nach heutiger medizinischer Sicht gesundheitliche Risiken für folgende Krankheiten angenommen:

- Übergewicht
- Bluthochdruck
- Herzmuskelerkrankungen
- Gastritis (Entzündung der Magenschleimhaut)
- Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse)
- Impotenz
- Krebserkrankungen des Verdauungstraktes (Mundhöhle, Rachenraum, Speiseröhre und Enddarm) sowie Leber und weiblicher Brustdrüse
- Schädigung des Gehirns mit den Auffälligkeiten: Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bis hin zur Intelligenzminderung
- Fettleber, Leberzirrhose

Direkt oder indirekt in Verbindung mit Alkohol sterben bisherigen qualifizierten Schätzungen zufolge jährlich 74.000 Personen in Deutschland. Dabei gehen 26 % allein auf den Alkoholkonsum und 74 % auf die Kombination von Alkohol und Tabak zurück.

Prävention gesundheitlicher Risiken am Arbeitsplatz

Die Akteure im betrieblichen Gesundheitsmanagement, die sich die Gesunderhaltung der Beschäftigten als oberstes Ziel für ihre vielseitig gefächerten Angebote und Maßnahmen gesetzt haben, wären gut beraten, z.B. unter dem Thema „Gesunde Ernährung“ die Risiken des erhöhten Alkoholkonsums unter ernährungswissenschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten (siehe auch Seite 105). Das Thema hätte unter diesem Aspekt alle Beschäftigten als Zielgruppe vor Augen und würde keine Stigmatisierung Einzelner bedeuten. Den Alkoholkonsum ständig mit dem Thema Missbrauch und Abhängigkeit zu verknüpfen, verstellt den Blick für eine angemessene Prävention im

Betrieb. Dabei hat Deutschland nach Expertenmeinung des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin in Greifswald einen hohen Nachholbedarf in der Prävention alkoholbezogener Krankheiten und Todesfälle.

Am Arbeitsplatz zeigt sich das Thema „riskanter Alkoholkonsum“ in Form von Restalkohol, mit dem Beschäftigte ihre Arbeit beginnen beziehungsweise den Weg zur Arbeit angetreten haben. Sowohl der Weg zum Arbeitsplatz als auch der Heimweg zählen versicherungsrechtlich zum Arbeitsverhältnis. Der Versicherungsschutz kann entfallen, wenn der Arbeitnehmer alkoholisiert fährt.

Unfallrisiken unter Alkoholeinfluss

Mit zunehmendem Promillegehalt steigt die Unfallgefährdung überdurchschnittlich.

0,0 Promille	=	Unfallrisiko normal
0,3 Promille	=	2,0-faches Unfallrisiko über normal
0,6 Promille	=	3,0-faches Unfallrisiko über normal
0,8 Promille	=	4,5-faches Unfallrisiko über normal
1,0 Promille	=	6,5-faches Unfallrisiko über normal
1,2 Promille	=	9,5-faches Unfallrisiko über normal
1,5 Promille	=	16-faches Unfallrisiko über normal

Die Unfallstatistik für 2013 gibt folgendes Bild:

- 13.980 Alkoholunfälle mit Personenschaden
Beteiligte unter Alkoholeinfluss: 12.293 Männer 1.802 Frauen
- 4.843 Menschen wurden schwerverletzt,
12.677 leichtverletzt
- 314 Personen starben, 9,4 % aller tödlich verletzten Verkehrsteilnehmer in Deutschland

Der Weg zur Arbeit: Alkoholkonsum und Fahrtüchtigkeit

Der Gesetzgeber hat in der Vergangenheit ständig nachjustiert, um das Unfallgeschehen unter Alkoholeinfluss weiter zu reduzieren. Die markanten Grenzwerte, die rechtliche Bedeutung haben, sehen wie folgt aus:

- 0,0 ‰ „**absolutes Alkoholverbot**“ für Fahranfänger in der Probezeit oder vor Vollendung des 21. Lebensjahres nach dem Straßenverkehrsgesetz, StVG, Ahndung als Ordnungswidrigkeit einschließlich der Teilnahme an einem speziellen Aufbauseminar und Verlängerung der Probezeit um 2 Jahre.
- 0,3 ‰ „**relative Fahrtüchtigkeit**“, d.h., die Fahreignung ist nicht gegeben, wenn typische Ausfallerscheinungen, Fahrfehler oder konkrete Gefährdungen zu den 0,3 ‰ hinzutreten und ein Kausalzusammenhang angenommen werden muss. § 316 Strafgesetzbuch, StGB sieht Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe vor.
- 0,5 ‰ Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung hat bereits 2001 die 0,5 ‰ mit voller Strafbewährung in Kraft gesetzt: § 24a StVG. Ordnungswidrig handelt, wer 0,5 ‰ oder mehr beim Fahren eines Kfz aufweist, ohne dass er Ausfallerscheinungen – wie bei der 0,3 ‰ -Grenze aufweisen muss.
- 1,1 ‰ „**absolute Fahrtüchtigkeit**“ wird bei dieser Promillegrenze als sicher angenommen und mit Sanktionen nach § 316 StGB belegt, d. h., es wird als Straftat gewertet.
- 1,6 ‰ „**absolute Fahrtüchtigkeit**“ auch beim Führen von nichtmotorisierten (i.d.R. Fahrräder) Fahrzeugen im Straßenverkehr. Es kann zum Entzug der Fahrerlaubnis kommen.

Bei allen aufgeführten Übertretungen drohen neben den genannten Ahndungen weitere Sanktionen wie Punkte im Verkehrszentralregister (Flensburg), Fahrverbote und Führerscheinentzug. Finanzielle und emotionale Belastungen entstehen auch durch die Anordnung einer „Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU)“, deren Gutachten über den Führerscheinerhalt entscheidet.

Wahrscheinlich haben die gesetzlichen Maßnahmen gekoppelt mit vermehrten Kontrollen im Straßenverkehr, aber auch die Herstellung sicherer Fahrzeuge und diverse Präventionskampagnen und nicht zuletzt die Verantwortungsbereitschaft des Einzelnen zu einer erheblichen Reduzierung des Unfallgeschehens im Straßenverkehr beigetragen.

Die Blutalkoholkonzentration – ein schwer zu berechnender Faktor

Bei der oft gestellten Frage „Wie viel darf ich eigentlich trinken?“ steht zwar die gesundheitliche Verträglichkeit im Vordergrund, sehr häufig nimmt die Diskussion aber auch die Wendung zum entsprechenden Promillegehalt und der Fahrtüchtigkeit. Verlässliche Aussagen zu dieser Frage sind nicht wirklich möglich. In der Fachliteratur wird daher oft auf entsprechende Antworten verzichtet. Da es in dieser Broschüre unter anderem um mehr Sicherheit für den Arbeitsplatz und auch den Erhalt des Versicherungsschutzes der Beschäftigten auf dem Weg von und zur Arbeit geht, soll ein Hinweis zum Errechnen der BAK erfolgen.

Die Blutalkoholkonzentration (BAK) ist ein Maß für die Menge von Alkohol im Blut und wird üblicherweise in Gewichtsanteilen als g/kg (in Promille) angegeben. Die BAK wird verwendet, um Aussagen über die Einschränkungen der Konzentrations-, Reaktions- und Zurechnungsfähigkeit durch Alkohol abzuleiten.

Die **Alkoholkonzentration** im Blut hängt von folgenden, mit Buchstaben gekennzeichneten Faktoren ab:

- **c** die Alkoholkonzentration im Blut in Gramm pro Kilogramm Blut
- **A** die aufgenommene Masse des Alkohols in Gramm
- **m** die Masse der Person in Kilogramm
- **r** der Reduktions- oder Verteilungsfaktor im Körper (Männer etwa 0,7; Frauen etwa 0,6)

Der schwedische Chemiker Erik Widmark hat folgende Formel zur Berechnung aufgestellt:

$$c = \frac{A}{m \cdot r}$$

Da für die Errechnung der BAK der **Gehalt an reinem Alkohol in Gramm** in den Getränken bekannt sein muss, ist dieser Wert anhand der Angaben auf dem Etikett (dort in Volumenprozent angegeben) umzurechnen, wobei das spezifische Gewicht von Alkohol bei etwa 0,8 g/ccm liegt. Diese Berechnungsformel lautet:
Alkoholgehalt in Volumenprozent
x Volumen in ccm x 0,8 g/ccm
= Alkohol in Gramm

$$\text{Menge in ml} \times \frac{\text{Volumenprozent}}{100} \times 0,8 = \text{Gramm reiner Alkohol}$$

Beispiel für ½ Liter Bier mit 4,8 Volumenprozent: 500 ccm x 4,8 : 100 x 0,8 = 19,2g Alkohol

Zwei anschauliche Beispiele für die Widmark-Formel:

Frau Müller-Thurgau wiegt 60 kg, sie trinkt ein „Viertel“ (250 ccm) Wein (ca. 11 Volumenprozent).

Wie viel Alkohol ist dieses in Gramm?
250 x 11:100 x 0,8 = 22 g Alkohol

Wie viel Blutalkoholkonzentration liegt vor? **22 : (60 x 0,6) = 0,61 Promille**

Herr Thurgau wiegt 80 kg, er trinkt „zwei Halbe“ (1000 ccm) Bier (ca. 4,8 Volumenprozent).

Wie viel Alkohol ist dieses in Gramm?
1000 x 4,8 : 100 x 0,8 = 38,4 g Alkohol

Wie viel Blutalkoholkonzentration liegt vor? **38,4 : (80 x 0,7) = 0,685 Promille**

Prävention des riskanten Alkoholkonsums im Straßenverkehr

Wenn die Suchtprävention am Arbeitsplatz einen größeren Stellenwert bekommen soll, muss bei aufklärender Arbeit auch an das Thema „Substanzkonsum im Straßenverkehr“ gedacht werden. Allen Beschäftigten, vor allem den Auszubildenden des Betriebes sollten noch einmal die gesetzlichen Grundlagen aufgezeigt werden – selbst wenn davon auszugehen ist, dass die Fahrschulen diesbezüglich Aufklärung betreiben. Die Motivation, für den Erhalt des Führerscheins auch einen risikoarmen Konsum von Alkohol anzustreben, gilt nicht nur für junge Menschen. Abgesehen von der gezielten Information zur Aufklärung sollte es für den Arbeitgeber auch ein Ansporn sein, bei betrieblichen Festen und Feiern entsprechend vorzusorgen. Hier heißt Vorsorge: Kein Beschäftigter verlässt das Unternehmen mit dem eigenen Fahrzeug in alkoholisiertem Zustand und verstößt damit gegen die gesetzlichen Regelungen. Diese Fürsorge muss umso mehr für junge Beschäftigte greifen, die gegebenenfalls sogar noch der 0-Promille-Grenze unterliegen.

Punktnüchternheit – ein Konzept mit Überzeugungscharakter

Das Konzept der Punktnüchternheit, das seit Ende der 90er Jahre in Deutschland – initiiert durch die Weltgesundheitsorganisation – propagiert wird, bietet sich besonders gut für die betriebliche Suchtprävention an, zeigt es doch Situationen auf, in denen auch selbst ein risikoarmer Alkoholkonsum unangebracht ist.

Punktnüchternheit als gesellschaftliches Gesamtkonzept bedeutet:

- Kein Alkohol in der Schwangerschaft und in der Stillzeit
- Kein Alkohol im direkten Kontakt mit Kindern
- Kein Alkohol bei akuter Erkrankung
- Kein Alkohol im Straßenverkehr
- Kein Alkohol bei der Arbeit

Punktnüchternheit am Arbeitsplatz bedeutet:

Auf Alkoholkonsum wird nicht lediglich aufgrund von Gesetzen, Weisungen und dergleichen verzichtet, sondern in erster Linie aus innerer Überzeugung in die Sinnhaftigkeit von Punktnüchternheit. Punktnüchternheit ist ein Überzeugungskonzept, das sowohl der Gesundheit der Beschäftigten als auch der Qualität der Arbeit und der Arbeitssicherheit entspricht. Es ist leichter vermittelbar als das „generelle Alkoholverbot“, das leicht auf den Widerstand der Beschäftigten stößt. Auch wenn man ein Konzept bevorzugt, das auf Einverständnis und Einsicht setzt, so ist in der Realität am Arbeitsplatz ein Alkoholverbot nicht selten.

Wann sind direkte und indirekte „Alkoholverbote“ möglich?

Die Wirkung von Alkohol kann sich unstrittig negativ auf die Abläufe in der Arbeitswelt auswirken. Dabei ist es gleichgültig, ob er während der Arbeitszeit oder zeitlich so vor Arbeitsbeginn konsumiert wird, dass er in sie hineinwirkt. Daher ist es naheliegend, nicht nur auf eine freiwillige Konsumbeschränkung zu setzen, sondern auch auf gesetzliche und vertragliche Verbote. Diese können absolut sein, also einen vollständigen Verzicht verlangen, als auch relativ, d. h., es sind nur solche Alkoholmengen erlaubt, die sich nicht auf die zu erbringende Arbeitsleistung schädlich auswirken. Sie können direkt wirken, also den Konsum in bestimmten Räumen oder auf dem Firmengelände verbieten. Sie können aber auch indirekt zur Wirkung kommen, z.B. indem eine bestimmte Tätigkeit unter Alkoholeinfluss verboten ist oder lediglich die Abgabe von Alkohol in der Kantine untersagt ist. Der langjährig in der Suchtarbeit tätige Jurist Lothar Rimpl führt dazu aus: Alkoholverbote, die sich auf und in der Arbeitswelt auswirken, können auf folgenden Grundlagen beruhen:

1 In Form von **Gesetzen** durch die Parlamente des Bundes und der Länder. Hier sei noch mal an die genannten Gesetze zum Führen eines Kraftfahrzeuges erinnert, die für Fahrer und Auszubildende zutreffen (Seite 15). Hinzu kommt das Abgabeverbot von Alkohol an Kinder und Jugendliche in der „Arbeitswelt“ (§ 32 JArbSchG).

2 In Form von **Verordnungen** durch Regierungen bzw. die ihnen nachgeordneten Behörden aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung. Beispiele dafür sind:

der Bundesminister für Verkehr:

- Absolutes Alkoholverbot für Betriebspersonal/Betriebsbedienstete von O-Bussen, Bussen, Taxen, Mietwagen und Straßenbahnen (§ 8 BOKraft und § 13 BOStrab, verordnet aufgrund von § 57 PBefG).
- Absolutes Alkoholverbot für Fahrzeugführer von Gefahrguttransportern (§ 28 Nr. 13 GGVSEB – verordnet aufgrund von § 3, Abs. 1, 2 und 5; § 7a; § 5 Abs. 2 und 3 GGBefG).

das hessische Oberbergamt:

- Absolutes Alkoholverbot für „unter Tage und im Tagebau“ (§ 12 Hess. ABV – verordnet aufgrund § 3a und § 197 Hess. ABG).

3 In Form der **Unfallversicherungsträger** (gewerbliche und landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften sowie Unfallkassen mit Dachverbänden). Sie können gem. § 15 SGB VII als autonomes Recht Unfallverhütungsvorschriften, UVVs, erlassen, z.B. die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung, DGUV mit folgendem Wortlaut: „Der Unternehmer darf keinen Versicherten beschäftigen, der erkennbar nicht in der Lage ist, die Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen. Entsprechend darf sich der Versicherte nicht z.B. durch Alkoholkonsum in einen Zustand versetzen, durch den er sich oder andere gefährdet.“ (§ 7 Abs. 2 und § 15 Abs. 2 und 3 DGUV Vorschrift 1). Hieraus allein lässt sich noch nicht zwangsläufig ein Alkoholverbot ableiten, denn mit geringen Blutalkoholwerten können Versicherte vielfach die Arbeit noch ausführen, ohne eine Gefahr für sich oder andere darzustellen.

Anders ist es, wenn bereits geringste Mengen Alkohol eine entsprechende Gefahr darstellen, wie z.B. beim Umgang mit krebserregenden oder anders gefährlichen Stoffen. Hier kommen das ChemG (siehe § 19 Abs. 1) und die darauf beruhende GefStoffV (siehe § 14) zum Tragen. So hat z.B. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Mittel- und Ostdeutschland unter Bezug auf die GefStoffV eine UVV erlassen (VSG 4.5). In dieser wird unter § 4 für die Arbeit mit Kalkstickstoff der Konsum von Alkohol vor, während und nach der Tätigkeit ausgeschlossen.

Ein Alkoholverbot einschließlich anderer berauschender Mittel enthalten auch die Unfallverhütungsvorschriften für Wach- und Sicherheitsdienste (§ 5 BGV C 7).

Alkoholverbote durch den Arbeitgeber

Der Arbeitgeber kann bzw. muss mittels seines Direktionsrechtes Weisungen an die Arbeitnehmer erteilen, nicht nur um deren Leistungspflicht zu konkretisieren, sondern auch um sie vor gesundheitlichen Gefährdungen und Arbeitsunfällen zu schützen. Er kommt u. a. damit seiner Fürsorgepflicht nach. Die rechtlichen Grundlagen für das Weisungsrecht des Arbeitgebers finden sich in § 106 GewO, § 315 BGB und den §§ 242, 617, 618 BGB (Fürsorgepflicht) sowie den entsprechenden anderen zum Teil o. g. arbeitsrechtlichen Vorschriften. Die Weisungen dürfen nicht gegen den Arbeitsvertrag bzw. die Betriebsvereinbarungen, Tarifverträge oder gesetzliche Bestimmungen verstoßen. Stets ist zu beachten: Der Arbeitnehmer (bzw. die Arbeitnehmerin) schuldet vertraglich eine Arbeitsleistung und keine Abstinenz bzw. Mäßigung. Sein Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit gilt auch in der Arbeitswelt, wie § 75

Abs. 2 Satz 1 Betr. VG eigens hervorhebt. Der Arbeitgeber kann durch Weisung ein Alkoholverbot aussprechen, wenn es sich um Tätigkeiten handelt, bei denen schon geringfügige Unaufmerksamkeiten zu starken Gefährdungen führen können, bzw. wenn die Weisung im erforderlichen Zusammenhang mit den Unterweisungen und Unterweisungen gem. § 14 GefStoffV steht.

Auch § 3 ArbSchG kann, bei Vorlage einer entsprechenden Gefährdungsbeurteilung, eine solche Maßnahme stützen. Das gilt insbesondere dann, wenn vorangehende, weniger einschneidende Maßnahmen nicht den erforderlichen Erfolg gebracht haben und dieses durch Evaluation belegt ist.

Konsumbeschränkungen sind insbesondere bei gefahrgeneigten Tätigkeiten angezeigt.

Gefahrgeneigte Tätigkeiten sind zum Beispiel:

- Steuerung von Dienstkraftfahrzeugen
- Arbeiten, bei denen persönliche Schutzausrüstung vorgeschrieben ist
- Arbeiten mit hochwertigen Geräten und Anlagen wie z.B. Laser, Radioaktivität
- Arbeiten an elektrischen Anlagen und Geräten
- Wartungs- und Reparaturarbeiten an Anlagen, Geräten, Maschinen, Motoren, die nur durchgeführt werden können, wenn Schutzeinrichtungen abgeschaltet werden
- Kälte- oder Hitzearbeiten
- Arbeiten in Bereichen, bei denen besondere Stolper-, Rutsch- und Absturzgefahren bestehen

Soweit es bei diesen Weisungen nicht lediglich um die Konkretisierung der Arbeitspflicht einzelner Arbeitnehmer, sondern um die Gestaltung der betrieblichen Ordnung geht, ist der Betriebsrat – so vorhanden – zu beteiligen (§ 87 Abs. 1, Nr. 1 Betr.VG).

Schon wegen der schwierigen Abgrenzung zwischen mitbestimmungsfreien und mitbestimmungspflichtigen Alkoholverboten empfiehlt es sich, bei ihrer Einführung möglichst den Betriebsrat zu beteiligen und im Dissens die Einigungsstelle anzurufen. Aber auch einvernehmliche Regelungen haben sich an höherwertigem Recht zu orientieren, zumal der Arbeitgeber und der Betriebsrat „die freie Entfaltung der Persönlichkeit der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer zu schützen und zu fördern“ haben. Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte (§ 75 Abs. 2 Betr.VG) können also schon deshalb unzulässig sein. Maßstab ist die Frage, ob die Betriebsvereinbarung verhältnismäßig, geeignet, erforderlich und unter Berücksichtigung der Freiheitsrechte angemessen ist.

Ein Alkoholverbot kann sich auch indirekt aus dem Arbeitsvertrag ergeben, in dem sich der Arbeitnehmer zur Erbringung bestimmter Leistungen verpflichtet. Er darf sich demzufolge nicht in einen Zustand versetzen, in dem er die geschuldete Leistung nicht erbringen kann. Es handelt sich hier um eine vertragliche Nebenpflicht gemäß § 241 und § 242 BGB.

Alkoholverbote können auch einzelvertraglich zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer vereinbart werden. Die Summierung solcher Einzelvereinbarungen darf aber nicht zu einer Aushöhlung des Mitbestimmungsrechtes des Betriebsrates führen.

Die Entscheidungsträger im Betrieb sollten das Alkoholverbot nicht als ihren Beitrag zur Suchtprävention sehen. Überzeugungskonzepte wie die bereits beschriebene „Punktnüchternheit“ entsprechen den Standards zur betrieblichen Suchtprävention und Hilfe. Auf jeden Fall ist die isolierte Maßnahme eines Verbotes nicht ausreichend, es bedarf mindestens der Ergänzung durch Angebote zur Hilfe für substanzbedingt auffällige Beschäftigte.

Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG: Arbeitsschutzgesetz

ArbStättenV: Verordnung über Arbeitsstätten

BAK: Blutalkoholkonzentration

BetrVG: Betriebsverfassungsgesetz

BGB: Bürgerliches Gesetzbuch

BGV: Berufsgenossenschaftliche Vorschriften

BOKraft: Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrunternehmen im Personenverkehr

BOSTrab: Verordnung über den Bau und Betrieb der Straßenbahnen

ChemG: Chemikaliengesetz

GefStoffV: Gefahrstoff-Verordnung

GewO: Gewerbeordnung

GGBefG: Gefahrgutbeförderungsgesetz

Hess. ABG: Allgemeines Berggesetz,

Land Hessen

Hess. ABV: Allgemeine Bergverordnung,

Land Hessen

JuSchG: Jugendschutzgesetz

JArbSchG: Jugendarbeitsschutzgesetz

PBefG: Personenbeförderungsgesetz

GGVSEB: Verordnung über die innerstaatliche und grenzüberschreitende Beförderung

gefährlicher Güter auf der Straße, mit

Eisenbahnen, auf Binnengewässern

SGB VII: Sozialgesetzbuch 7;

Gesetzliche Unfallversicherung

StGB: Strafgesetzbuch

StVG: Straßenverkehrsgesetz

VSG: Vorschriften für Sicherheit und

Gesundheitsschutz

UVV: Unfallverhütungsvorschriften

Welche Definitionen gibt es für die Alkoholkrankheit?

Alkoholkrank ist jemand, der

- nicht auf Alkohol verzichten kann – **Abstinenzverlust**
- zwar auf Alkohol verzichten kann, aber die Alkoholmenge nicht mehr kontrollieren kann, wenn er/sie angefangen hat zu trinken – **Kontrollverlust**

Seit 1968 gibt es das Urteil des Bundessozialgerichts: „Trunksucht ist eine Krankheit.“ Der **Abstinenzverlust** und der **Kontrollverlust** werden hierbei als Kriterien zugrunde gelegt. Für den Laien ist es in der Regel nicht erkennbar, ob jemand bereits alkoholkrank oder stark gefährdet ist. Es ist ein schleichender Übergang vom Alkoholmissbrauch zur Abhängigkeit.

Alkoholgefährdet oder alkoholkrank ist,

- wer bei seelischen Spannungen nach Alkohol verlangt
- wer sich ohne einige Gläser Alkohol am Tag nicht wohl fühlt
- wer anfängt, heimlich und allein zu trinken
- wer morgens häufig Alkohol trinkt
- wer nach wenig Alkohol ein gesteigertes Verlangen nach mehr verspürt
- wer Zittern und Unruhe durch Alkohol zum Verschwinden bringt
- wer das Trinken von selbst nicht aufgeben kann
- wer durch sein gewohnheitsmäßiges Trinken seine Organe schwächt und sein Wesen verändert
- wer durch das Trinken sich selbst und seine Umwelt schädigt und seine Beziehung zum Mitmenschen stört

Die genauen diagnostischen Kriterien sind in den beiden internationalen Diagnosehandbüchern DSM-5® (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD-10 (International Classification of Diseases) nachzulesen.

Achtung bei der Verwendung verschiedener Begriffe am Arbeitsplatz

Die Begriffe „Alkoholkrankheit“, „Alkoholabhängigkeit“ oder „Alkoholmissbrauch“ sind Begriffe, die mit o. g. Diagnosemanual unterlegt sind. Sie werden von den entsprechenden Akteuren wie Medizinern, Psychologen und deren Assistenzberufen verwandt. Die Definitionen sind wichtig im Kontext von Beratung und Behandlung. Hier haben sie ihren berechtigten Platz.

Am Arbeitsplatz sollen und können keine Diagnosen gestellt werden. Der Versuch, Beschäftigten ein Krankheitsbild zu unterstellen, wird in der ausgeprägten Form auch nur beim Alkoholismus versucht – bei anderen Krankheiten sind Laien vorsichtiger. Gleichzeitig mit der Verwendung des Begriffes „Alkoholismus“ signalisieren Führungskräfte aber auch, dass sie sich überfordert fühlen, den Abhängigkeitsgrad eines Mitarbeiters zu beurteilen. Da die Betriebs-/Dienstvereinbarungen, BV bzw. DV, vielfach umfangreiche Ausführungen zum Thema „Krankheit und Missbrauch“ machen und den Begriff wiederholt verwenden, lenken sie gezielt den Blick der Personalverantwortlichen auf die „Spitze des Eisberges“. Nicht frühzeitige Intervention bei ersten Auffälligkeiten findet statt, sondern spätes Reagieren, wenn das Händezittern des Mitarbeiters als eindeutiges Zeichen seiner Abhängigkeit gewertet wird. Erklärtes Ziel einer BV/DV ist immer die **frühzeitige Hilfe** für auffällige Beschäftigte.

Das bisherige Vokabular ist für die Schärfung der frühzeitigen Wahrnehmung und zweitens für die Kommunikation mit auffälligen Beschäftigten am Arbeitsplatz nicht hilfreich!

Nützlicher ist es, vom risikoarmen, risikanten und schädlichen Konsum zu sprechen. In der Vorbeugung geht es darum, mit einer positiven Formulierung im Sinne der Gesundheitsförderung „den bewussten und risikoarmen Konsum zu stärken“, statt den „Alkoholmissbrauch zu bekämpfen“. In der Kommunikation mit auffälligen Beschäftigten wird in erster Linie der Begriff „riskanter Konsum“ benutzt, wenn es zu Auffälligkeiten am Arbeitsplatz gekommen ist. Bei der Verwendung dieses Vokabulars sind weniger Diskriminierung und Moral im Spiel, die Gespräche können dadurch konfliktfreier verlaufen.

Die wiederholte Verwendung der wertfreieren Begrifflichkeiten trägt dazu bei und unterstützt die betreffende Person, die eigene Wahrnehmung möglicher Veränderung entsprechend früher zuzulassen, weil niemandem ein Krankheitsbild unterstellt werden muss.

Woran erkenne ich Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben?

Es ist Hilfe und ein Gebot der Fürsorge, Beschäftigte mit Auffälligkeiten, die eine Vermutung nahelegen, dass riskanter oder sogar schädlicher Alkoholkonsum vorliegt, am Arbeitsplatz anzusprechen. Daher ist es notwendig und legitim, Auffälligkeiten zu benennen, die den Blick der Führungskräfte schärfen. Nach einer Beobachtungsphase, die eine realistische Wahrnehmung ermöglicht, kommt im zweiten Schritt die Bewertung des auffälligen Verhaltens.

Die Bewertung der Beobachtungen durch die zuständige Führungskraft entscheidet dann darüber, welches der möglichen Gespräche (siehe Seite 48 ff) angezeigt ist. Beginnen wir zunächst mit dem ersten Schritt, die Wahrnehmung schärfen.

Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben, können in mehreren Bereichen auffällig werden: in der Arbeitsleistung und Arbeitshaltung, im Sozialverhalten sowie im Gesundheitsverhalten und äußerem Erscheinungsbild.

Mögliche Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten

- bei flexiblen Arbeitszeiten häufen sich die Minusstunden über das vom Arbeitgeber zugestandene Maß
- unentschuldigtes Fehlen, das nachträglich mit einem Urlaubstag abgegolten werden soll
- fehlerhafte Arbeitsergebnisse und Arbeitsrückstände
- aktive Phasen mit nachfolgendem deutlichem Leistungsabfall
- uninteressiert an Arbeitsabläufen oder auch überengagiert, d. h. Arbeitsvorhaben nicht aus der Hand gebend
- mit vielen Arbeitsaufgaben gleichzeitig beschäftigt, aber nicht nachvollziehbar für Dritte
- Termine werden versäumt, Unzuverlässigkeiten häufen sich
- fahrig, unkonzentriert, nervös – vor allem vor Arbeitspausen und Arbeitsende
- Entfernen vom Arbeitsplatz während der Arbeit; oft irgendwie unterwegs
- vorgezogenes Arbeitsende oder auch Anhäufung von nicht vereinbarten Überstunden
- Überziehen der Pausen und unregelmäßiger Arbeitsbeginn

Mögliche Auffälligkeiten im Sozialverhalten

- Aggressivität tritt einerseits ohne nachvollziehbaren Anlass auf, andererseits dann, wenn Kritik geäußert wird
- Person kann nicht mehr zwischen sachbezogener und persönlicher Kritik unterscheiden, bezieht zunehmend alles auf sich; eigene Fehler werden abgewehrt und geleugnet
- schuld sind auf jeden Fall die anderen, entweder konkrete Personen oder die widrigen Umstände – die Eigenverantwortung lässt erheblich nach
- Problemperson zieht sich zurück, meidet Kontakte zu anderen; in der direkten Begegnung wird der Blickkontakt vermieden oder das Gegenteil trifft zu
- Kontakte werden zu allen gepflegt, keine Gelegenheit zur Unterhaltung wird ausgelassen, vor allem Feste und Feiern ziehen die betroffene Person magisch an
- häufig werden einige wenige Kontaktpersonen gesucht und gefunden, denen Einblicke in das Privatleben gewährt werden, auf der Suche nach Trost, Mitleid und Verständnis
- in Konfliktsituationen, in denen sich die oder der Betreffende in die Enge getrieben sieht, kann es zu erpresserischem Verhalten kommen – gelegentlich werden sogar Selbstmordgedanken geäußert
- wenn das Geld immer knapper wird, werden Kolleginnen und Kollegen um finanzielle Unterstützung gebeten
- im Laufe der gesamten Wesensveränderung tritt zunehmend ein negatives Denken für alle Lebensbereiche auf, verbunden mit einer restriktiven Haltung zu allgemein gesellschaftspolitischen Fragestellungen

Auffälligkeiten im Gesundheitsverhalten und äußerem Erscheinungsbild

- häufige Fehltag, die als Kurzerkrankungen ohne ärztlichen Nachweis meistens durch Dritte entschuldigt werden
- ungepflegtes Erscheinungsbild, z. B. nachlässige Kleidung, mangelnde Körperpflege oder im Gegenteil: übermäßig geschminkt und betont auf das äußere Erscheinungsbild achtend
- aufgedunsenes Gesicht, gerötete Gesichtsfarbe
- glasige Augen
- Gleichgewichtsstörungen beim Gehen oder auch überkontrolliertes Gehen
- verlangsamte, verwässerte Sprache
- häufige Schweißausbrüche und ständiges Lüften
- übermäßige Müdigkeit
- Alkoholfahne, die evtl. bereits am Morgen vorhanden ist
- Alkoholfahne, die mit reichlich Rasierwasser oder Raumdüften oder Mundsprays oder Bonbons/Kaugummis übertüncht und damit kaschiert wird
- Zittern der Hände

Die Auffälligkeiten müssen nicht alle gleichzeitig auftreten, oft fehlt sogar das eindeutigste Merkmal – nämlich die Fahne. Das Fehlen der Fahne erschwert das Handeln, aber es darf nicht die Interventionen verhindern. (Zur Erinnerung: Es geht nicht um „das Diagnostizieren von Alkoholismus“!)

Die Wahrnehmung von Veränderungen einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters sollte frühzeitig Anlass für ein Gespräch sein. Auch Beschäftigte, die durch tragische private Umstände in Krisen geraten sind und über einen längeren Zeitraum massive Veränderungen zeigen, brauchen den Hinweis auf ihr jetziges Arbeits- und Sozialverhalten. Sie müssen wissen, wie sie von anderen gesehen und erlebt werden. Personalverantwortliche haben hier die Möglichkeit, durch Fürsorgegespräche einer Chronifizierung des Geschehens vorzubeugen. Es gibt Beratungsangebote, wie z.B. Ehe-, Lebens- und Erziehungsbe-

ratungsstellen, die diesen Personen ein Hilfeangebot machen können. Oft ermöglichen erst die Rückmeldungen der Umgebung die Annahme von Hilfe. Die Person selber sieht eventuell die verfahrenere Situation und deren Auswirkungen auf die Arbeit und den Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen nicht mehr realistisch.

Jene Beschäftigten, die an dieser Stelle immer wieder Zweifel anmelden, ob ein Ansprechen der Person gerechtfertigt sei, sollen ermutigt werden, Verantwortung zu übernehmen. Die Sorge, es handelt sich hierbei um Denunziation, muss natürlich abgewogen werden. Sie darf aber nicht als Schutzbehauptung dienen und jedes sinnvolle Handeln unterbinden. Ehemals abhängige, jetzt trockene Alkoholiker weisen immer wieder darauf hin, wie wichtig die Gespräche am Arbeitsplatz für sie waren. Leider, so ihre Erfahrungen, erfolgten diese Rückmeldungen über ihre augenfälligen Veränderungen häufig erst sehr spät.

Der Entscheidungsprozess

„Muss ich was tun oder ist es nur eine vorübergehende Krise?“ Die Führungskraft wird sich in dieser Zweifelssituation ein konkretes Bild verschaffen wollen. Eine Hilfe kann eine Bestandsaufnahme

sein: „Wie waren Arbeitsleistung, Sozialverhalten dieses auffälligen Beschäftigten noch vor zwei Jahren und wie ist das Verhalten im Vergleich dazu heute?“

Rückblick: vor etwa ein bis zwei Jahren

Soziale Kontakte

- War die Person integriert unter den Kolleginnen und Kollegen?
- Gab es engere, persönliche Kontakte zu Einzelnen im Kollegenkreis?
- Habe ich als Führungskraft auch gelegentlich ein persönliches Wort mit der / dem Betroffenen gesprochen?
- Pfl egte die Person auch Kontakte zu anderen Abteilungen mit gleichzeitiger Erledigung ihrer Arbeitsaufgaben?
- Etc.

Arbeitshaltung

- Wie aufnahmefähig und motiviert war die Person vor Arbeitspausen und Arbeitsende?
- Wie schnell wurden Arbeitsaufträge erledigt?
- Machte die betroffene Person konstruktive Verbesserungsvorschläge?
- Hätten Sie die Person im Rahmen der Personalentwicklung gerne gefördert?
- Hätten Sie – ohne Bedenken – dem Antrag auf Weiterbildung zugestimmt?
- Waren Kundenkontakte unkompliziert?
- Etc.

Bestandsaufnahme: Verhalten heute

Soziale Kontakte

- Arbeitet die betroffene Person zurückgezogen? Nimmt sie noch an gemeinsamen Aktivitäten teil?
- Sind freundschaftliche Kontakte am Arbeitsplatz noch vorhanden?
- Entzieht sie sich der Führungskraft und lässt persönliche Fragen nicht mehr zu?
- Gibt es Gerede hinter ihrem Rücken?
- Möchte keiner mit ihr gemeinsam Arbeitsaufgaben erledigen?
- Ist die Person distanzlos, d.h., erzählt sie jedem immerzu Persönliches?
- Etc.

Arbeitshaltung

- Würden Sie mit einer „kniffligen“ Fragestellung kurz vor Arbeitsende zur betroffenen Person gehen?
- Müssen Sie jetzt die Erfüllung von termingebundenen Aufgaben anmahnen?
- Fragen Sie sich heute, ob sich die beantragte Weiterbildung für die betroffene Person lohnt?
- Halten Sie die betroffene Person jetzt häufiger von Kundenkontakten fern, weil Sie Zweifel am Auftreten haben? Gibt es vielleicht sogar schon eine Kundenbeschwerde?
- Etc.

Arbeitsleistung

- Wurde die/der Betroffene in der Aufteilung gleichwertig mit Aufgaben betraut? Haben Sie sogar gelegentlich die Obergrenze der Aufgabenbeschreibung aus dem Arbeitsvertrag genutzt?
- War die/der Betroffene bei der Erledigung von Sonderaufgaben hilfreich?
- Hatten Sie keine Bedenken bei der Ausübung gefahrgeneigter Tätigkeiten bei der Person?
- Kam sie mit dem eigenen Pkw zur Arbeit und benutzte diesen gelegentlich auch im Auftrag des Arbeitgebers?
- Etc.

Gesundheit

- Gab es durchschnittliche Fehlzeiten oder vielleicht sogar kaum krankheitsbedingte Fehlzeiten?
- Sah die betroffene Person gesund aus?
- Wenn Krankheiten vorkamen, sprach sie im Kollegenkreis darüber?

Arbeitsleistung

- Geben Sie immer häufiger Routinearbeiten an die/den Betroffene(-n), damit weniger Fehler passieren?
- Fragen Sie sich öfter: „Wie ist die betroffene Person heute drauf: gut oder eingeschränkt? Verteilen Sie dementsprechend Aufgaben?“
- Haben Sie die Arbeitsmenge bereits reduziert?
- Lassen Sie für die betroffene Person nur noch Arbeiten zu, die keine Sicherheitsrisiken bergen?
- Sind Sie verunsichert, wenn Sie sehen, dass die Betroffene mit dem eigenen Pkw vom Hof fährt?

Gesundheit

- Wie ist der Krankenstand im letzten halben Jahr?
- Gibt das äußere Erscheinungsbild Anlass zur Sorge?
- Sind häufige Krankmeldungen von unterschiedlichen Ärzten ausgestellt?

Im konkreten Fall bietet es sich für die Führungskraft an, diese Fragen schriftlich auf zwei Blättern zu beantworten und die Ergebnisse zur Gegenüberstellung zu nutzen. Nicht selten „kommt man sich dabei selber auf die Schliche“, das heißt, der/die Vorgesetzte hat sein/ihr eigenes Handeln schon auf die Unzulänglichkeiten der betroffenen Person abgestellt. Er spricht diese nicht mehr zu Zeiten an, die eine unwirische Reaktion erwarten lassen, oder der Spielraum in der Arbeitsplatzbeschreibung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin wird nur noch im unteren Bereich

gesehen (Routinearbeiten). In dieser Situation stellt sich für die Führungskraft dann konkret die Frage: „Will ich mein Handeln von der auffälligen Person bestimmen lassen, wie lange noch? Oder versuche ich, die Situation durch Ansprechen der Auffälligkeiten aktiv zu verändern?“

Der Reflexion über die Veränderung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin ist immer eine Beobachtungsphase vorgeschaltet. Kommt es zu einem negativen Resümee, dann fällt es schwer, diese Situation weiter zu ignorieren oder eventuell sogar zu ertragen.

Was kann Führungskräfte hindern, Auffälligkeiten wahrzunehmen?

Ob Auffälligkeiten von Beschäftigten mit Alkoholproblemen wahrgenommen werden, hängt davon ab:

- ob die Führungskraft selber mögliche Auffälligkeiten kennt und bereit ist, Veränderungen der Betroffenen wahrzunehmen und anzusprechen;
- welcher Bewertungsmaßstab – wann ist was auffällig? – in der Organisation vorliegt;
- ob das direkte Umfeld der Betroffenen die Wahrnehmung von Auffälligkeiten zulässt.

Wahrnehmungen der Führungskraft

Die eigene Wahrnehmung kann beeinträchtigt sein durch Vorinformationen zu einer Person. Ist die Vorinformation positiv, so werden die Anlässe besonders gespeichert, die diese Information verstärken. Ist die Vorinformation eher negativ, werden gehäuft Situationen wahrgenommen, die eine Bestätigung dieser Mitteilung darstellen. Vor diesem Hintergrund sind Beurteilungen und Weiterempfehlungen für den nächsten Arbeitsplatz von besonderer Bedeutung. Oft werden Personen mit Alkoholproblemen und damit verknüpften Arbeitspflichtverletzungen von einer Abteilung zur nächsten versetzt, ohne den Grund der Versetzung zu benennen. Die Hoffnung, dass der neue Arbeitsplatz und das veränderte kollegiale Umfeld der Person helfen, ihr Problem in „den Griff zu bekommen“, wird in der Regel nicht eingelöst. Im Gegenteil, an dem neuen Arbeitsplatz werden Auffälligkeiten wieder sichtbar. Bevor die Person auf ihre (Alkohol-)Probleme angesprochen wird,

vergehen erneut Wochen und Monate.

Dieses ist zum Nachteil der Betroffenen, da sich ihr Alkoholmissbrauch manifestieren kann. Sofern es zu häufigeren Versetzungen kommt, erfolgt oftmals über Jahre keine notwendige Intervention.

Führungskräfte, die bei einer neuen Mitarbeiterin oder einem neuen Mitarbeiter Auffälligkeiten wahrnehmen, die ein Alkoholproblem nahelegen, sollten nicht warten, bis sie sich ganz sicher sind. Sie könnten die Person fragen, warum sie ihren Arbeitsplatz gewechselt hat. Wenn ein Suchtmittelproblem vermutet wird, sollten Vorgesetzte nicht die Lösung in einer Versetzung, sondern in der direkten Ansprache sehen. Erst müssen die Auffälligkeiten abgestellt werden, dann kann ggf. immer noch über eine Versetzung nachgedacht werden.

Die eigene Einstellung zum Alkoholkonsum und -missbrauch ist der Maßstab, mit dem Abweichungen wahrgenommen werden. Wenn die Führungskraft es als unerheblich betrachtet, dass ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin gelegentlich „über die Stränge schlägt“ und mit Restalkohol die Arbeit antritt, wird sie sich nicht aufgefordert fühlen, dagegen Einwände zu erheben. Geht die Führungskraft selber einem risikoarmen Konsum nach, dann wird sie eher eine kritischere Haltung einnehmen, und daraus folgend ist mit einer früheren Intervention zu rechnen.

Bewertungsmaßstäbe innerhalb der Organisation

Wenn die Unternehmensleitung und die Arbeitnehmervertretung klare Absprachen über Alkoholkonsum am Arbeitsplatz und den Umgang mit alkoholauffälligen Beschäftigten haben, kann frühzeitig und gezielt Hilfe angeboten werden. Schwieriger ist das Handeln für Führungskräfte

in Betrieben, in denen es unklar ist, was toleriert werden kann.

Ohne vereinbarte Regelungen können die Verantwortlichen in der Bewertung von auffälligem Verhalten „Lichtjahre“ voneinander entfernt sein.

In einem Betrieb, der Wert auf das Image nach außen und auf Personalpflege und damit gesunde und nüchterne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter legt, ist eine entsprechende Reaktion des /der Vorgesetzten bei häufig auftretender Alkoholfahne erwünscht. Eine Firma, die selber noch den Verkauf von alkoholischen Getränken in der Kantine zulässt, bringt Personalverantwortliche in eine verzwickte Lage. Vorgesetzte, die die Fahne am Arbeitsplatz „etwas enger sehen“, müssen sich nicht nur der Abwehrreaktion der Problemperson stellen, sondern auch die Kritik der anderen Vorgesetzten hinnehmen, weil sie aus deren Sicht überreagieren.

Für das persönliche Weiterkommen ist die Bewertung des eigenen Handelns durch die Führungskräfte entscheidend. Wann werden Vorgesetzte belohnt? Wenn sie bei Problemfällen aktiv werden und notfalls auch andere Funktionsträger in die Lösung des Konfliktes einbeziehen oder wenn sie einen „Deckmantel des Schweigens“ über schwierige Situationen legen? Nicht selten werden Handelnde als „trouble-maker“ gekennzeichnet und selbst zu Störenfriedern erklärt. Andere Vorgesetzte, die schwierige Fälle „wegloben“, haben es leichter und stehen selber nicht in der Kritik. Es liegt auf der Hand, dass Personalverantwortliche bei diesem Bewertungsmaßstab mitunter erst handeln, wenn sich alle in ihrer Umgebung eingig sind.

Früherkennung von Problemfällen ist nur dort möglich, wo ein Problembewusstsein für die Thematik vorhanden ist und konfliktfähige Führungskräfte entsprechend gewürdigt werden.

Das direkte Umfeld von Betroffenen

Das direkte Umfeld schirmt die Betroffenen in der Regel ab, kaschiert Fehler und leistet Mehrarbeit, damit die Probleme der Person unentdeckt bleiben. Manchmal wird so lange gedeckt, bis sich das problematische Verhalten verfestigt hat und die betroffene Person so belastend wird, bis das direkte Umfeld an der Situation zerbricht. Dieser Entwicklungsprozess dauert unterschiedlich lange. Je nach Beliebtheitsgrad der Betroffenen ist die Toleranzschwelle früher oder später erreicht. Erst wenn die Kolleginnen und Kollegen nicht mehr bereit sind, das fehlerhafte Verhalten mitzutragen, wächst die Bereitschaft, den Vorgesetzten etwas merken zu lassen. Ohne diese Bereitschaft ist die Wahrnehmung für die Führungskraft eingeschränkt. Da das Verhalten des Teams einen entscheidenden Einfluss auf eine konstruktive Lösung hat, wird die Frage „Warum unternimmt keiner etwas? Es wissen doch alle Bescheid!“ eigens thematisiert.

Warum unternimmt keiner etwas? Es wissen doch alle Bescheid!

Es gibt zahlreiche Gründe, eine /einen Alkoholauffällige /Alkoholauffälligen in der Arbeitsgruppe zu halten. Die Übernahme verschiedener Funktionen macht sie /ihn zu einem Gruppenmitglied, das gebraucht wird:

- Der Sündenbock/das schwarze Schaf: Die Fehler, die in der Arbeitsgruppe passieren, gehen auf das Konto des Problemfalles, Unzulänglichkeiten der anderen bleiben unsichtbar.
- Der Stimmungsmacher: Schlechte Arbeitsatmosphäre, Streitigkeiten und Unmut sind auf den Betroffenen zurückzuführen. Oder umgekehrt, die Problemperson ist für die Späße und die Belustigungen der anderen zuständig.
- Der Erfüllungsgehilfe: Unliebsame Arbeiten können auf Betroffene übertragen werden, da ihr schlechtes Gewissen eine Verweigerung selten zulässt.
- Der Hilfsbedürftige: Eigene Probleme treten in den Hintergrund, weil die Probleme der alkoholauffälligen Person bearbeitet werden. Das eigene Gewissen sagt: Ich halte die Belastung mit der Problemperson aus. Ich bin hilfsbereit!
- Der Quotenhalter: Der Leistungsdruck wird relativiert durch die Toleranz, die dem Betroffenen gegenüber gezeigt wird; besser als der Betroffene bin ich allemal.

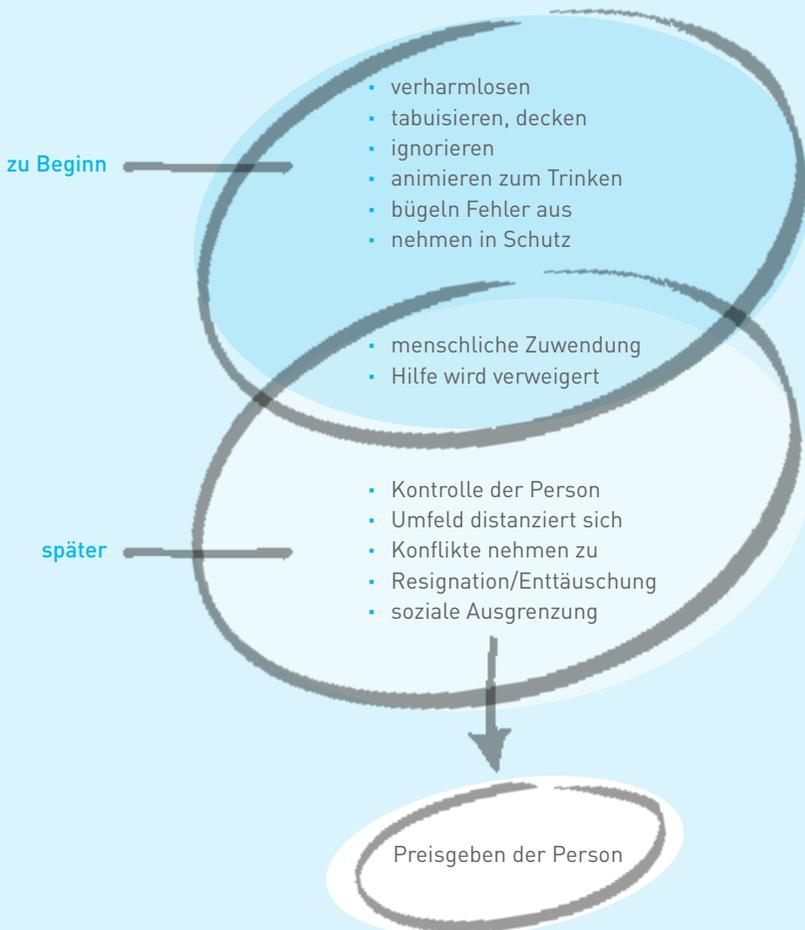
Die Kolleginnen und Kollegen in einer Gruppe reagieren nicht alle in gleicher Weise auf die betroffene Person. Je nach Nähe und Distanz, nach Zuneigung und Abneigung wird das Verhalten des Problemfalles toleriert, gedeckt oder auch kritisiert. Zu Beginn der Auffälligkeiten sind die meisten Gruppenmitglieder bereit, die betroffene Person mitzutragen, um das Gleichgewicht in der Gruppe zu halten. Wenn die Schwierigkeiten zunehmen, wenden sich mehr und mehr in der Arbeitsgruppe ab; ihre Toleranzgrenze ist erreicht. Andere stehen der Person immer noch nahe, haben Mitleid und merzen Fehler aus. Ein Ungleichgewicht in der Gruppe entsteht. Dieser Prozess belastet das Arbeitsklima, verbraucht Energien und trägt zur Minderleistung der gesamten Arbeitsgruppe bei.



Wenn in der Arbeitsgruppe zunehmend das Gespräch über, aber nicht mit dem auffälligen Mitarbeiter gesucht wird, ist noch Interesse an der Person vorhanden. Zu diesem Zeitpunkt ist zwar nicht mehr frühzeitiges Handeln, aber immer noch rechtzeitiges Eingreifen möglich.

Spätestens jetzt müssen Personalverantwortliche agieren, damit das Team arbeitsfähig bleibt und damit die betroffene Person nach erfolgreicher Beratung und ggf. Therapie wieder in die Gruppe integriert werden kann.

In dieser Situation ist das Gespräch der Führungskraft mit den direkten Kolleginnen und Kollegen zu suchen, um diese zur konstruktiven Mitarbeit zu bewegen. Für das Einbeziehen des Umfeldes ist es wichtig, sich mit den Beweggründen für das Verhalten der Einzelnen in der Gruppe zu beschäftigen.

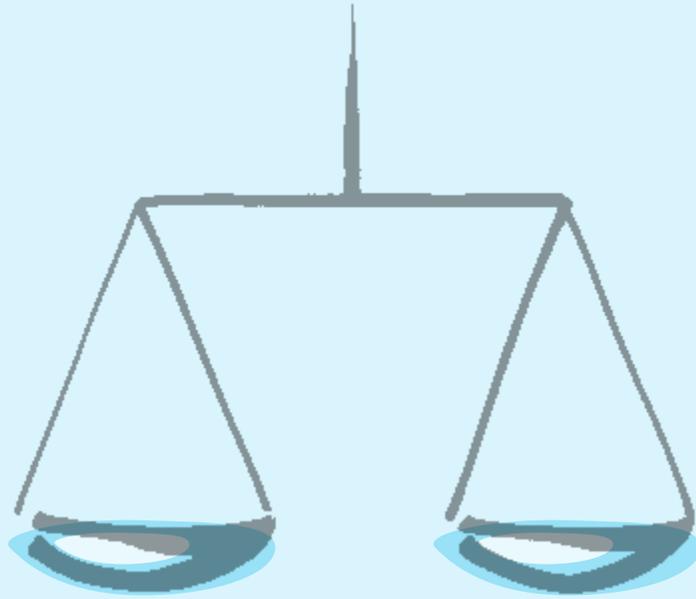


1

Den Abwägungsprozess im kollegialen Umfeld zugunsten der Waagschale „Wir handeln“ zu beeinflussen, mag für die Führungskraft ein beschwerliches Vorgehen sein. Aber es lohnt sich. Beim Gespräch mit der Gruppe oder direkten Kollegen sollte der Kardinalfehler, „die Gruppe oder Einzelne über den Betroffenen auszufragen“, unterbleiben. Mit der Aufforderung: „Erzählt doch mal, was euch aufgefallen ist“, bringt man das Umfeld in die Rolle, vor der es sich am meisten scheut, nämlich „Denunziant zu sein“. Es bietet sich für die Führung eher an, eine geeignete Situation auszuwählen, in der Belastungen durch „Einspringen-Müssen für die betreffende Person“ oder Zeitdruck usw. besonders deutlich

werden. Ein Gespräch, in dem die Führungskraft die Arbeitsbelastung und die erreichte Grenze aufzeigt, lässt eventuell auch zu, dass der ständige Ausfall eines Mitarbeiters die Situation unnötig verschärft und dass eine Änderung „nottut“.

Wenn die Gruppe weiterhin den auffälligen Mitarbeiter deckt, kann der Vorgesetzte die Einschränkungen in der Arbeitsleistung nur begrenzt feststellen. Im Gespräch sollte daher für die Mitarbeit am Veränderungsprozess geworben werden. Erzwingen kann man sie nicht. Genau wie die Betroffenen selber, wägen auch die Kollegen und Kolleginnen bewusst oder unbewusst das Für und Wider ihres Handelns ab.



Gründe, nichts zu tun

- Problemfall verdeckt eigene Schwächen
- Handeln bedeutet Engagement – Bequemlichkeit ist einfacher
- Handeln bedeutet, evtl. Konflikte mit der betroffenen Person einzugehen
- Keine Belohnung „von oben“ für anstrengendes Eingreifen
- Es gibt keine Betriebsvereinbarung, die das weitere Handeln der Vorgesetzten überschaubar macht
- Eigene Unsicherheit
- Ignoranz: „Was geht mich das an!“
- Problemfall sorgt für Unterhaltung: „Clown“
- Nichts zu tun bewahrt davor, als Denunziant erlebt zu werden
- Gutes Gewissen: „nichts zuleide zu tun“
- Problemfall hat Fachkenntnisse und ist unentbehrlich

Gründe zum Handeln

- Arbeitsbelastung durch Mehrarbeit
- Stimmungsschwankungen, permanente Fahne, ungepflegtes Äußeres stoßen ab
- Emotionale Belastung durch ununterbrochene Verantwortung
- Fehler senken das Image des gesamten Teams, was dann sogar die eigene Arbeitsplatzsicherheit in Frage stellt
- Schuldgefühle, „nichts zu tun“, dem Betroffenen gegenüber nehmen zu
- Wahrnehmen der Fürsorgepflicht wird „von oben“ eingefordert oder sogar gewürdigt
- Wissen um angemessenes Handeln ist vorhanden und die Weitsicht existiert: „Das Problem ist sonst nur verschoben“.
- Teamgeist und gegenseitige Wertschätzung für verantwortliches Handeln ist sicher

Müssen Menschen mit Alkoholproblemen nicht erst in der „Gosse“ angekommen sein, bevor ihnen geholfen werden kann?

Die Anonymen Alkoholiker, eine Selbsthilfeorganisation für Alkoholiker, haben den Satz geprägt: „Alkoholiker müssen erst ihren persönlichen Tiefpunkt erreichen, bevor man ihnen helfen kann.“ Leider ist aus dem „individuellen Tiefpunkt“ schnell das Wort „Gosse“ geworden. Hier sei erneut gewarnt vor einer unkritischen Begriffsverwendung. „Gosse“ verstellt den Blick für die Verantwortlichen. Sie müssen nicht frühzeitig intervenieren, sondern können abwarten, bis der Betroffene dort gelandet ist. Diese Reaktion auf auffällige Mitarbeiter und

Mitarbeiterinnen kann im Unternehmen oder in der Verwaltung nicht wünschenswert sein.

Oft wissen Menschen unter der Einnahme ihrer Substanzen nicht, was sie sich selber und anderen antun. Sie brauchen das Umfeld, um zu einer neuen Einschätzung ihres Handelns zu kommen. Sie brauchen den vorgehaltenen Spiegel, der ihnen zeigt, wo sie zurzeit stehen und wie sie von den anderen gesehen werden. Betroffene brauchen Rückmeldungen! Jede Person, auch jene mit Alkoholproblemen, hat unterschiedliche „Schmerzgrenzen“, was ihr eigenes Verhalten und die Reaktionen darauf betrifft.

Bildlich lässt sich diese Situation in Form eines Kruges darstellen, in den von allen am Arbeitsplatz beteiligten Personen Rückmeldungen fließen, bis der Krug voll ist. Die betroffene Person lässt uns nicht wissen, wie groß ihr Krug ist und wie viele Rückmeldungen vielleicht aus dem privaten Bereich bereits vorhanden sind. Mit jeder Rückmeldung füllen wir den Krug. Betroffene werden uns nur verschlüsselt erleben lassen, wie stark sie die einzelne Mitteilung berührt hat. Massive Abwehr des Angesprochenen kann ein Indiz dafür sein, dass bereits viel „in den Krug geflossen“ ist.



1

Wie sind die Reaktionen der Betroffenen einzuschätzen?

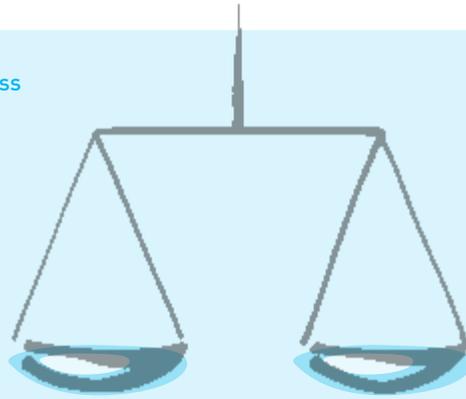
Häufig sind Kolleginnen und Kollegen enttäuscht, weil die betroffene Person so uneinsichtig ist. Sie fühlen sich nach einem Gespräch mit ihr ohnmächtig. Sie glauben, durch ihre Intervention nichts erreicht zu haben. Der Problemfall hat es durch seine Gegenwehr geschafft, sie zu entmutigen. Genau diese Reaktion ist das Ziel der Betroffenen: Menschen, deren unangenehme Rückmeldungen ihnen „weh tun“, auf Distanz zu bringen. Sie wehren die Intervention ab, damit ein weiteres Intervenieren vorerst unterbleibt. Der Abwehr nachzugeben, ist falsch, denn dann verzögert sich der Veränderungsprozess. Andere, die am Arbeitsplatz als

Reaktion auf ihre Rückmeldung ein Einlenken und das Schwören auf Besserung durch den Angesprochenen erfahren, glauben, im Gespräch sehr viel erreicht zu haben. Dieses kann, muss aber nicht sein. Es mag auch sein, dass der Betroffene mit einem Eingeständnis der belastenden Situation ausweichen wollte und die Rückmeldung ihn nur mäßig erreicht hat.

Aus der direkten Reaktion der Angesprochenen lässt sich nicht der Erfolg oder Misserfolg der Rückmeldung ableiten. Das Umfeld darf sich nicht durch die Betroffenen verunsichern lassen.

Entsprechend der Waagschale des sozialen Umfeldes wägen auch die Betroffenen die Gründe ab, die ihr weiteres Trinkverhalten bestimmen. Durch das Füllen des Kruges wird die Waagschale zugunsten der Verhaltensänderung beschwert.

Der Abwägungsprozess des Problemfalles



Gründe zum Weitertrinken

- Perspektivlosigkeit
- Schmerzen werden nicht wahrgenommen
- Angst vor Entzug
- Akzeptanz des Umfeldes
- Negative Vorbilder
- Inkonsequenz
- Schonung am Arbeitsplatz
- Unwissen über Beratungs- u. Behandlungsmöglichkeiten
- ...

Gründe zum Aufhören

- Verlust des Führerscheines
- Verlust von Freunden
- Verlust von Partner/in
- Körperliche Beschwerden
- Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren
- Finanzielle Einbußen
- Konsequentes Umfeld
- Positive Vorbilder
- Perspektiven bei einer Verhaltensänderung
- ...

Alle Gründe sind nur beispielhaft. Sie lassen sich ergänzen und treffen nicht auf jeden Einzelnen zu. Wichtig ist die Tatsache, dass es überwiegend Verlusterlebnisse sind, die eine Verhaltensänderung begünstigen. Die Personen, die Betroffene umgeben und Angst davor haben, durch ihre Intervention z. B. den Arbeitsplatz zu gefährden, müssen lernen, dass diese negative Aussicht dem Betroffenen helfen kann, sich für ein Ende seines riskanten oder schädlichen Alkoholkonsums zu entscheiden. Erst wenn die ersten Hinweise auf mangelnde Arbeitsleistung erfolgt

sind und der Erhalt des Arbeitsplatzes unsicherer wird, erleben Betroffene die Konsequenzen ihres Handelns und müssen entscheiden, ob sie sich ändern oder nicht.

Der Begriff „konstruktiver Leidensdruck“ wird in diesem Zusammenhang oft gebraucht. Dieser Begriff stammt aus dem therapeutischen Geschehen und wurde von dort in die Arbeitswelt übertragen. Es ist im Betrieb meist wenig hilfreich, therapeutische Vokabeln als diesbezüglicher Laie zu benutzen (siehe auch die Warnung vor diagnostischen Begriffen auf Seite 20).

Welche Beratung und Behandlung gibt es?

Beratung In dieser ersten Phase geht es darum, gemeinsam mit der Rat suchenden Person die vorliegende Problematik einzuschätzen und nach Lösungswegen zu suchen. Im Beratungsprozess soll erforderlichenfalls die Krankheitseinsicht hergestellt und eine Veränderungsabsicht erarbeitet werden. Die ersten Anlaufstellen für Beschäftigte mit Alkoholproblemen sind:

- Suchtberaterin/Suchtberater oder Ansprechperson des Betriebes oder der Verwaltung
- Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke
- Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbände

Akutbehandlung Diese Behandlung beginnt in der Regel mit dem körperlichen Entzug. Für den Fall, dass er stationär erforderlich ist, findet er auf einer internistischen oder psychiatrischen Station eines Allgemeinkrankenhauses oder in einer psychiatrischen Fachklinik statt. Er kann sich von drei Tagen bis hin zu maximal sechs Wochen erstrecken. In leichteren Fällen kann der körperliche Entzug auch ambulant unter Aufsicht des Hausarztes durchgeführt werden. Sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gegeben sind, ist die entsprechende Krankenkasse der Kostenträger.

Ambulante oder stationäre Therapie

Nach dem körperlichen Entzug folgt die Entwöhnungsbehandlung mit dem Ziel, eine dauerhafte und zufriedene Abstinenz zu erreichen, die gefährdete Leistungsfähigkeit zu verbessern und Teilhabe zu er-

möglichen. Kostenträger ist die Gesetzliche Rentenversicherung. Bei Beamtinnen und Beamten können Kostenanteile über die Beihilfe oder die private Krankenversicherung übernommen werden. Letzteres gestaltet sich des Öfteren schwierig, es muss für den Einzelfall verhandelt werden.

Die Entwöhnungsbehandlung findet je nach Schweregrad in unterschiedlichen Zeiträumen statt:

- Kurzzeittherapien von etwa 6 Wochen;
- Regelbehandlungszeiten von etwa 12 bis 16 Wochen mit der Möglichkeit zur individuellen Verlängerung;
- Ambulante Therapien in den Beratungs- und Behandlungsstellen finden in Zeiträumen von etwa 5 bis 18 Monaten statt.

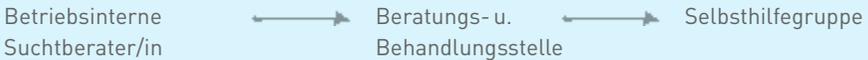
Stationäre und ambulante Therapieformen können miteinander kombiniert werden (Kombi-Therapie). Therapien werden durchgeführt in:

- Beratungs- und Behandlungsstellen, die vom Sozialversicherungsträger anerkannt sind
- Fachkliniken für Suchtkranke
- Psychiatrischen Krankenhäusern mit Suchtabteilung

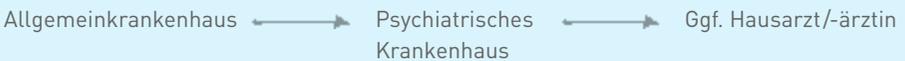
Nachsorge und ambulante Weiterbehandlung

Das Ziel ist die Stabilisierung der zufriedenen Abstinenz beziehungsweise die Verhinderung des Rückfalls. Sie findet statt in der Beratungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke und wird durch den kontinuierlichen Besuch einer Selbsthilfegruppe unterstützt.

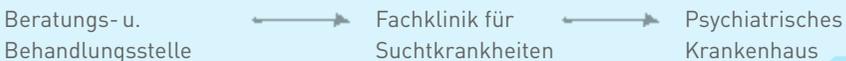
Beratung zur Veränderungsbereitschaft und ggf. Krankheitseinsicht



Akutbehandlung und Veränderungsbereitschaft



Ambulante oder stationäre Therapie oder Kombi-Therapie



Nachsorge oder ambulante Weiterbehandlung



Am Ende einer therapeutischen Behandlung wird ein Entlassungsbericht erstellt, in dem unter anderem auch Aussagen zur beruflichen Leistungsfähigkeit der Patientin/des Patienten gemacht werden. Der Arbeitgeber hat keinen Anspruch auf diesen Bericht. Die betroffene Person kann im Wiedereingliederungsgespräch nach eigenem Ermessen freiwillig Auskünfte geben.

Wiedereingliederungsmanagement im Betrieb

Nach dem Sozialgesetzbuch IX ist unter § 84 „Prävention“ vom Arbeitgeber ein betriebliches Eingliederungsmanagement, das unter dem Begriff „BEM“ bekannt ist, einzurichten.

Absatz 2: „Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessensvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessensvertretung im Sinne des § 93 SGB IX, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehinderten-

vertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.“

Diese gesetzliche Vorgabe gilt für alle Krankheiten und die sich daraus ergebenden Folgen. Sie wird auch bei Suchterkrankungen in verschiedener Form zur Anwendung kommen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die eine Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, oder auch solche, die nach der im Gesetz vorgesehenen Zeitdauer Beratungs- und Behandlungsangebote abgebrochen haben, wie jene, die ggf. substanzbedingt dementsprechend viele Fehlzeiten aufweisen, werden in das betriebliche Eingliederungsmanagement aufgenommen.

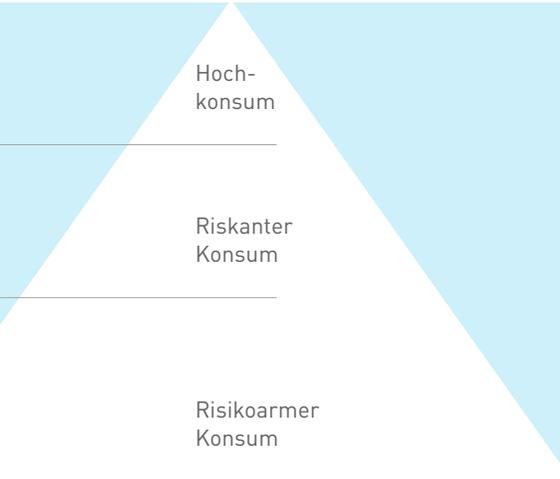
Die Forderungen des Gesetzgebers sind noch relativ neu und bislang nicht in allen Unternehmen und Verwaltungen umgesetzt. Sie werfen Fragen zu Überschneidungen mit anderen Gesprächen auf, wie Fehlzeitengesprächen, Krankenrückkehrgesprächen und Stufenplangesprächen. Verhaltenssicherheit für Vorgesetzte gibt es nur durch einen betriebsinternen Abstimmungsprozess. Es bietet sich an, in einer entsprechenden Betriebs-/Dienstvereinbarung die Betriebspolitik zur Wiedereingliederung von substanzbedingt auffällig gewordenen Mitarbeitern den Beschäftigten gegenüber öffentlich zu machen.

Die stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V bleibt von den Vorgaben zum BEM und spezifischen Regelungen in einer betriebsinternen Vereinbarung zur „Suchtprävention und Suchthilfe“ unberührt.

Therapieziel Abstinenz – oder gibt es auch andere Angebote?

In den neuen Konzepten, die in den „Qualitätsstandards zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe“ der DHS aufgezeigt werden, ist vor allem auch an ein frühzeitiges Handeln bei riskanten Konsummustern, die zu Auffälligkeiten am Arbeitsplatz führen, gedacht. Riskanter Konsum verlangt nicht automatisch nach totaler Abstinenz, sondern kann mit einem Angebot zum „Drink-Less-Programm“

beantwortet werden. Die Intervention erfolgt so frühzeitig, dass auffällig gewordene Beschäftigte durch Konsumreduktion und Punktnüchternheit wieder zu einem bewussten und risikoarmen Umgang mit der Substanz „Alkohol“ kommen. Ein verhaltenstherapeutisches Training dazu wird inzwischen vielerorts – auch von anerkannten Beratungsstellen – angeboten.



Hochkonsum

Riskanter Konsum

Risikoarmer Konsum

Therapieziel: Abstinenz durch Entzug und/oder ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung

Ziel: Bewusster Umgang mit Alkohol, d.h. risikoarmer Konsum oder freiwilliger Konsumverzicht durch „Drink-Less-Programme“

Ziel: Bestärkung des verantwortungsvollen Handelns durch gesundheitsorientierte Angebote, wie geschlechterspezifische Informationen zum Substanzkonsum, Stressbewältigungsseminare usw.

So ganz unbekannt ist der Ansatz nicht, Personen, die mit Alkohol auffällig werden, wieder zu einem verantwortungsvollen Umgang mit dem Suchtmittel zu führen. Alkoholsünder im Straßenverkehr, die zur Wiedererlangung ihres Führerscheins in einer Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU) als nicht alkoholabhängig, aber als problematisch im Umgang mit „Trinken und Fahren“ erkannt werden, kommen in eine solche Schulungsmaßnahme.

Hier lernen sie in einer Vielzahl von Stunden die Wirkungen von Alkohol, die Gefährdungspotenziale für sich und andere und die rechtlichen Folgen kennen. Mit Hilfe von Tagesprotokollen zeichnen die Teilnehmer ihren Alkoholkonsum und ihr zeitlich abgestimmtes Fahren eines Pkw auf. Neben der Informationsvermittlung steht die psychologische Betreuung, in der über die Schwierigkeiten der erforderlichen Selbstdisziplin gesprochen wird. Bei diesem Verfahren wird entschieden, ob eine Abstinenztherapie angebracht ist oder ein Lernprogramm zum „verantwortungsbewussten Trinken“.

Das verhaltenstherapeutische Beratungsangebot richtet sich an Menschen, die mehr oder weniger freiwillig eine Änderung ihres problematischen Trinkens erreichen wollen. Für diese Zielgruppe sollen nicht Therapeuten das Ziel formulieren, sondern die Hilfesuchenden selber. „Vom Sollen zum Wollen: Zielfestlegungen und Zielvereinbarungen in der Suchthilfe“, nennt der Psychologe Joachim Körkel dieses Vorgehen. Damit erhalten Personen, die nicht abhängig sind, aber massive Probleme aufgrund ihres Alko-

holkonsums haben, eine Chance, wieder reflektiert und risikoarm trinken zu können. Diejenigen, die alkoholabhängig sind, erleben sehr schnell die Unzulänglichkeit dieses Angebotes für ihre Situation. Sie können dann im Weiteren entscheiden, ob eine Abstinenztherapie nicht angebrachter wäre. Für Alkoholabhängige hat sich die Abstinenztherapie als erfolgreichste Behandlungsmethode bewährt.

Wie sollten Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte unter dem akuten Einfluss von Substanzen stehen – die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist?

Die gesetzliche Grundlage für das Handeln in der akuten Situation kann durch die Festlegung in der Betriebsvereinbarung/Dienstvereinbarung (siehe Musterbetriebsvereinbarung § 8, Seite 113) erfolgen. Für alle Unternehmen und öffentlichen Verwaltungen gelten die „Grundsätze der Prävention“ der

„Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, DGUV Vorschrift 1 vom 1. Oktober 2014. Der Wortlaut wurde auch in der neuen Fassung beibehalten. Die Erweiterung in § 15 Absatz 3 ist bereits 2004 erfolgt und bezieht sich auf die Arbeits-/Dienstfähigkeit unter der Einnahme von Medikamenten.

Grundsätze zur Prävention

§ 7 Befähigung für Tätigkeiten

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

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

§ 15 Allgemeine Unterstützungspflichten und Verhalten

Abs. 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 entsprechende Anweisungen des Unternehmers zu befolgen. Die Versicherten dürfen erkennbar gegen Sicherheit und Gesundheit gerichtete Weisungen nicht befolgen.

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

Abs. 3 Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten.

In den Vorschriften werden die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und die Sorgfaltspflicht des Arbeitnehmers zur Verhütung von Arbeitsunfällen deutlich formuliert. Beide Seiten tragen Verantwortung! Die Erweiterung im §15 Absatz 3 mit der Hervorhebung von Medikamenten spiegelt das erhöhte Arbeitssicherheitsrisiko durch Beeinträchtigungen diverser Wirkstoffe in Arzneien wider. Einen kleinen Ausschnitt der Beeinträchtigungen – nur bezogen auf einen begrenzten Teil psychisch wirksamer Medikamente – stellt das Kapitel „Welche Auswirkungen haben Psychopharmaka auf die Arbeitssicherheit“? (Seite 71) dar.

In der akuten Situation, in der eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter Auffälligkeiten am Arbeitsplatz zeigt, die die Arbeitsfähigkeit der Person infrage stellen, ist die Führungskraft als Vertreter/-in des Unternehmers zum Handeln aufgefordert. Als Kriterium für die Entscheidung zur Entfernung vom Arbeitsplatz

zieht die Rechtsprechung die allgemeine Lebenserfahrung und den „Beweis des ersten Anscheins“ heran. Der „Beweis des ersten Anscheins“ meint die konkreten Verhaltensauffälligkeiten der Person in der akuten Situation. Verhaltensauffälligkeiten, die auf eine Alkoholisierung des /der Beschäftigten schließen lassen, sind für sensibilisierte Vorgesetzte noch feststellbar. Bei Beeinträchtigungen durch Medikamente wäre dies eine Überforderung! An dieser Stelle ist der Rat an Führungskräfte geboten, dem eigenen Gefühl stärker zu vertrauen. Die entscheidende Frage für sie ist: „Wie verändert zeigt sich der /die Beschäftigte jetzt im Moment im Verhältnis zu seiner /ihrer Arbeitsfähigkeit sonst?“ Die Verantwortlichen müssen nicht erkennen, welche Substanzen konsumiert wurden! Beschäftigte stehen gelegentlich auch unter dem Einfluss verschiedener Substanzen gleichzeitig.

In der konkreten Situation geht es um die Beschreibung der festgestellten Auffälligkeiten, die für die Führungskraft ausschlaggebend sind. Dieses können zum Beispiel der unkontrollierte Gang, die lallende Sprache, das aggressive Verhalten gegenüber den Kolleginnen oder Kollegen oder auch unspezifische Verhaltensmuster wie mangelnde Konzentration, verlangsamte Reaktionszeiten oder apathisches Verhalten sein. Wichtig für das weitere Vorgehen ist die schriftliche Dokumentation der spezifischen Auffälligkeiten. Die konkreten Beobachtungen werden an die Personalabteilung weitergeleitet. Diese prüft, ob wegen des Verstoßes gegen arbeitsvertragliche Verpflichtungen der Anspruch auf Arbeitslohn entfällt.

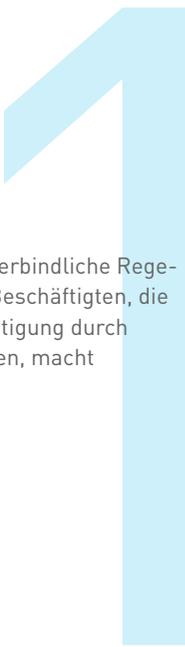
Kommt die Führungskraft zu der Einschätzung, dass eine Weiterbeschäftigung nicht verantwortet werden kann, so zieht sie zur Unterstützung ihrer Vermutung eine weitere Person hinzu. Nach Möglichkeit sollte ein Mitglied des Betriebsrates/Personalrates beteiligt werden. Sind diese Funktionsträger nicht anwesend oder gibt es sie im Kleinbetrieb nicht, ist es ratsam, einen weiteren Vorgesetzten als Zeugen hinzuzuziehen. Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter kommen dafür nur sehr eingeschränkt infrage, da bei eventuellen gerichtlichen Auseinandersetzungen deren Aussagen nur bedingt zählen, wenn sie in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Vorgesetzten stehen.

Die von den Vorgesetzten allein oder mit anderen getroffenen Feststellungen führen nach den allgemein geltenden Rechtsregeln dazu, dass die Beschäftigten bis zum Beweis des Gegenteils als arbeitsunfähig gelten – mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen.

Sind die Beschäftigten mit der Feststellung ihrer Arbeitsunfähigkeit nicht einverstanden, dann können sie auf freiwilliger Basis einen Gegenbeweis erbringen. Der Arbeitgeber ist gut beraten, die Möglichkeit der ärztlich begründeten Gegendarstellung in dieser Situation dem Beschäftigten anzubieten. Der Gegenbeweis kann durch einen Alkoholtest und andere Verfahren erbracht werden. Die Praxis zeigt, dass die Arbeitsunfähigkeit durch verschiedene Substanzen beeinträchtigt sein kann, daher muss der /die aufgesuchte Mediziner /-in entscheiden, welche Untersuchung durchzuführen ist, um eine fachkundige Aussage zur Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten zu machen. Diese Untersuchung kann sowohl beim betriebsärztlichen oder arbeitsmedizinischen Dienst als auch beim niedergelassenen Arzt oder der niedergelassenen Ärztin vorgenommen werden. Die Rolle der Betriebsärzte hat sich gewandelt. Sie sind laut Auftrag im Arbeits- und Gesundheitsschutz eher Berater des Arbeitgebers und der Beschäftigten als Kontrolleure. Diese Rollenauffassung gilt auch für den Suchtbereich – auch wenn die Akteure sich das mitunter gerne anders wünschen würden. Die Vorgesetzten haben den Heimtransport des /der arbeitsunfähigen Beschäftigten zu veranlassen. Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers reicht bis zur Wohnungstür! Die Beförderung kann durch ein Taxiunternehmen erfolgen. Die Angehörigen können mit Einverständnis der betroffenen Person gebeten werden, den Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin abzuholen. Oder die Person wird mit dem privaten Fahrzeug eines Kollegen oder einer Kollegin transportiert. Bei letzterem ist vom Betrieb aus darauf zu achten, dass die Beförderung der Person im Fond des Fahrzeuges und mit zusätzlicher Begleitperson geschieht.

Zusammengefasst gelten folgende Regeln:

- Besteht aufgrund äußerer Anzeichen der Eindruck, dass eine Mitarbeiterin/ ein Mitarbeiter unter Einfluss berauschender Mittel oder die Reaktion und Wahrnehmung beeinträchtigender Medikamente steht, muss die/der Vorgesetzte entscheiden, ob die betroffene Person ohne Gefahr für sich und andere arbeiten kann.
- Die Entscheidung orientiert sich an den konkreten Auffälligkeiten im Auftreten und Verhalten. Ein Test ist hierfür nicht erforderlich. Kriterium der Entscheidung zur Entfernung vom Arbeitsplatz ist die allgemeine Lebenserfahrung der Führungskraft und der „Beweis des ersten Anscheins“ bei der betroffenen Person.
- Der/die Vorgesetzte ist gehalten, auch den Hinweisen aus dem Mitarbeiterkreis nachzugehen und sich ein eigenes Bild zu machen.
- Eine Beeinträchtigung der Arbeitssicherheit kann auch durch suchtbefindliches Verhalten begründet sein, z.B. eine Übermüdung durch Medienabhängigkeit. Hier ist die beschriebene Vorgehensweise identisch.
- Der/die Vorgesetzte zieht als Beweishilfe eine weitere Person hinzu, wenn möglich die Interessensvertretung der Arbeitnehmer.
- Die Führungskraft hat die betroffene Person auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass sie sich zum Gegenbeweis einem Test auf Suchtmittelkonsum unterziehen kann. Bei Medikamenteneinnahme lässt sich die Eignung für die vertraglich zugesicherte Tätigkeit durch Betriebsärzte, Arbeitsmediziner oder niedergelassene Ärzte bestätigen. Das Ergebnis des Gegenbeweises ist unmittelbar, längstens innerhalb von zwei Stunden nach der Ansprache von Personalverantwortlichen und in schriftlicher Form vorzulegen.
- Sollten die Auffälligkeiten trotz eines negativen Testergebnisses weiterhin bestehen, dann entscheidet sich im Zweifelsfall die Führung dafür, den Beschäftigte /die Beschäftigte nicht einzusetzen. Nur in diesem Fall dürfen der betroffenen Person keine Nachteile daraus entstehen.
- Beim Entfernen vom Arbeitsplatz trägt der Arbeitgeber die Verantwortung für den sicheren Heimweg – bis zur Wohnungstür!
- Ist die/der Beschäftigte aufgrund eigenen Verschuldens nicht arbeits- bzw. dienstfähig, besteht für die ausgefallene Arbeitszeit kein Anspruch auf Entgelt.
- Veranlasst der /die Vorgesetzte einen Heimtransport, hat der/die Betroffene die Kosten zu tragen.



Eine innerbetriebliche verbindliche Regelung zum Umgang mit Beschäftigten, die unter akuter Beeinträchtigung durch Substanzgebrauch stehen, macht mehrfachen Sinn:

- 1 Sie dient der Gleichbehandlung der Beschäftigten.
- 2 Sie gibt Sicherheit für das konkrete Handeln der Führungskraft.
- 3 Es entsteht Transparenz für alle Beschäftigten: „Was passiert, wenn ...?“
- 4 Das Unternehmen nimmt den Arbeits- und Gesundheitsschutz ernst und erreicht damit ein gutes Image in der Öffentlichkeit.
- 5 Vorgesetzte können das Handeln in der akuten Situation zum Anlass nehmen, mit Betroffenen bei deren Rückkehr an den Arbeitsplatz ein Klärungs-Gespräch über ihre Auffälligkeiten zu führen. Eine frühzeitige Intervention kann für beide Seiten von Nutzen sein.

Promillegrenzen für Beamte im Dienst

In der Sammlung der Rechtsprechung von Claussen und Czapski heißt es:

»Nach § 54 Satz 1 BBG (Bundesbeamtengesetz) muss sich der Beamte mit voller Hingabe seinem Beruf widmen. Das bedeutet, dass er sich mit allen körperlichen und geistigen Kräften für seinen Beruf einzusetzen und sich deshalb im Dienst beim Genuss von Alkohol größte Mäßigung aufzuerlegen hat. Nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen ist bereits eine verhältnismäßig geringfügige Alkoholbeeinflussung geeignet, die Leistungsfähigkeit eines Menschen, insbesondere

die Kritik und Konzentrationsfähigkeit, aber auch das Reaktionsvermögen und das Verantwortungsgefühl merklich zu beeinflussen. Die Disziplinargerichte haben in ständiger Rechtsprechung die Grenze, von der ab regelmäßig eine Pflichtverletzung vorliegt, bei 0,5 Promille angesetzt. Dabei kommt es nicht darauf an, dass Ausfallerscheinungen festgestellt wurden oder ein besonderer Ansehenschaden eingetreten ist. Entscheidend ist vielmehr die auch bei geringfügigem Alkoholenuss bestehende Gefährdung dienstlicher Belange durch die Einschränkung der Leistungsfähigkeit.«

Erstaunlich ist in diesen Ausführungen der Mut zu einer konkreten Festlegung auf einen Promillewert von 0,5 Promille. Das Problem der Feststellung dieses Promillewertes tritt auf, wenn der Beamte sich nicht freiwillig zum Test bereit erklärt.

Wie sollen Vorgesetzte diesen Grad der Alkoholisierung überhaupt feststellen, wenn Ausfallerscheinungen noch nicht einmal vorhanden sein müssen, um eine Alkoholverfehlung zu begründen? Sie können allenfalls annehmen, dass diese Promillegrenze bereits erreicht ist, wenn sie unmittelbar Zeuge der Trinkmengen waren. Genau diese Situation, nämlich Trinkmengen festzustellen, bringt Vorgesetzte in die verzwickte Lage, auf „Kontrollpos-

ten“ sein zu müssen. Ergibt sich die Gelegenheit ganz automatisch, z.B. durch eine gemeinsame dienstliche Feier, bei der die Führungskraft sieht, dass ein Beschäftigter oder eine Beschäftigte unangemessen viel trinkt, dann ist die Feststellung möglich. Das Fernhalten der betreffenden Person von den weiteren dienstlichen Belangen ist eine Selbstverständlichkeit. Ist diese Art der direkten Beobachtung allerdings nicht gegeben, dann ist von der „Alkoholkontrolle“ abzuraten.

Die Beobachtung von konkreten Auffälligkeiten im Arbeits- und Sozialverhalten wie im Kapitel: „Woran erkenne ich Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben?“ dargestellt, ist die sinnvollere Alternative.

Darf der Arbeitgeber eine Überprüfung des Alkoholspiegels anordnen?

Der Wunsch des Arbeitgebers, mit Hilfe klarer Fakten dem Arbeitnehmer seine Arbeitsunfähigkeit nachzuweisen, ist nachvollziehbar, aber diesem Begehren stehen die im Grundgesetz verankerten Grundrechte des Arbeitnehmers entgegen:

»Eine Blutprobe im Auftrag des Arbeitgebers durch den Werkarzt ausgeführt, würde das Grundrecht des Beschäftigten auf körperliche Unversehrtheit verletzen (GG Art. 2 Abs. 2 m2).

Auch ein angeordneter „Röhrchentest“ würde einen Eingriff in die Persönlichkeitssphäre des Beschäftigten bedeuten (GG Art. 2 Abs. 1) und ist deshalb ebenfalls nicht zulässig. Selbst wenn die Feststellung des Blutalkoholspiegels mittels Röhrchen in einer Betriebsvereinbarung festgelegt ist, können Beschäftigte nicht zu einem solchen Test gezwungen werden. Aus der Verweigerung des Tests darf nicht automatisch auf eine Alkoholisierung des Beschäftigten und eine daraus

resultierende Unfallgefahr geschlossen werden, denn die Beweislast liegt beim Arbeitgeber. Er muss (für eine verhaltensbedingte Kündigung; die Verfasserin) nachweisen, dass der Beschäftigte infolge übermäßigen Alkoholgenusses oder anderer berauschender Mittel nicht mehr zur Erbringung seiner Arbeitsleistung imstande ist. Dies wäre objektiv aber nur durch Harnproben und Blutuntersuchungen möglich. Der Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin kann sich nur freiwillig zu einem Bluttest oder einer Alkoholmessung bereit erklären.

Eine mit Zustimmung des Arbeitnehmers durchgeführte Alkoholmessung kann bei der Feststellung des Alkoholisierungs-

grades sowohl zur Belastung wie auch zur Entlastung des Arbeitnehmers beitragen (BAG, Urteil v. 26. 01. 1995, 2 AZR 649/94). Dies wird sicher dazu führen, dass sich Arbeitnehmer faktisch nur einer „Alkoholkontrolle“ unterziehen werden, wenn sie sich hiervon Entlastung versprechen. Unzutreffend wäre es, hieraus den generellen Schluss zu ziehen, dass die Weigerung für eine stärkere Alkoholisierung spricht. Dennoch, die Weigerung kann ein Indiz für stärkere alkoholische Beeinflussung sein. Das Bundesarbeitsgericht trifft mit seiner Entscheidung letztlich eine Güterabwägung und wertet zu Recht die Integrität der Persönlichkeit des Arbeitnehmers höher als die Kontrollmöglichkeit des Arbeitgebers.«

Fleck / Wienemann: BR-Info 2/96,
Verhaltensbedingte Kündigung bei Alkoholmissbrauch

Es sind – bis auf wenige Ausnahmen, in denen der Gesetzgeber Kontrollen zulässt – die Unfallverhütungsvorschriften, die das Handlungsfeld für Führungskräfte abstecken. Die Vorgehensweisen sind beschrieben im Kapitel: „Wie sollten Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte akut nicht mehr arbeits- bzw. dienstfähig sind“? (Seite 39). Gelegentliche, ehrliche Schilderungen von Vorgesetzten zeigen, dass sie sich in der Praxis schwertun, nach den beschriebenen Verfahren zu reagieren. Häufig werden nur in Extremfällen Maßnahmen ergriffen. In Zweifelsfällen sind sie bereit, die von ihnen als alkoholisiert eingestuft Beschäftigten zwar aus dem Gefahrenbereich herauszunehmen, die Auseinandersetzung des „Nach-Hause-Schickens“, womöglich verbunden mit weiteren Konsequenzen, aber eher zu vermeiden. Um die Motivation der Führungskräfte zu verstärken, in diesem schwierigen Handlungsfeld noch intensiver Verantwortung zu übernehmen, sollen die Wirkungen des Alkohols auf die körperliche und seelische Verfassung und damit auf die Arbeits- und Verkehrssicherheit dargestellt werden.

Einschränkungen von Fähigkeiten bei bestimmten Alkoholmengen

Einschränkungen von Fähigkeiten bei bestimmten Alkoholmengen

Ab 0,2 Promille

- Leichte Verminderung der Sehleistung
- Verlängerung der Reaktionszeit
- Nachlassen von Aufmerksamkeit, Konzentration, Kritik- und Urteilsfähigkeit
- Anstieg der Risikobereitschaft
- Verschlechterung der Wahrnehmungsfähigkeit für bewegliche Lichtquellen

Ab 0,5 Promille

- Verminderung der Sehleistung um ca. 15 %
- Hell/Dunkel-Anpassung der Augen verlangsamt, Rotlichtschwärze tritt auf
- Hörvermögen herabgesetzt
- Beginnende Enthemmung, Anstieg der Reizbarkeit
- Fehleinschätzung von Geschwindigkeiten

Ab 0,7 Promille

- Gleichgewichtsstörungen treten auf
- Nachlassen der Nachtsehfähigkeit
- Reaktionszeit wird länger

Ab 0,8 Promille

- Ausgeprägte Konzentrationsschwäche
- Rückgang der Sehfähigkeit um ca. 25 %
- Reaktionszeit um 35–50 % verlängert
- Enthemmung nimmt zu, Euphorie setzt ein
- Selbstüberschätzung
- Blickfeldverengung setzt ein (Tunnelblick)
- Räumliches Sehen ist stark beeinträchtigt
- Kontrolle über willkürliche Augenbewegungen geht verloren

Ab 1,1 Promille

- Beginn der absoluten Fahruntüchtigkeit
- Verschlechterung des räumlichen Sehens und der Hell/Dunkel-Anpassung
- Massive Aufmerksamkeits- und Konzentrationsseinbußen
- Maßlose Selbstüberschätzung durch gesteigerte Enthemmung
- Verlust der Kritikfähigkeit
- Reaktionsvermögen erheblich gestört
- Starke Gleichgewichtsstörungen, Sprechstörungen
- Verwirrtheit, Orientierungsstörungen

Ab 2,4 Promille

- Ausgeprägte Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen
- Gedächtnislücken setzen ein, Bewusstseinsstörungen
- Reaktionsvermögen kaum noch vorhanden

Ab 3,0 Promille

- Stadium der Volltrunkenheit
- Schwere Alkoholvergiftung
- Tiefe Bewusstlosigkeit
- Gedächtnisverlust (»Filmriss«)

Ab 4,0 Promille

- Lähmungen, unkontrollierte Ausscheidungen und Atemstillstand

Hauptverband der gewerblichen
Berufsgenossenschaften und
Deutscher Verkehrssicherheitsrat

Wie können Beschäftigte mit substanzbedingten Auffälligkeiten am Arbeitsplatz angesprochen werden?

Auf den vorangegangenen Seiten werden die Beweggründe der Kolleginnen und Kollegen, aber auch der Betroffenen selber beschrieben, den „Status quo“ zu halten, auch wenn er inzwischen für alle unbefriedigend ist. Eine Veränderung wäre eine zu große Kraftanstrengung und „wer weiß, was dann dabei herauskommt!“ Schließlich möchte die Umgebung der Betroffenen nicht schuld daran sein, wenn Sanktionen des Arbeitgebers zu hart ausfallen.

Je länger solche Entwicklungsprozesse dauern, umso mehr verfestigen sich die Verstrickungen aller Beteiligten. Vorgesetzte fürchten den Vorwurf, „da hättest du aber eigentlich schon viel früher handeln müssen!“ In diesem Zusammenhang wird oft von „Co-Abhängigkeit“ oder „Mitbetroffenheit“ gesprochen. Diese Begriffe umschreiben das Verhalten der Umgebung, der Kollegen und Kolleginnen von Betroffenen, die bei langen Entwicklungsprozessen selber Teil des Systems werden und denen zunehmend der objektive Blick auf das Geschehen verloren geht. Eine Schuldfrage damit zu verknüpfen, wäre ein grober Fehler. Statt Vorwürfe zu machen, was die Beteiligten falsch gemacht haben, wäre eine Unterstützung und Ermutigung – „was ist jetzt zu tun?“ – sinnvoll und hilfreich!

Vor allem brauchen Funktionsträger, allen voran die Vorgesetzten im Betrieb, eine Unterstützung, wie sie, statt abzuwarten, bis die Situation eskaliert, „anders helfen“ können. Bislang blieben die Fragen des

frühzeitigen Vorgehens häufig unbeantwortet.

Im Zusammenhang mit Konzepten zu einer gesundheitsbewussten Führung sind Leitfäden für Vorgesetzte entwickelt worden, die dem Ziel der Frühintervention entsprechen. Frühzeitig das Gespräch zu suchen, heißt aber auch, dass ein riskanter oder gar abhängiger Substanzkonsum noch gar nicht vorliegen muss. Arbeitswissenschaftlich nachgewiesen ist der Zusammenhang von psychischen Belastungen und Stress. Aus den Biografien von Betroffenen ist der Einsatz von Alkohol und Medikamenten zur Stressminderung bekannt. Damit es in belastenden Situationen, die sich bereits am Arbeitsplatz zeigen, nicht zu einem riskanten Substanzkonsum kommt, sollen rechtzeitige Interventionen den Kreislauf durchbrechen.

Das Land Niedersachsen hat seine Rahmenempfehlung zur Prävention und Hilfe bei Sucht- und Missbrauchsproblemen in der Niedersächsischen Landesverwaltung im Jahr 2006 grundlegend überarbeitet. Unter der wissenschaftlichen Begleitung von Elisabeth Wienemann vom Institut für inter-disziplinäre Arbeitswissenschaft der Universität Hannover wurde ein erweitertes Interventionskonzept bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz vorgelegt. Unter Berücksichtigung zweier Rechtsgutachten und den Erfahrungen aus der bisherigen Rechtsprechung entspricht dieser Interventionsleitfaden dem Stand jetzigen Wissens und kann als Muster dienen (Seite 51).

Frühzeitige Ansprache bei ersten unspezifischen Auffälligkeiten

Wenn die Führungskraft sich aufgrund des veränderten Verhaltens bei einem ihrer Beschäftigten Sorgen um die weitere Entwicklung macht, dann führt sie ein Gespräch. Der Persönlichkeitsschutz muss dabei gewahrt bleiben. Die Sorge um die Gesundheit einer Person reicht nicht aus, um aus der Rolle des/der Vorgesetzten zu intervenieren, geschweige denn Verhaltensänderung zu fordern oder Druck auszuüben. Anlass des Gesprächs darf aber die Befürchtung sein, dass das veränderte Verhalten in der Folge zur Vernachlässigung arbeits- beziehungsweise dienstrechtlicher Pflichten führen kann. Das Gespräch verzichtet auf jeden disziplinarischen Charakter. Es hat zum Ziel, einer chronischen Entwicklung vorzubeugen, indem es von Unterstützung und Fürsorge durch die/den Vorgesetzte/n geprägt ist. Daher wird es auch „Fürsorgegespräch“ genannt.

Inhalte des Fürsorgegespräches

- Sprechen Sie Ihren persönlichen Eindruck an, dass die betroffene Person Probleme hat, die auch am Arbeitsplatz sichtbar werden.
- Benennen Sie die wahrgenommenen Auffälligkeiten oder Veränderungen konkret.
- Fragen Sie danach, ob die betroffene Person Unterstützung wünscht und wenn ja, in welcher Form. Bitten Sie sie auch, selber Lösungsvorschläge zu entwickeln und darzustellen.
- Geben Sie Hinweise auf interne Hilfeangebote (betriebsinterne Beratungsangebote, qualifizierte Ansprechpersonen, betriebsärztlichen Dienst u. a.) und externe Einrichtungen wie Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzte.

Der Grund für die Veränderung können persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme der beschäftigten Person sein. Natürlich wünscht sich die Führungskraft eine Gesprächssituation, in der sich das Gegenüber öffnet. Dieses Gespräch ist ein Angebot, es liegen noch keine Pflichtverletzungen vor. Die/der Angesprochene kann den Grund ihrer/seiner Verhaltensänderung nennen und Unterstützung bereitwillig annehmen. Eine Verschlossenheit und die Zurückweisung der angebotenen Hilfe müssen von der Führungskraft akzeptiert werden!

Gespräche bei Pflichtverletzungen mit unklarem Hintergrund

Wenn die Führungskraft unsicher ist, wie sich die wiederholte oder schwerwiegende Vernachlässigung von Pflichten ihrer Mitarbeiterin / ihres Mitarbeiters erklären lässt, kann ein Gespräch der Klärung dienen. Manchmal stehen vage Vermutungen im Raum, die betroffene Person könnte ein Suchtmittelproblem haben, das es ihr erschwert, den Verpflichtungen nachzukommen. Diese Sorge bereits als Anlass für ein „Stufenplangespräch“ – wie nachfolgend dargestellt – zu nehmen, könnte einer Führungskraft als zu voreilig erscheinen.

Es wird immer eine subjektive Entscheidung der einzelnen Verantwortlichen sein: Ist ein Klärungsgespräch oder ein Personalgespräch, das ohne jegliche Vermutung des Substanzkonsums geführt wird, oder ist ein Stufenplangespräch, das riskanten Suchtmittelkonsum voraussetzt, angemessen? Um die eigene Entscheidung besser abzusichern, lohnt es sich, die Fachkompetenz einer innerbetrieblichen Beratungsinstanz – falls vorhanden – in Anspruch zu nehmen.

Inhalte des Klärungsgesprächs

- Benennen Sie die konkreten Fakten der Pflichtverletzungen: Zeit, Ort, Vorfall und die entsprechenden unmittelbaren und mittelbaren Auswirkungen.
- Zeigen Sie Ihre Sorge über Ihre Vermutung, dass die betroffene Person Probleme haben könnte, die sich bereits auf die Arbeitsleistung und auf die Arbeitshaltung auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen.
- Beschreiben Sie Ihre Erwartungen an das zukünftige Verhalten präzise.
- Geben Sie Hinweise auf interne Hilfeangebote (betriebsinterne Beratungsangebote, qualifizierte Ansprechpersonen, betriebsärztlicher Dienst) oder externe Einrichtungen wie z.B. Suchtberatungsstellen, Ehe- und Familienberatung, Schuldnerberatung.
- Vereinbaren Sie konkrete weitere Schritte und halten Sie dieses schriftlich fest.
- Vereinbaren Sie für die Rückmeldung an die betroffene Person einen nächsten Gesprächstermin in etwa 6–8 Wochen.
- Eine schriftliche Abfassung über die Ergebnisse dieses Gesprächs geben Sie an die betroffene Person.

Kommt es nach dieser Intervention zu keinen weiteren Beanstandungen, dann wird der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter in 6–8 Wochen die positive Verhaltensänderung im Rückmeldegespräch bestätigt.

Kommt es erneut zu Pflichtverletzungen, dann muss entschieden werden, wie es weitergeht:

A Personalgespräche in Form von Kritikgesprächen oder

B Gespräche in der Form eines „Stufenplans“, in denen sich Hilfeangebote und Sanktionen ergänzen, weil davon ausgegangen werden kann/muss, dass die Pflichtverletzungen der betroffenen Person durch Suchtmittelkonsum oder nicht stoffgebundenem Problemverhalten mitbegründet sind.

Um Missverständnissen vorzubeugen:

Das Fürsorgegespräch kann, aber muss nicht an erster Stelle stehen! Wenn eine substanzbedingte Auffälligkeit, die arbeitsrechtlich als erheblich angesehen wird, festgestellt wird, dann findet direkt das erste Gespräch des Stufenplans statt. Auch ein Klärungsgespräch muss in diesem Fall nicht mehr vorgeschaltet werden. Die Gesprächsmöglichkeiten stehen nicht zwangsläufig in einer Reihenfolge. Sie werden gewählt von der/dem Vorgesetzten nach ihrer /seiner subjektiven Einschätzung und Bewertung der Situation. In den aufeinander abgestimmten Gesprächen im Stufenplan muss – Ausnahmen bestätigen die Regel – eine Reihenfolge eingehalten werden.

Fürsorgegespräch

- Anlass ist: Persönliche, soziale oder gesundheitliche Probleme der betroffenen Person werden am Arbeitsplatz sichtbar. Bei Fortsetzen des Verhaltens wird eine Verletzung der arbeitsvertraglichen Pflichten als wahrscheinlich gesehen.
- Führungskraft führt ein vertrauliches Gespräch begründet durch die Sorge um die weitere Entwicklung.
- Das Fürsorgegespräch hat keinen Disziplinarcharakter!
- Schriftliche Aufzeichnungen sind nicht erforderlich.

Klärungsgespräch

- Anlass ist: Wiederholte oder schwerwiegende Verletzungen der arbeitsvertraglichen Pflichten liegen vor.
- Führungskraft ist sich nicht sicher, ob die Verfehlungen in Zusammenhang mit Substanzgebrauch oder nicht stoffgebundenem Problemverhalten* stehen oder anders zu begründen sind.
- Neben der Sorge steht die Erwartung an eine positive Veränderung.
- Gesprächsnotiz über den Anlass und die Zielvereinbarung wird ausgehändigt.

Stufengespräche

- Verletzung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten beruht mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Substanzkonsum oder nicht stoffgebundenem Problemverhalten*.
- In mehreren Gesprächen (4-5) wird auf die Erfüllung der Pflichten aus dem Arbeits-/ Dienstvertrag hingearbeitet.
- Hilfeangebote für die angenommene Hintergrundproblematik und Sanktionen für die Pflichtverletzungen ergänzen sich.
- Die Gespräche werden dokumentiert. (siehe Seite 60)

*nicht stoffgebundenem Problemverhalten:
Ess-Störungen, Medienkonsum, Path. Glücksspiel usw.

Stufengespräche bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten oder süchtigem Verhalten

Die Stufengespräche sind eine Abfolge von meistens fünf Gesprächen, in denen der/dem auffälligen Beschäftigten die konkreten Verletzungen vertraglicher Pflichten aufgezeigt werden. Da die Führungskraft vermutet, dass diese Pflichtverletzungen auf Substanzkonsum oder süchtigem Verhalten beruhen, bietet sie der betroffenen Person einschlägige Hilfeangebote an. Ziel der Intervention ist es, die Erfüllung der Pflichten des Arbeitnehmers /der Arbeitnehmerin aus dem Arbeitsvertrag bzw. dem Dienstvertrag wiederherzustellen. Sofern die Person dieser Erwartung nachkommt, wird ihr nach Ablauf einer angemessenen Beobachtungszeit eine positive Rückmeldung gegeben. Werden erneute Pflichtverletzungen sichtbar, dann werden diese entsprechend sanktioniert. Ein Hilfeangebot wird in jedem Gespräch offeriert, egal ob die Person einsieht, dass sie Hilfe braucht oder nicht. Es bleibt aber immer ein Angebot! Menschen haben in unserer Rechtsordnung das Persönlichkeitsrecht, sich riskant zu verhalten.



Der Arbeitgeber muss die Folgen eines riskanten Konsums, die die Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers betreffen, nicht tolerieren. Er kann aber nur das aus dem Arbeitsvertrag geschuldete Verhalten einfordern. Wenn die/der Beschäftigte nach dem ersten Stufengespräch wieder nüchtern zur Arbeit kommt und sich keine erneuten Auffälligkeiten zeigen, dann ist das Recht des Arbeitgebers erschöpft. Er kann zwar bedauern, dass der Mitarbeiter in seiner Freizeit riskanten Alkoholkonsum hat, aber solange dieser keine Auswirkungen auf die Arbeitsleistung zeigt, bleiben ihm arbeitsrechtlich die Hände gebunden. Bei begründeten Befürchtungen, dass negative Folgen des riskanten Konsums auf die Arbeitsleistung oder den Betriebsfrieden absehbar sind, können zwischenzeitlich „Fürsorgegespräche“, wie beschrieben, geführt werden.

Stufenplan bei Suchtmittelauffälligkeiten und suchtbedingtem Verhalten

1. Gespräch:

Beteiligte:

Betroffene/r Beschäftigte/r, unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz, die im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingtem Verhalten stehen, hat die/der unmittelbare Vorgesetzte – ggf. nach vorheriger fachlicher Beratung – mit der betroffenen Person ein Gespräch zu führen.

Inhalt des Gesprächs

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
- Besorgnis ausdrücken, dass die/der Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeits-/Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
- Ansprechen des riskanten Suchtmittelkonsums oder des suchtbedingten Verhaltens und dass ein Zusammenhang zu den Problemen am Arbeitsplatz gesehen wird;
- Aufzeigen der konkreten Erwartungen der/des Vorgesetzten an das zukünftige Arbeitsverhalten;
- Hinweis auf den Stufenplan und das Vorgehen bei weiteren Auffälligkeiten (ein Exemplar des Stufenplans aushändigen). Bei beamteten Personen wird zusätzlich darauf hingewiesen, dass weitere Auffälligkeiten als Dienstvergehen bewertet werden könnten;
- Empfehlung, sich innerbetrieblich von der Ansprechperson für Suchtfragen und/oder von einer externen Fachberatung informieren und beraten zu lassen (Adressen einschlägiger Fachberatung);
- Konkrete Vereinbarung der weiteren Schritte;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6–8 Wochen und Hinweis auf das Beobachten der weiteren Verhaltensentwicklung.

Das Gespräch bleibt vertraulich, es hat keine personellen Konsequenzen. Die/der Vorgesetzte notiert Datum und Ergebnis des Gesprächs und händigt der betroffenen Person die Kopie aus.

Bei Erfüllung der arbeitsvertraglichen bzw. dienstrechtlichen Pflichten:

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen, dienstrechtlich sollte die Veränderung gewürdigt werden.
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6–8 Wochen

Bei erneuter Vernachlässigung der Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz

Gespräch 1

2. Gespräch:

Beteiligte:

betroffene/r Beschäftigte/r
unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächst höhere/r Vorgesetzte/r
und /oder Personalabteilung,
Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung (vor Gesprächsbeginn ist die Zustimmung der oder des Betroffenen einzuholen), auf Wunsch der/des Betroffenen: die Ansprechperson für Suchtfragen

Kommt es erneut zu einer Vernachlässigung der arbeitsvertraglichen/dienstrechtlichen Pflichten und / oder zu Störungen am Arbeitsplatz verbunden mit Auffälligkeiten durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten, so ist von den zuständigen Vorgesetzten das Gespräch der Stufe 2 zu führen.

Es findet nach gemeinsamer Vorbereitung der Vorgesetzten und Funktionsträger statt.

Inhalt des Gesprächs

- Benennen der neuen Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des vorangegangenen Gesprächs;
- Zusammenhang zu Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten erneut aufzeigen;
- Hinweis auf interne und externe Beratungs- und Hilfemöglichkeiten (Namen, Telefonnummern, Adressen bereithalten);
- Aufforderung, eine Fachstelle für Sucht und Suchtprävention aufzusuchen; (1)
- Ankündigung von Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten; Hinweis auf den Stufenplan. Beamtete Personen erhalten zudem den Hinweis, dass eine Verletzung dienstlicher Pflichten Disziplinarmaßnahmen bis zur Entfernung aus dem Dienst zur Folge haben können und dass sie nach dem Beamtengesetz gehalten sind, ihre Dienstfähigkeit zu erhalten;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6–8 Wochen und Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens.

Datum und Ergebnis des Gesprächs werden schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. (2)

Der betroffenen Person wird eine Kopie ausgehändigt und der Empfang wird von ihr schriftlich bestätigt.

Bei Erfüllung der arbeitsvertraglichen bzw. dienstrechtlichen Pflichten:

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen, dienstrechtlich sollte die Veränderung gewürdigt werden.
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6–8 Wochen

Bei erneuter Vernachlässigung der Pflichten und /oder Störungen am Arbeitsplatz

Gespräch 2

3. Gespräch:

Beteiligte:

wie beim zweiten Gespräch, obligatorisch Personalabteilung

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und /oder zu Störungen am Arbeitsplatz verbunden mit Auffälligkeiten durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten, findet ein Gespräch der Stufe 3 statt. Das Gespräch findet nach gemeinsamer Vorbereitung der Vorgesetzten und Funktionsträger statt. Dabei wird die Gesprächsführung unter den Vorgesetzten festgelegt. Insbesondere werden die Konsequenzen, die ergriffen werden sollen, und die Auflagen, die gemacht werden sollen, abgestimmt.

Inhalt des Gesprächs:

- Benennen neuer Fakten, Bezugnahme auf die vorherigen Gespräche;
- Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten der betroffenen Person erneut aufzeigen;
- Konsequenzen aufzeigen, die aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung jetzt vollzogen werden;
- Hinweis auf interne Informations- und Hilfeangebote durch die Ansprechperson für Suchtfragen; sofern noch nicht erfolgt, Kontaktaufnahme vereinbaren;
- Aufforderung an die betroffene Person, eine Fachstelle für Suchtprävention und Suchtberatung aufzusuchen, da eine Suchtgefährdung bestehen kann (Adressen von Fachstellen bereithalten). Sie wird aufgefordert, einen Nachweis zu erbringen, dass ein Beratungsgespräch stattgefunden hat. (3) Beamteten Personen wird verdeutlicht, dass die Ablehnung therapeutischer Hilfen zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit zu dienstrechtlichen Konsequenzen führen kann;
- Ankündigung weiterer Konsequenzen bei erneuten Auffälligkeiten, Darstellung der nächsten Schritte im Stufenplan;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in spätestens 8 Wochen und Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens;
- Mitteilung, dass eine positive Entwicklung gefördert wird und dass dazu kontinuierliche Rückmeldegespräche im vierteljährlichen Abstand für die Dauer eines Jahres erfolgen, falls keine erneuten Auffälligkeiten sichtbar werden. Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. Der betroffenen Person wird eine Kopie ausgehändigt und der Empfang wird von ihr schriftlich bestätigt.

Konsequenzen:

Wenn die betroffene Person darlegt, dass das Fehlverhalten bzw. die Schlechtleistung auf einer Suchtproblematik beruhen könnte, wird sie aufgefordert, sich unmittelbar in eine Suchtberatung bzw. Suchttherapie zu begeben. Hierfür wird Unterstützung zugesichert. Die Ansprechperson für Suchtfragen bzw. ein Personalverantwortlicher bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der/des Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten. Nach Möglichkeit werden eine Fallabstimmung (4) und eine Fallbegleitung (5) eingerichtet. Spielt nach Aussage der betroffenen Person eine Suchtproblematik keine Rolle oder liegt eine Suchtproblematik nicht eindeutig vor, so ist bei Tarifpersonal die Voraussetzung für die Abmahnung aus verhaltensbedingten Gründen erfüllt. Als personelle Konsequenz wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung eine schriftliche Abmahnung

erteilt. Beamtete Personen werden erneut darauf hingewiesen, dass sie nach dem Beamtengesetz gehalten sind, ihre Dienstfähigkeit zu erhalten, und dass eine Verletzung dienstlicher Pflichten Disziplinarmaßnahmen bis zur Entfernung aus dem Dienst zur Folge haben kann.

Personelle Konsequenzen können darüber hinaus besondere Auflagen sein:

- Individuelles Alkoholverbot als Zusatz zum Arbeitsvertrag;
- Regelmäßige Gespräche mit der Ansprechperson für Suchtfragen in einem bestimmten Zeitraum;
- Prüfung, ob die/der Beschäftigte für bestimmte Tätigkeiten noch geeignet ist, z.B. im Kontakt mit Kunden oder verbunden mit häufigen Dienstreisen;
- Für Umsetzung und Änderungskündigung mit dem Ziel der Herabgruppierung können die Voraussetzungen geprüft werden.

Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. Der betroffenen Person wird eine Kopie ausgehändigt und der Empfang wird von ihr schriftlich bestätigt.

Die Maßnahmen gelten auch für Beamtinnen und Beamte, soweit sich nicht aus dem Beamtengesetz (bspw. Disziplinarrecht) Besonderheiten ergeben.

Bei Erfüllung der arbeitsvertraglichen bzw. dienstrechtlichen Pflichten:

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen, dienstrechtlich sollte die Veränderung gewürdigt werden.
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6–8 Wochen und weitere vierteljährliche Rückmeldegespräche für die Dauer eines Jahres

Bei erneuter Vernachlässigung der Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz

4. Gespräch:

Beteiligte: wie im dritten Gespräch

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und/oder zu Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten und nimmt der oder die betroffene Beschäftigte die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch, findet ein Gespräch der Stufe 4 statt.

Das Gespräch findet nach gemeinsamer Vorbereitung der Vorgesetzten und Funktionsträger statt. Dabei wird die Gesprächsführung unter den Vorgesetzten festgelegt. Insbesondere werden die Konsequenzen, die ergriffen werden sollen, und die Auflagen, die gemacht werden sollen, abgestimmt.

Inhalt des Gesprächs:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des dritten Stufengesprächs;
- Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten herstellen;

Gespräch 4

Gespräch 4

- Schriftliche Aufforderung, eine Fachstelle für Sucht und Suchtprävention aufzusuchen und sich unmittelbar in Beratung oder Therapie zu begeben, da eine Suchtproblematik nicht mehr ausgeschlossen werden kann; (6)
- Angebot von interner Hilfe; die Ansprechperson für Suchtfragen oder ein/e Personalverantwortliche/r bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der/des betroffenen Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten. Nach Möglichkeit werden eine interne Fallabstimmung und eine Fallbegleitung eingerichtet;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in spätestens 8 Wochen. Hinweis auf die Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens durch die/den Vorgesetzte/n;
- Mitteilung über weitere Rückmeldegespräche im vierteljährlichen Abstand für die Dauer eines Jahres, falls nicht erneute Auffälligkeiten zu einem letzten Stufengespräch führen

Der/die Beschäftigte wird noch einmal darauf hingewiesen, dass

- der Arbeitgeber nicht länger bereit ist, das Fehlverhalten und/oder die Minderleistung hinzunehmen;
- die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist;
- bei erneuten Auffälligkeiten ein letztes Stufengespräch stattfinden wird.

Konsequenzen:

Liegt nach Auskunft der betroffenen Person eine Suchtproblematik nicht vor, wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung eine zweite Abmahnung ausgesprochen. Tarifpersonal wird darauf hingewiesen, dass ohne Therapie ggf. auch eine krankheitsbedingte Kündigung erfolgen kann. Beamtete Personen erhalten den Hinweis, dass im Falle weiterer Auffälligkeiten und wenn sie den Auflagen nicht nachkommen, die geeigneten dienst- oder disziplinarrechtlichen Maßnahmen erfolgen können.

Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. Der betroffenen Person wird eine Kopie ausgehändigt und der Empfang wird von ihr schriftlich bestätigt.

Bei positiver Verhaltensänderung oder Aufnahme einer Therapie:

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen, dienstrechtlich sollte die Veränderung gewürdigt werden.
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6–8 Wochen und weitere vierteljährliche Rückmeldegespräche für die Dauer eines Jahres

Bei erneuter Vernachlässigung der Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz

5. Gespräch:

Beteiligte: wie im vorangegangenen Gespräch
Beteiligte:
wie im vorangegangenen Gespräch

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und/oder zu Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten und ändert die betroffene Person ihr auffälliges Verhalten nicht, werden außerdem die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch genommen und ist keine Besserung zu erwarten, dann kommt es nach vorheriger Abstimmung der Beteiligten zum letzten Gespräch des Stufenplans:

Ist die betroffene Person nicht bereit, sich unverzüglich in Therapie zu begeben, leitet die Personalabteilung bei Tarifpersonal das Kündigungsverfahren ein. Bei Beamtinnen und Beamten wird eine dienst- oder disziplinarrechtliche Entscheidung herbeigeführt.

Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. Der betroffenen Person wird eine Kopie ausgehändigt und der Empfang wird von ihr schriftlich bestätigt.

Gespräch 5

Rahmenempfehlung der Niedersächsischen Landesregierung, Hannover im Juli 2006

1 Die Nichtannahme der Beratungs- und Hilfeangebote ist bei Beamten disziplinarrechtlich zu prüfen. Bei Tarifpersonal kann die Nichtannahme nur geahndet werden, wenn der Besuch einer Beratungsstelle oder anderer Hilfeeinrichtungen als Zusatz zum bestehenden Arbeitsvertrag vereinbart worden ist. Sanktioniert werden können ansonsten im weiteren Verlauf nur die erneuten oder fortgesetzten Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten.

2 Die Notiz darf nach Niedersächsischem Datenschutzgesetz nur dann Angaben zur Gesundheit der betroffenen Person enthalten, wenn diese schriftlich ihre Einwilligung dazu erklärt hat, und muss vor unbefugtem Zugriff gesichert aufbewahrt werden. Eine schriftliche Einwilligung ist auch erforderlich für die Übermittlung gesundheitsbezogener Angaben.

3 Der Nachweis kann nur im Einverständnis mit der/dem Beschäftigten eingefordert werden. Das Ausstellen eines schriftlichen Nachweises durch eine Beratungs- oder Therapieeinrichtung oder der Selbsthilfe setzt die hierfür erteilte Entbindung von der Schweigepflicht durch die betroffene Person voraus.

4 Gemeinsam mit der/dem betroffenen Beschäftigten stimmen sich die unmittelbar beteiligten Gesprächsteilnehmer mit den Fachleuten aus dem Beratungs- bzw. Therapiesystem ab. Sie vereinbaren, welchen Beitrag die einzelnen Beteiligten aus ihrer jeweiligen Rolle heraus zur Veränderung der Situation leisten.

5 Es wird eine klare Zuständigkeit festgelegt, um eine systematische Fallbegleitung während einer ambulanten und stationären Therapie bis zur Wiedereingliederung anzubieten.

6 Es ist noch einmal anzumerken, dass die Aufforderung dienstrechtlich verbindlich ist, arbeitsrechtlich jedoch keine Sanktionen nach sich zieht, wenn sie aus den arbeitsrechtlichen Verpflichtungen nicht unmittelbar abgeleitet werden kann.

Wie können sich Personalverantwortliche auf das Gespräch mit Betroffenen vorbereiten?

Diese Frage setzt eine Differenzierung des vorgesehenen Gespräches (siehe Seite 48 ff) voraus. Handelt es sich um ein:

Fürsorgegespräch

Klärungsgespräch

Gespräch im Stufenplan

Bei einem **Fürsorgegespräch** bedarf es einer Sammlung der Auffälligkeiten, die der Führungskraft Sorgen machen. Hinzu kommt die Einstimmung auf die Mitarbeiterin beziehungsweise den Mitarbeiter. Welche spezifischen Reaktionen auf die fürsorgliche Ansprache sind denkbar? Wie gehe ich persönlich mit den zu erwartenden Emotionen oder der Gesprächsabwehr um? Das Fürsorgegespräch ist vor allem getragen von geäußelter Sorge, dem Zuhören und – wenn möglich – dem Angebot von Unterstützung.

Bei dem **Klärungsgespräch** sollte sich die Führungskraft an die Auffälligkeiten, die konkrete Pflichtverletzung und die damit verbundenen weiteren direkten und indirekten Folgen erinnern. Die Vorbereitung kann schriftlich geschehen. Es bietet sich an, vorher zu überlegen, welche Fragen an den Mitarbeiter gestellt werden sollten. Gleichwohl macht es Sinn, sich die eigenen vermuteten Gründe für das Fehlverhalten aufzuschreiben und dem/der Beschäftigten als „Strauß von Möglichkeiten“ mitzuteilen. Das Klärungsgespräch dient dazu, etwas zu klären, also muss der betroffene Beschäftigte auch hinreichend zu Wort kommen.

Beim **Gespräch nach dem Stufenplan** steht nicht das Fragen nach den Gründen an, sondern die Führungskraft teilt mit, dass sie sich die Pflichtverletzung zurzeit mit einer vermuteten Substanzproblematik (z.B. Alkohol und/oder Medikamente) erklärt.

Da das Zusammenführen von Pflichtverletzung und Substanzproblem ein schwieriges Gespräch befürchten lässt, sind hier einige Hilfestellungen angebracht.

Menschen mit suchtmittelbedingten Problemen wollen nicht auf ihren riskanten oder gar schon schädlichen Konsum und das damit verbundene Fehlverhalten am Arbeitsplatz angesprochen werden. Sie versuchen mit unterschiedlichen Verhaltensweisen, die Kritik an ihrem Verhalten zu verhindern. Diese Abwehr kann sein:

- aggressives Verhalten: „Das ist glatte Verleumdung, das muss ich mir von Ihnen nicht bieten lassen.“
- mitleiderweckendes Verhalten: „Meine Schwierigkeiten liegen im privaten Bereich. Da habe ich sehr zu kämpfen ...“
- gleichgültiges Verhalten: „Das ist mir egal, wenn Sie meinen ...“
- erpresserisches Verhalten: „Ich kann Ihnen da auch einiges auftischen, was Sie interessieren wird“ oder „Wenn Sie mir auch noch zusetzen, tue ich mir was an!“
- einsichtiges Verhalten, aber ohne Bereitschaft, professionelle Hilfe anzunehmen: „Sie haben Recht, ich muss mich ändern, aber eine Suchtberatung brauche ich nicht!“

Es wäre ein Fehler, dieses Verhalten als bewusstes und somit berechnendes Verhalten zu werten. Die betroffene Person kann suchtmittelbedingt vielleicht nicht anders!

Damit Führungskräfte sich nicht durch das Verhalten lähmen lassen und einem „roten Faden“ in der Gesprächssituation folgen, bietet sich eine schriftliche Vorbereitung an.

Orientierungshilfe für Gespräche im Stufenplan

1 Was ist Ihr Ziel in dem Gespräch?

2 Welches Verhalten (Vorkommnisse) geben Anlass zur Sorge und/oder Beanstandung?

- Arbeitsverhalten _____
- Sozialverhalten _____
- Gesundheitsverhalten/Erscheinungsbild _____
- Besondere Vorkommnisse _____

3 Warum ist eine Veränderung notwendig? Welche Auswirkungen hat das Verhalten?

4 Welches Verhalten soll die betroffene Person ändern?

5 Wie oft haben Sie bereits mit der Person gesprochen?

6 Was hat sich seit dem letzten Gespräch geändert? Wurden Vereinbarungen eingehalten?

7 Welche konkreten Hilfeangebote können Sie machen?

8 Welche Möglichkeit der Veränderung sieht der/die Betroffene?

9 Welche Konsequenzen hat es, wenn die betroffene Person ihr Verhalten nicht ändert?

10 Getroffene Vereinbarungen?

11 Termin für das nächste Gespräch? _____

Es gibt keinen Leitfaden für ein garantiert erfolgreiches Gespräch. Die Frage von Erfolg ist immer verknüpft mit den selbst gesteckten Erwartungen. „Was ist das Ziel in dem Gespräch?“ Erwartungen bzw. Ziele dürfen nicht zu hoch angesetzt werden. Es ist leichter, wenn sich Hoffnungen zunächst auf das eigene Verhalten beziehen und nicht gleich Einsicht und Zugeständnisse von der angesprochenen Person erwartet werden. Das Ziel ist, meine konkreten Rückmeldungen an die betroffene Person zu geben, und zwar wie folgt:

- Ich sage meinem Gegenüber, wie ich ihn bzw. sie im Moment erlebe und was zu beanstanden ist. Was mein Gegenüber mit dieser Mitteilung macht, bleibt seine bzw. ihre Entscheidung.
- Ich stelle die Auffälligkeiten in Zusammenhang mit dem vermuteten Alkoholproblem, ob mein Gegenüber dieses genauso sieht, ist seine bzw. ihre Sache.
- Ich biete Unterstützung zur Veränderung an und unterbreite konkrete Hilfeangebote, ob mein Gegenüber sich darauf einlässt, steht in seinem bzw. ihrem Ermessen.
- Ich zeige zu erwartende Konsequenzen auf. Ob mein Gegenüber dieses ernst nimmt und entsprechend reagiert, ist meine Hoffnung, aber nicht meine Verantwortung.

Der Erhalt des Arbeitsplatzes stellt für viele Betroffene eine hohe Motivation für ihre Veränderung dar. Daher ist die Ansprache am Arbeitsplatz so wichtig. Viele Fälle demonstrieren, dass dieses Vorhaben gelingt. Es gibt auch Menschen, die keine Hilfe am Arbeitsplatz annehmen und denen letztendlich gekündigt werden muss. Insofern stimmt der Satz für Personalverantwortliche: „Die Fürsorge am Arbeitsplatz schuldet den Versuch, nicht den Erfolg!“

Zugegeben, die Gespräche mit alkohol auffälligen Beschäftigten sind nicht ganz einfach. Es ist nachvollziehbar, dass Vorgesetzte eine gewisse Scheu davor haben. In vielen Betrieben und Verwaltungen gibt es entweder hauptamtlich oder nebenamtlich tätige Suchtberaterinnen oder Suchtberater. Ihre Aufgabe ist es unter anderem auch, Vorgesetzte bei der Vorbereitung auf solche Gespräche zu unterstützen. Ihr Fachwissen in Anspruch zu nehmen, ist kein Eingeständnis von Führungsschwäche, sondern professionelles Handeln.



Medikamente

Medikamente am Arbeitsplatz – ein bislang unterschätztes Risiko?

Das Thema „Medikamente am Arbeitsplatz“ ist nach wie vor ein Tabuthema, obwohl versicherungsrechtliche Fragen als auch die Zunahme des Arzneimittelgebrauchs mit arbeitssicherheitsrelevanten Wirkungen und darüber hinaus qualifizierte Aussagen über eine hohe Zahl von Medikamentenabhängigen das Thema in den Vordergrund schieben müssten.

- In Deutschland sind etwa 1,4–1,5 Millionen Menschen von ärztlich verschriebenen Medikamenten abhängig. Andere Schätzungen rechnen mit 1,9 Millionen Menschen.
- Weitere 1,7 Millionen Menschen müssen als mittel- bis hochgradig gefährdet eingestuft werden.
- Etwa jeder zwanzigste erwachsene Bürger ist akut von Medikamentenproblematik betroffen.
- Rezeptfreie Arzneimittel, die ggf. missbräuchlich genutzt werden, sind der Kontrolle entzogen.
- 4–5 % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial.
- Der Erwerb von Arzneimitteln über das Internet stellt sich als zunehmendes Problem dar.
- In der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden im Jahr 2013 für 645 Millionen verordnete Arzneimittel 32,1 Milliarden Euro ausgegeben.

In Anbetracht des DAK Gesundheitsreports 2014 stehen die psychischen Erkrankungen inzwischen auf Platz drei der Liste der häufigsten Krankheiten in Deutschland. Es ist nicht abwegig, zu mutmaßen, dass mit der Zunahme psychischer Belastungen am Arbeitsplatz ein Anstieg psychischer Erkrankungen und damit eine erhöhte Einnahme von Psychopharmaka wahrscheinlich sind. Zu dieser Entwicklung muss realistischerweise die demografische Veränderung in der Belegschaft wahrgenommen werden. Die Menge der Einnahme von Medikamenten korreliert proportional mit dem Alter.

Die Medikamentenproblematik könnte, von seiner derzeitigen Brisanz aus betrachtet, das Thema „Alkoholprobleme am Arbeitsplatz“ in der Zukunft einholen. Die verantwortlichen Akteure im Betrieb und in den Verwaltungen sollten sich sinnvollerweise darauf einstellen, indem sie sich informieren und kundig machen. Dieses bezieht sich in erster Linie auf Fragen der Arbeitssicherheit, der rechtlich möglichen Vorgehensweise im Einzelfall und der Prävention im Rahmen des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten und nicht auf das Wissen um die Pharmakologie von Medikamenten.

Versicherungsrechtliche Vorschriften: Die Sorgfaltspflicht der Beschäftigten

Im vorangegangenen Text zum Thema „Alkohol – wie sollten Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte akut nicht mehr arbeits- beziehungsweise dienstfähig sind?“ ist der § 15 „Allgemeine Unterstützungspflichten und Verhalten“ zitiert, wie er in der Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift für Sicherheit und

Gesundheit, BGV, bei der Arbeit formuliert ist (Seite 39). Die Landesunfallkassen und der Gemeindeunfall-Versicherungsverband haben den Wortlaut der BGV unverändert übernommen. Seit der Überarbeitung im Jahr 2004 ist ein wichtiger neuer Passus zu Abs. 2 als Ergänzung hinzugekommen:

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

Abs. 3 Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten.“

Dieser kleine Zusatz ist in der Arbeitswelt zurzeit noch nicht ausreichend bekannt. Doch diese Ergänzung in den Vorschriften kann für die einzelnen Arbeitnehmer gravierende Folgen haben: Diese Ergänzung in den versicherungsrechtlichen Vorschriften bezieht sich nicht nur auf die Einnahme von Psychopharmaka, sondern generell auf Medikamente, die die Wahrnehmung und/oder die Reaktionsfähigkeit eines Menschen beeinträchtigen können. Hinweise auf diese Einschränkungen finden sich auf dem „Beipackzettel“ des jeweiligen Medikaments. Hier wird unter der Rubrik „Wirkungen und Nebenwirkungen“ auf die Gefahr der Einnahme von Medikamenten beim Bedienen von Maschinen und bei der Teilnahme am Straßenverkehr hingewiesen. Michael Peschke, Arbeitsmediziner der Freien und Hansestadt Hamburg hat auf einige Medikamente mit sicherheitsrelevanten Wirkungen hingewiesen:

- Antiepileptika (Arzneien gegen epileptische Anfälle)
- Blutdrucksenkende Mittel (wie z.B. Beta-Blocker)
- Antihistaminika (Arzneien gegen Allergien)
- Blutzuckersenkende Mittel (wie z.B. Insulin)
- Anticholinergika (Arzneien zur Pulsbeschleunigung)
- Atropinhaltige Augentropfen (Arzneien, die die Pupillen weit stellen)

In der Broschüre des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, BKK, und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, DHS, zum Thema „Schlaf- und Beruhigungsmittel am Arbeitsplatz“ findet sich unter dem Titel „Erst Gebrauchsinformation checken, bevor Sie ins Auto steigen oder an Maschinen arbeiten“ eine lange Liste der Arzneimittelgruppen, deren Risiken für einen verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten zu beachten sind.

Mediziner sehen eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit und der Arbeitsfähigkeit bei einigen der genannten Arzneien vor allem in der Einstellungsphase, wenn sich der Körper nach Einnahme des Medikaments erst auf die entsprechende Dosis einstellen muss. Ist diese Phase erfolgreich abgeschlossen und stellt der Konsument selber keine Einschränkung seiner Wahrnehmung und Reaktion mehr fest, dann ist der Sorgfaltspflicht für den Arbeitsprozess und für den Weg von und zur Arbeit Genüge getan. Der behandelnde Arzt muss – rein juristisch gesehen –

seine Patienten nur auf die diesbezüglichen Ausführungen im Beipackzettel des verschriebenen Medikamentes hinweisen. Diejenige Person, die das Medikament einnimmt, handelt danach in eigener Verantwortung. Bei einer moralischen Bewertung dieser Fragestellung käme man eventuell zu einer anderen Bewertung.

Die Wichtigkeit des Themas für den Arbeitsplatz verdeutlicht ein konstruiertes Beispiel:

Die Beschäftigte Frau O. hatte zwei Tage zuvor eine Zahnoperation. Der behandelnde Arzt hatte ihr angeboten, sie „krankzuschreiben“. Das hatte sie abgelehnt. Aufgrund ihrer Schmerzen bleibt sie zwei Tage zu Hause. Am dritten Tag nach dem Eingriff sind die Schmerzen noch eklatant. Sie hat einen sehr wichtigen Arbeitstermin, den sie meint nicht ausfallen lassen zu können. Um die Schmerzen an diesem Morgen auszuhalten, nimmt sie ein Schmerzmittel in einer höheren Dosierung ein, z.B. mit dem Inhaltsstoff Ibuprofen. Dem Beipackzettel des Medikamentes ist der Hinweis zu entnehmen, dass das Bedienen von Maschinen und das Führen eines Fahrzeuges unter der Einnahme stark eingeschränkt ist. Frau O. verursacht einen Unfall mit Personenschaden auf dem Weg zur Arbeit. Wenn ihr nachgewiesen werden kann, dass die hauptsächliche Ursache für den Unfall ihr Medikamentenkonsum ist, kann der Unfallschutz für sie entfallen. Sie ist ihrer Sorgfaltspflicht aus den Unfallverhütungsvorschriften § 15 Abs. 2 und Abs. 3 nicht nachgekommen.

Heutzutage ist es möglich, die entsprechenden Wirkstoffe der Medikamente im Körper nachzuweisen.

Eine nicht unerhebliche Gefahr für die Sicherheit im Straßenverkehr und im Arbeitsleben geht vor allem auch mit der Einnahme von psychotropen Medikamenten einher. Hier ist mit dreifacher Einschränkung zu rechnen: erstens den unmittelbaren akuten Wirkungen, zweitens den Nebenwirkungen und gegebenenfalls drittens mit Absetzphänomenen. Über diese Gefahr hinaus, nimmt der Konsument diese Mittel in der Regel, wenn er sich seelisch und/oder körperlich bereits beeinträchtigt fühlt.

In dem Publikationsorgan des ADAC „Motorwelt“ vom November 2004 wurden diverse Medikamente auf ihr Risiko für das Führen eines Kraftfahrzeuges genannt. Die Ergebnisse sind auf die Teilnahme am Straßenverkehr ausgerichtet, doch sie lassen sich auch auf die Arbeitssicherheit übertragen.

Verkehrswirksame Psychopharmaka

Medikamentengruppe	Substanzen/Wirkstoff	Gefährdung	Risiko- bewertung*
Antidepressiva (konventionelle trizyklische Mittel gegen Depressionen)	z.B. Amitriptylin, Doxepin, Opipramol, Imipramin, Desipramin	Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens auch bei sachgemäßer Anwendung möglich. Gefährdung durch Antriebssteigerung (z.B. Selbstüberschätzung) oder Antriebsminderung („Lähmung“). Zentralnervöse Begleiterscheinungen wie Schwindel möglich. Krampfschwelle erniedrigt.	++ bis ++++
Neuere selektive Mittel	Citalopram, Mirtazapin	Weniger starke Nebenwirkungen. Vorsicht bei Therapiebeginn.	+ bis ++
Neuroleptika (Therapeutika bei psychotischen Erkrankungen)	z.B. Risperidon, Haloperidol, Olanzapin u. a.	Dämpfung, Antriebsverminderung, Störungen der Psychomotorik und Koordination können die Fahrtüchtigkeit einschränken.	+ bis ++++
Sedativa (Beruhigungs- und Schlafmittel)	Benzodiazepine (Diazepam, Oxazepam, Flunitrazepam, Lorazepam)	Achtung! Einige wirken noch am nächsten Tag. Verminderte Konzentrationsfähigkeit und beeinträchtigte Muskelfunktion möglich. Durch dämpfende Wirkung kann Reaktions- und Leistungsvermögen negativ beeinflusst werden.	+++ bis ++++
	Diphenhydramin	Beeinträchtigt das Reaktionsvermögen	++ bis ++++
	Zolpidem, Zopiclon	Schwindel, Müdigkeit, Schlafstörungen, Unruhe.	+++

+ schwach ++ wenig +++ mäßig ++++ deutlich

* Das Verkehrsrisikopotenzial für die einzelnen Wirkstoffe (nicht vollständig erfasst) wurde aus klinischen-experimentellen Studien abgeleitet.

Welche Definitionen gibt es für den Medikamentenkonsum?

Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2007 zum Thema „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ einen „Leitfaden für die ärztliche Praxis“ veröffentlicht. Der Leitfaden gibt viele wertvolle Hinweise, um damit einer Verschärfung der vermeidbaren Medikamentenproblematik entgegenzuwirken. Zitiert werden im Folgenden die wichtigsten Definitionen:

„Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F1x.1) bzw. Missbrauch von Sedativa/Hypnotika (DSM-IV)

Schädlicher Gebrauch bezeichnet ein Konsummuster von Sedativa oder Hypnotika, das zu einer physischen oder psychischen Gesundheitsschädigung führt, z.B.

- Amnestische (das Gedächtnis betreffend; die Verfasserin) Störungen, die bei Benzodiazepinkonsumenten vor allem unter hohen Dosen und bei schnell resorbierbaren Substanzen vorkommen,
- Verhaltensstörungen in Kombination mit Alkohol (auch in kleinen Mengen),
- Zunahme von Angst und/oder Schlafstörungen unter der Medikation,
- Dosissteigerung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für schwerwiegende Folgen,
- Psychomotorische Behinderungen im Umgang mit Maschinen, mit Zunahme von Straßenverkehrsunfällen, häuslichen Unfällen und Frakturen, vor allem bei älteren Menschen und bei Verwendung lang wirksamer Substanzen.

Der Begriff „Missbrauch“ wurde mit dem ICD 10 (1991) durch den Begriff „schädlicher Gebrauch“ ersetzt. Er wird jedoch weiterhin im US-amerikanischen Klassifikationssystem DSM IV R benutzt und bezieht in dieser Kategorie auch die durch den Gebrauch hervorgerufenen sozialen Probleme in die Definition mit ein.

Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F1x.2)

Ein Abhängigkeitssyndrom liegt nach ICD 10 dann vor, wenn in einem Zeitraum von 12 Monaten drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Es besteht ein starker Wunsch bzw. Zwang, die psychotrope Substanz zu konsumieren.
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit im Umgang mit der Substanz.
- Beim Absetzen der Substanz tritt ein körperliches Entzugssyndrom auf.
- Es hat eine Toleranzentwicklung stattgefunden.
- Soziale und berufliche Aktivitäten werden anhaltend vernachlässigt.
- Der Substanzgebrauch wird trotz eindeutiger Schädigung fortgesetzt, worüber sich der Konsument im Klaren ist.

Auch niedrige Dosierungen können bereits zu einer Abhängigkeit führen. Gesicherte Gefahrgrenzwerte existieren nicht, jedoch ist die Grenze zwischen einer kurzfristigen, zweckgerichteten Befindlichkeitsmanipulation und einem abhängigkeitsrelevanten Konsummuster schnell überschritten.“

Zusätzlich zu diesen genannten Definitionen wird bei der Medikamentenabhängigkeit noch differenziert zwischen einer „Niedrig-Dosis-Abhängigkeit“ und einer „Hoch-Dosis-Abhängigkeit“.

- **Niedrig-Dosis-Abhängigkeit** besteht bei niedriger therapeutischer Dosierung, die zum Teil über Jahrzehnte konstant bleibt. Sie tritt vor allem bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln auf. Die Abhängigkeit wird erst beim Absetzen des Medikaments deutlich. Die Entzugssymptome sind Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Ängste. Diese Symptome treten aufgrund der Halbwertszeiten, d.h. der Wirkungsnachdauer der Medikamente, teilweise zeitverzögert auf, so dass sie von den Betroffenen oft gar nicht als Entzugssymptome gewertet werden. Waren diese Befindlichkeitsstörungen, die nach dem Absetzen auftreten, schon eingangs Anlass für die Mitteleinnahme, wird jetzt durch den erneuten Konsum ein „Teufelskreis“ in Gang gesetzt.
- Die **Hoch-Dosis-Abhängigkeit** entspricht dem bereits beschriebenen Bild. Sie zeichnet sich durch das dringende Verlangen oder den Zwang zur Einnahme aus. Es kommt zur Dosissteigerung und/oder auch zur Einnahme immer stärker wirkender Medikamente. Die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit ist ein Prozess, dessen Zeitdauer und Intensität abhängig ist von der Art des enthaltenen Wirkstoffes, der Höhe der Dosis und der individuellen Empfindlichkeit.

Zu den Arzneimitteln, die süchtig machen können, zählen vor allem Medikamente mit psychotroper Wirkung, d.h.,

- der Hauptwirkungsort liegt im Zentralen Nervensystem (Rückenmark, Gehirn),
- die psychischen Prozesse, wie z.B. die Wahrnehmung, das Empfinden von Gefühlen, sind verändert.

Die Bundesärztekammer gibt den Ärzten zur Diagnose eines schädlichen Medikamentengebrauchs bzw. einer Abhängigkeit Hinweise, wie bei wachsamem Auge äußerlich sichtbare Auffälligkeiten wahrzunehmen sind. Diese Hinweise betreffen vor allem den schädlichen Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

„Diagnostische Hinweise auf den am häufigsten vorkommenden schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen können sein:

- Affektive Nivellierung und kritiklose Euphorie
- Dysphorisch-depressive Stimmungslage (Alltagsverstimmungen wie Verdrossenheit, Unzufriedenheit, Missmutigkeit bis hin zu Traurigkeit; die Verfasserin)
- Konzentrationsstörungen, Amnesien (Gedächtnisstörungen; die Verfasserin), Verwirrtheit
- Ataxie, Dysarthrie, Nystagmus (Störungen der Bewegungskoordination wie „daneben zeigen“ oder „daneben greifen“; verschiedene Störungen des Sprechens; Schläfrigkeit und unkontrollierte Bewegungen der Augen wie „Augenzittern“; die Verfasserin)“

Dem Arzt/der Ärztin wird in der Leitlinie nach der Definitionsklärung ein Fragenkatalog an die Hand gegeben, mit dessen Hilfe er bzw. sie klären kann, ob eine Abhängigkeit oder „nur“ ein schädlicher Konsum vorliegt.

Begriffe und ihr Einfluss auf das Handeln

Wenn der Blick auf die Medikamentenabhängigkeit uns die Sicht auf die Vorbeugung verstellt, müssen andere Zusatzdefinitionen im Betrieb Beachtung finden, die Vorbeugung und die Möglichkeiten für frühe Interventionen bei ersten Auffälligkeiten zulassen.

Katrin Janhsen, Universität Osnabrück, Ärztin und Pharmakologin, hilft mit einer sehr differenzierten Gebrauchsbestimmung, den verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten zu verstärken und eine wachsame Aufmerksamkeit für erste Abweichungen zu schärfen.

Die Differenzierungen lauten:

Bestimmungsgemäßer Arzneimittelgebrauch ist ...

eine Anwendung nach der fachlich abgeklärten Indikation, in der korrekten Dosierung, vorgeschriebenen Einnahmedauer und Anwendungstechnik ... so wie der Hersteller die Anwendung in der Packungsbeilage vorsieht.

Arzneimittelfehlgebrauch ist ...

ein von der Bestimmung abweichender Gebrauch, das heißt z.B. eine abweichende Indikation, Dosis, Einnahmedauer ...

Arzneimittelmissbrauch ist ...

ein vorsätzlicher oder gezielter von der Bestimmung abweichender Gebrauch, das heißt z.B. abweichende Indikation, Dosis, Einnahmedauer; diese Form des Konsums mündet häufig in eine Arzneimittelabhängigkeit.

Arzneimittelabhängigkeit ist ...

die nicht bestimmungsgemäße, wiederholte Einnahme von Arzneimitteln, um den Effekt der Substanz wieder zu erleben.

Mit den Begriffen „Bestimmungsgemäßer Arzneimittelgebrauch“ und „Arzneimittelfehlgebrauch“ lassen sich Aufklärungsveranstaltungen für Beschäftigte durchführen, bei denen es zu keiner Stigmatisierung einzelner Konsumenten kommt. Die Begriffe lassen hoffen, dass Beschäftigte in diesen Maßnahmen qualifizierte Grundinformation zur eigenen Entscheidungsfindung im Umgang mit psychisch wirksamen und/oder sicherheitsrelevanten Medikamenten bekommen.

Der Bremer Pharmakologe Gerd Glaeske schreibt in diesem Zusammenhang im Jahrbuch Sucht 2013: „Die wirksamste Prävention ist letztlich die Vermeidung von Nebenwirkungen durch die richtige Anwendung und Empfehlung von Arzneimitteln. Fachleute wie Ärzte und Apotheker haben daher eine besondere Verantwortung, die Patienten zu schützen. Die entsprechenden Empfehlungen, zusammengefasst in der **4-K-Regel**, sollten daher immer beachtet werden:

Klare Indikation (das Medikament nur einnehmen, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht)

Kleinste notwendige Dosis

Kurze Anwendung (maximal 14 Tage)

Kein abruptes Absetzen“

Der Begriff „Arzneimittelfehlgebrauch“ lässt sich von dem des „Medikamentenmissbrauchs“ sicher nicht immer eindeutig absetzen. Im nachfolgenden Kapitel stellt sich für ein relativ neues Gebrauchsmuster von Medikamenten – nämlich das Gehirndoping am Arbeitsplatz – schon die Frage, ob es sich „nur“ um Fehlgebrauch oder schon um Missbrauch handelt.

Welche Auswirkungen haben Psychopharmaka auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten?

Die „Berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ ist mit den entscheidenden Paragraphen auf Seite 39 der Broschüre zitiert. Hiernach muss der Arbeitgeber im Rahmen seiner Fürsorgepflicht auch bei Beschäftigten, die unter den Auswirkungen von arbeitssicherheitsrelevanten Medikamenten auffällig werden, eingreifen. Diese Notwendigkeit hat der Gesetzgeber in seiner Neufassung der Unfallverhütungsvorschriften erkannt und gezielt neu formuliert.

Hier geht es nicht um eine Bewertung des Handelns des Beschäftigten, sondern um die Erhöhung der Arbeitssicherheit und den Schutz der/des einzelnen Beschäftigten und seiner Umgebung. Es wäre natürlich wünschenswert, wenn das Handeln der Führungskraft in diesem Zusammenhang möglichst wertneutral erfolgen könnte und die betroffene Person sich überzeugen ließe, dass ihre Dienst- bzw. Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist. Es wird aber auch Situationen geben, in denen genau die Wirkungen des Medikaments eine Einsichtsfähigkeit des auffälligen Beschäftigten verhindern. Ein konsequentes Handeln der Verantwortlichen ist gerade hier unumgänglich. Anhand der nachfolgenden Beschreibungen wird deutlich, wie erheblich die Einschränkung der Arbeitssicherheit durch die Wirkungen, die Nebenwirkungen und die Absetzphänomene der psychotropen Medikamente sein können.

Tranquilizer (Entspannungs- und Beruhigungsmittel) Hypnotika (Schlafmittel)

Ein großer Teil der Tranquilizer und Hypnotika enthalten Benzodiazepine oder Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe. Diese sind rezeptpflichtig. In höheren Konzentrationen sogar nach den strengerer Auflagen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV). Sie werden verschrieben zur kurzfristigen Behandlung von Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen. Das Behandlungsfeld geht von Phobien, massiven psychosomatischen Störungen, psychotischen Erregungszuständen, Hirnkrampfanfällen, muskulären Verspannungen bis zu behandlungsbedürftigen Schlafstörungen. Häufig werden diese Medikamente auch zur Beruhigung vor operativen Eingriffen oder unangenehmen diagnostischen Untersuchungen, z.B. Magenspiegelungen eingesetzt.

Nervosität, Überbelastung und Erschöpfung gehören eigentlich nicht zum Behandlungsspektrum, werden aber nicht selten als Grund für die Einnahme genannt.

Man unterscheidet zwischen kurz wirksamen Substanzen (5 Stunden), mittellang wirksamen Substanzen (5-20 Stunden) und lang wirksamen Substanzen (über 20 Stunden).

Mit einem längeren Zeitraum der Einnahme besteht die Gefahr einer Gewöhnung an die Substanz und damit einhergehend eine verringerte Reaktion des Körpers darauf. Eine Abhängigkeitsentwicklung ist

auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch möglich, dann, wenn die Einnahme in Dauerkonsum übergeht, der der Befindlichkeitsmanipulation dient.

Um der schnellen Suchtentwicklung bei benzodiazepinhaltigen Präparaten entgegenzutreten, hat die Pharmaindustrie Beruhigungsmittel mit den Wirkstoffen Zolpidem, Zopiclon oder Zaleplon entwickelt. Bei diesen Wirkstoffen wird mit einem geringeren Abhängigkeitsrisiko gerechnet. Inzwischen häufen sich aber Hinweise auf unerwünschte und schwerwiegende Nebenwirkungen (Amnesie, visuelle Wahrnehmungsstörungen, Auslösen von Psychosen, optische Halluzinationen bei Zolpidem), so dass diese Produkte keine echte Alternative darstellen. Die für den Arbeitsplatz relevanten Auswirkungen können nur exemplarisch aufgezeigt werden.

Sicherheitsrisiken

- verminderte Konzentrationsfähigkeit
- beeinträchtigte Muskelfunktion möglich, Koordinationsfähigkeit herabgesetzt
- Reaktions- und Leistungsvermögen kann negativ beeinflusst werden
- Schwindel, Müdigkeit, Schlafstörungen, Unruhe
- lange Verweildauer im Blut (Halbwertszeit) möglich, Wirkung noch am nächsten Tag (Hang-over-Effekt)

Barbiturate (Schlaf- und Narkosemittel)

Barbiturate sind stark wirksame Schlafmittel, bis auf wenige Ausnahmen wirken sie nicht nur schlafanstoßend, sondern schlaferzwingend. Sie finden daher ihr Einsatzgebiet in der Anästhesie als Betäubungsmittel bei operativen Eingriffen. In der Regel unterliegen sie der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, BtMVV. Verschrieben werden sie inzwi-

schen seltener als o. g. Tranquilizer, vorwiegend bei nicht beherrschbaren Schlafstörungen.

In geringer Dosierung nehmen sie Ängstlichkeit und Anspannung und wirken beruhigend. Bei Verkrampfungen entfalten sie eine muskelentspannende Wirkung. Bei regelmäßigem Gebrauch lassen die gewünschten Wirkungen schon nach etwa zwei Wochen nach. Eine Erhöhung der Dosis ist dann wahrscheinlich, aber gefährlich, weil bei einer Überdosierung die Gefahr einer zentralen Atemlähmung besteht. Die für den Arbeitsplatz relevanten Auswirkungen können nur exemplarisch aufgezeigt werden.

Sicherheitsrisiken

- Müdigkeit bis in die Arbeitsphase hinein, evtl. aber auch eine Kombination mit Psychostimulantien, die als Aufputschmittel helfen, die Müdigkeit zu überwinden
- mangelnde Konzentration
- Unterschätzung von Gefahren
- Verminderung der Reaktionsfähigkeit
- Körperliche und seelische Abhängigkeit mit entsprechenden Auswirkungen.
- Beim Absetzen des Medikaments treten Entzugssymptome (Angstzustände, stetige Unruhe, Schlaflosigkeit) auf.

Analgetika (Schmerzmittel)

Zwischen den zentral und den peripher wirkenden Schmerzmitteln wird unterschieden:

- Opiate und Opioide sind sehr stark wirkende Schmerz- und Betäubungsmittel, die auf das Zentrale Nervensystem wirken. Das bekannteste Mittel bei den Opiaten ist das Morphin, das aus dem Schlafmohn gewonnen wird. Angesichts der euphorisierenden, aber stark suchterzeugenden Wirkung wurde nach Alternativen gesucht. Opioide sind

synthetisch oder teilsynthetisch hergestellte Substanzen, die morphin-ähnliche Wirkungen haben. Sie wirken nicht nur lokal bei Verletzungen, sondern im gesamten Organismus und machen abhängig. Opiate und Opioide werden z.B. bei Krebserkrankungen oder chronischen Schmerzen, die anders nicht mehr behandelbar sind, eingesetzt. Sie unterstehen der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV), das bedeutet, die Verschreibung erfolgt auf Spezialrezeptformularen und unterliegt der staatlichen Kontrolle. Das Kodein, welches sowohl in Schmerzmitteln wie auch in Hustenmitteln vorkommt, ist ebenfalls ein Opiatabkömmling, unterliegt aber nur eingeschränkt der BtMVV.

- Nichtopioide Schmerzmittel, sogenannte „einfache Schmerzmittel“, wirken peripher, das bedeutet, sie bekämpfen die Schmerzen nur im verletzten Gewebe. Im Gegensatz zu den vorher genannten haben sie keinen Einfluss auf das Zentrale Nervensystem. Über 80 % dieser Arzneien sind ohne Rezept erhältlich.

lich. Dieser Schmerzmittelgebrauch ist überwiegend eine Selbstmedikation ohne Zutun und Verordnung der Ärzteschaft. Bei bestimmungsgemäßer Anwendung, das heißt nicht häufiger als ein- bis dreimal monatlich mit höchstens vier bis zehn Tabletten, besteht kein Missbrauchs- und ggf. Abhängigkeitsrisiko.

- Kombinationspräparate sind Schmerzmittel, die neben dem gezielt schmerzstillenden Wirkstoff wie Acetylsalicylsäure oder Paracetamol zusätzlich Kodein als dämpfenden bzw. Koffein als aufputschenden Wirkstoff enthalten. Diese zweite Wirkstoffkomponente birgt wiederum die Gefahr des Missbrauchs. Die meisten Kombinationsmittel sind inzwischen verschreibungspflichtig. Bei den nicht rezeptpflichtigen sind allerdings immer noch 18 % aller verkauften Schmerzmittel solche Kombinationspräparate.

Im Jahre 2013 wurden insgesamt 144 Mio. Packungen Schmerzmittel verkauft, davon 111 Mio. ohne Rezept (rund 77 %). Die Schmerzbehandlung zeigt sich vornehmlich in Form einer Selbstmedikation.

Beispiele für Schmerzmittel mit einem möglichen Missbrauchspotenzial (2013)

Rezeptpflichtige Mittel*	Packungsmenge	Nichtrezeptpflichtige Mittel*	Packungsmenge
Präparat		Präparat	
Novaminsulfon Winthrop	11,8 Mio.	Paracetamol ratiopharm	17,7 Mio.
Novaminsulfon ratiopharm	3,5 Mio.	Thomapyrin	7,8 Mio.
Tilidin comp. Stada	2,4 Mio.	Ibu 1A Pharma	6,3 Mio.
Novaminsulfon 1A Pharma	2,0 Mio.	Ibu ratiopharm	6,2 Mio.
Tramal	1,2 Mio.	Aspirin	5,1 Mio.
Katadolon	0,7 Mio.	Asperin Plus C	4,9 Mio.

*Auswahl verschiedener Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen

Sicherheitsrisiken

- Unruhe, Reizbarkeit
- Blutdruckabfall bis hin zu starken Kreislaufproblemen
- manchmal hypnotische und euphorisierende Symptome
- psychomotorische Leistungsfähigkeit ist stark eingeschränkt beim Absetzen
- beim Absetzen können Kopfschmerzen eintreten
- bei häufiger Einnahme (mehr als die Hälfte der Tage im Monat) kann ein medikamenteninduzierter Dauerkopfschmerz eintreten – Indizien für einen sogenannten „Analgetika-Kopfschmerz“ finden sich ausführlich bei Gerd Glaeske im Jahrbuch Sucht 2010.

Bezogen auf das Thema „riskanter Konsum von Kopf- bzw. Migräne-Schmerzmitteln“ häufen sich die Aussagen von Experten, die raten: Patienten sollten nicht häufiger als drei Tage in Folge oder mehr als 10 Tage im Monat diese Arzneien einnehmen.

Antidepressiva und Neuroleptika

Hier handelt es sich um psychoaktive Substanzen, die auf das Zentrale Nervensystem wirken, ohne Suchtpotenzial zu besitzen. Unerwünschte Nebenwirkungen können Schlaflosigkeit, Übelkeit, Durchfall und Störungen der Sexualfunktion sein. Bei etwa 30-50 % der Patientinnen und Patienten treten nach längerer Einnahmedauer (6-8 Monate) schwerwiegende Absetzsymptome auf. Daher wird kontinuierliches Herabsetzen der Dosis empfohlen. Trotz dieser negativen Begleiterscheinungen sind sie den benzodiazepinhaltigen Beruhigungsmitteln überlegen und werden in zunehmendem Maße verordnet.

Antidepressiva werden bei depressiven Beschwerden wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, negativem Selbstwertgefühl, Antriebsmangel, ängstlicher Erregung und Gefühlen der Leere verschrieben. Neben stimmungsaufhellenden Effekten haben diese Mittel je nach Zusammensetzung eine zusätzliche zweite Wirkung: entweder beruhigend, dämpfend oder auch im Gegenteil dazu aktivierend.

Sicherheitsrisiken

- Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens, ggf. auch bei sachgemäßer Anwendung
- Antriebssteigerung bis zur Selbstüberschätzung
- Zentralnervöse Begleiterscheinungen wie Schwindel
- Krampfschwelle erniedrigt

Neuroleptika werden bei psychotischen Störungen wie Wahnerlebnissen, Halluzinationen und bei Schizophrenie eingesetzt. Sie dämpfen Erregungs- und Verwirrheitszustände. Die Konsumenten wirken unter der Einnahme wie „in Watte gepackt“.

Sicherheitsrisiken

- Dämpfung
- Antriebsminderung
- Störungen der Psychomotorik und Koordination
- bei langfristiger Einnahme kommt es zu „Spätdyskinesien“, damit sind Störungen der Bewegungsabläufe wie Zittern, Wippen und Grimassenschneiden gemeint
- Mundtrockenheit und Sehstörungen sind möglich

Psychostimulantien

Diese Medikamente werden zur Überwindung von Müdigkeit, zum Aufputschen genommen. Sie helfen, Erschöpfungszustände zu überspielen, und steigern gleichzeitig die Konzentration und Leistungsfähigkeit. Sie werden auch als „Weckamine“ bezeichnet. Die Wirkstoffe sind ephedrin- oder amphetaminhaltige Substanzen, die auf das Zentrale Nervensystem wirken. Als Nebenwirkung hemmen sie das Hungergefühl, was sie als Appetitzügler oder Schlankheitsmittel beliebt macht. Psychostimulantien sind rezeptpflichtig.

Die Indikation für den Einsatz von Psychostimulantien ist nach dem Leitfaden der Bundesärztekammer zum Thema „Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ wie folgt:

- Linderung von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität bei ADHS-betroffenen Personen (ADHS: Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom; die Verfasserin)
- Milderung der Tagesschläfrigkeit bei Narkolepsie-Patienten (Narkolepsie: unwiderstehlicher Schlafdrang am Tage; „Schlafkrankheit“, die Verfasserin)

An dieser Stelle sei nur verkürzt darauf hingewiesen, dass es Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften gibt, nach denen die Diagnose und Behandlung von ADHS geregelt sind. Eine kritische Betrachtung und Erklärung der Zunahme von Verschreibungen des Wirkstoffes „Methylphenidat“, ein Betäubungsmittel und Wirkstoff in den Medikamenten Ritalin, Concerta, Equasym oder Medikinet, erfolgt bei Gerd Glaeske im Jahrbuch Sucht 2010, Seite 69 ff.

Sicherheitsrisiken

- die Konsumierenden neigen zur Selbstüberschätzung
- Unterdrückung von Schlafbedürfnis und Hungergefühlen
- wenn die aufputschende Wirkung des Medikamentes nachlässt, kann ganz plötzlich eine Schlafattacke folgen
- psychische Abhängigkeitsentwicklung
- psychotische Reaktionen sind möglich
- Auszehrung des Konsumenten bei länger dauernder Einnahme

Sowohl die Darstellung der Risiken in der Publikation des ADAC (Seite 67) als auch die hier beschriebenen Sicherheitsrisiken zeigen die erhebliche Einschränkung der Arbeits- bzw. Dienstfähigkeit durch die Wirkungen und Nebenwirkungen der psychotropen Medikamente. Neben den Führungskräften und dem Betriebsrat sind auch die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und vor allem die Betriebsärzte bzw. Arbeitsmediziner gefordert. Im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes muss eine Aufklärung der Beschäftigten stattfinden, die die Fragen des Versicherungsschutzes einschließt.

Handlungsmöglichkeiten im Betrieb zur Prävention

- Gefährdungsbeurteilung aller Arbeitsplätze nach § 5 Arbeitsschutzgesetz
- Bedarfsorientierte Analyse psychischer Belastungen
- Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Risikotätigkeiten
- Informations- und Aufklärungsaktivitäten zur Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsgefährdung bei längerem Gebrauch psychotroper Medikamente

Fit für den Arbeitsplatz oder Leistungssteigerung mit allen Mitteln?

Die Arbeitswelt verlangt immer mehr Anpassungsfähigkeiten der Beschäftigten für Veränderungsprozesse, wie Umstrukturierungen in der Organisation, Bereitschaft zum Wechsel des Wohnortes sowie flexible Arbeitszeiten bis hin zur dauerhaften Erreichbarkeit des Arbeitnehmers. Neue Kommunikationstechnologien verändern Arbeitsprozesse und stellen die Nutzer vor die Anforderung, Arbeitsbeziehungen neu zu gestalten. Gearbeitet wird zunehmend in Projekten und in Teamarbeit. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sind mit Unsicherheiten bezüglich ihres Arbeitsplatzes, mit Wettbewerb und Termindruck konfrontiert. So sind neben körperlicher Fitness vor allem auch kognitive und psychische Ressourcen der Beschäftigten gefragt. Ein erwünschtes Profil von Bewerberinnen und Bewerbern für eine Stelle ist: schnelle Auffassungsgabe und Informationsverarbeitung, Kreativität, Kommunikationsfähigkeit, gutes Erinnerungsvermögen, fokussierte Aufmerksamkeit, Ausdauer und Stressresistenz.

Was aber ist mit jenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die aufgrund von Einschränkungen in ihrer Gesundheit durch Krankheit oder dauerhafte Fehlbelastungen oder wegen ihres höheren Alters die genannten Fähigkeiten zeitweise oder dauerhaft nur noch eingeschränkt aufweisen können?

Psychische Belastungen als eine Ursache für den Konsum von Medikamenten

Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen hat das Marktforschungsinstitut Kantar Health beauftragt, den Zusammenhang von Arbeitsbelastung und Schlaf herauszufinden. In einer Umfrage wurden 2.322 Berufstätige im Alter zwischen 18 und 65 Jahren befragt.

Ergebnisse der Studie, die 2010 vorgestellt wurde: 84 % der Befragten sind außerhalb ihrer regulären Arbeitszeit für Kunden, Kollegen und Vorgesetzte per Internet, Festnetzanschluss oder Handy erreichbar. Die Hälfte der Befragten (51 %) ist sogar jederzeit „stand-by“. Die Trennung von Berufs- und Privatleben fällt dadurch immer schwerer. Jedem Siebten macht die ständige Erreichbarkeit für berufliche Belange zu schaffen. Spannend ist allerdings auch die Aussage von zwei Dritteln der Befragten, dass ein ständiges „Stand-by“ nicht offiziell verlangt wird. Fast die Hälfte der Befragten (46 %) geht keiner „regulären“ 5-Tage-Woche nach. Sie arbeiten regelmäßig an Samstagen, Sonn- und Feiertagen, im Schicht-, Nacht- oder Bereitschaftsdienst.

Jeder zweite Befragte ist von Schlafproblemen betroffen. Bei der Hälfte der Berufstätigen treten Schlafprobleme sowohl an Arbeitstagen als auch an arbeitsfreien Tagen auf. Als häufigsten Grund gaben die Befragten an: allgemeiner Stress, knapp gefolgt von beruflichem Stress bzw. beruflicher Überforderung, dem „Nicht-abschalten-Können von der Arbeit“ sowie privaten Sorgen und familiären Problemen.



„Ein Volk im Dauerstress“, titelt im Mai 2009 die Hannoversche Allgemeine Zeitung. 2013 befragt die Techniker Krankenkasse (TK) erneut 1.000 Personen ab 18 Jahren zu ihrem Stresspegel, ihrem Umgang mit Stress und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Zusammengefasst: Acht von zehn Befragten mittleren Alters erleben ihr Leben als stressig. Jeder Dritte steht nach eigenen Angaben sogar unter „Dauerstrom“. Stressfaktor Nummer eins ist der Studie zufolge der Job. Jeder Dritte arbeitet am Limit, getrieben von Hektik, Termindruck und einem zu hohen Arbeitspensum.

In Deutschland sind inzwischen die „psychischen Erkrankungen“ die vierthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeitstage haben sich durch psychische Erkrankungen vom Jahr 2001 mit 33,6 Mio. zum Jahr 2010 auf 53,5 Mio. erhöht (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/9478, 30.04.2012). Die volkswirtschaftlichen Kosten werden auf etwa 6,3 Milliarden Euro geschätzt, davon entfallen etwa 3 Milliarden für Krankenbehandlungen und etwa 3 Milliarden für Produktionsausfall.

Wo sind die Übergänge von „sich belastet fühlen“ und dementsprechenden Befindlichkeitsstörungen und einem diagnostizierten psychischen Krankheitsbild? Wann ist der Einsatz von Psychopharmaka indiziert und wo liegt ein Fehlgebrauch dieser Mittel vor – wie auf Seite 68 bei den Definitionen des Medikamentenkonsums beschrieben? Klare Grenzen scheinen schwer definierbar.

Zu diesen genannten Konsumgründen fügt sich ein weiterer ein, nämlich der Einsatz von Medikamenten bei Gesunden zur Steigerung der eigenen kognitiven Fähigkeiten und/oder psychischen Befindlichkeiten.

Doping am Arbeitsplatz oder Neuro-Enhancement oder „das optimierte Gehirn“

Was ist Enhancement? Der Begriff kommt aus dem Englischen und bedeutet „verbessern, aufwerten, mehr“. Neuro-Enhancement kann auch durch operative Eingriffe zu therapeutischen Zwecken erfolgen, wie z.B. durch „Hirnschrittmacher“.

An dieser Stelle ist aber ausschließlich das psychopharmakologische Enhancement gemeint, d. h. die nicht medizinisch indizierte Verabreichung von Medikamenten, die für Patienten mit Depressionen, Aufmerksamkeitsstörungen, Narkolepsie, Demenzerkrankungen oder Bluthochdruck entwickelt wurden.

Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) hat ihren Gesundheitsreport 2009 unter das Schwerpunktthema „Doping am Arbeitsplatz – Leistungssteigerung durch Psycho- und Neuro-Pharmaka“ gestellt. Von den 3.000 Personen im Alter von 20 bis 50 Jahren war 43,5 % der Befragten bekannt, dass es Medikamente gibt, die eigentlich zur Linderung und Behandlung von alters- und krankheitsbedingten Gedächtniseinbußen oder Depressionen entwickelt wurden, aber auch bei Gesunden wirken. Immerhin gaben 5 % an, schon einmal den Versuch unternommen zu haben, mit Medikamenten ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz zu steigern.

Der DAK-Vorstand Herbert Rebscher hat bei der Vorstellung der Studie einen zum Nachdenken anregenden Vergleich gezogen: „Es besteht die Gefahr, dass Menschen in dieselbe Dopingfalle tappen wie Sportler, die sich für einen Wettkampf fit machen. Denn auf lange Sicht besteht bei den Medikamenten ein hohes Nebenwirkungs- und Suchtpotenzial.“

Im DAK-Gesundheitsreport 2009 sind die in diesem Sinn als potent erachteten Psycho- und Neuropharmaka genannt:



Wirkstoffe zur Verbesserung kognitiver Leistungen

Wirkstoffklasse	Pharmakologische Wirkung
<p>Psychostimulantien</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methylphenidat ▪ Modafinil 	<p>Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, Leistungs- und Entscheidungsbereitschaft, psychophysischer Aktivität sowie Unterdrückung von Müdigkeit und körperlicher Abgeschlagenheit; Verbessert die Wachheit und Vigilanz (Daueraufmerksamkeit) während des Tages</p>
<p>Antidementiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Piracetam ▪ Donepezil, Galantamin, Rivastigmin ▪ Memantin ▪ Dihydroergotoxin 	<p>Verbesserung kognitiver Fähigkeiten durch Anregung des Hirnstoffwechsels Verzögert das Fortschreiten der Verschlechterung der geistigen und Alltagskompetenzen</p> <p>Verbesserung von Lernen, Erinnern und der Fähigkeit zur Alltagsaktivität Einfluss auf Lern- und Gedächtnisleistung durch Beschleunigung geistiger und psychomotorischer Vorgänge</p>

Wirkstoffe zur Verbesserung des psychischen Befindens

Wirkstoffklasse	Pharmakologische Wirkung
Antidepressiva (selektive Serotonin- Wiederaufnahme- hemmer) <ul style="list-style-type: none"> • Fluoxetin • Citalopram 	Wirkt stimmungsaufhellend und steigert den Antrieb bzw. die Handlungsbereitschaft
Beta-Rezeptoren- blocker <ul style="list-style-type: none"> • Metoprolol 	Hemmung der aktivierenden Wirkung von Adrenalin und Noradrenalin und damit Dämpfung des stimulierenden Effekts des Sympathikus* auf das Herz

*leistungssteigernder, willentlich nicht gesteuerter Teil des Nervensystems

In der Zeitschrift „Gehirn und Geist“ geben von 170 Personen sogar 60 % der Befragten an, Arzneimittel zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit nehmen zu wollen, wenn keine Nebenwirkungen zu befürchten und die Arzneien erhältlich wären.

Aufgeschreckt hat eine Online-Umfrage des Wissenschaftsmagazins „Nature“. Weltweit haben sich hier 1.400 Wissenschaftler beteiligt, die über ihren Medikamentengebrauch berichtet haben. 20 % gaben an, bereits ohne medizinische Indikation zu Medikamenten gegriffen zu haben, um Konzentration, Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen anzuregen. Untersuchungen zeigen, dass in den USA ein verstärktes Vorkommen des Enhancements besteht. Ob sich diese Entwicklung auch für Deutschland bestätigen lässt, steht noch nicht fest. Zumindest gibt es bislang noch keine zuverlässigen Zahlen. Experten raten auch dazu, dem Thema nicht allzu viel öffentlichen Raum zu geben, damit es nicht zu einer sich „selbst-

erfüllenden Prophezeiung“ wird. Allein die Veröffentlichung der o.g. Wirkstoffe und ihrer pharmakologischen Wirkungen birgt schon ein gewisses Risiko.

Interessant gestaltet sich auch die Diskussion um die ethische Bewertung des Neuro-Enhancements. Da sind Polarisierungen vorprogrammiert: Diejenigen, die mit Suchtmittelabhängigen arbeiten, sehen im Enhancement ein missbräuchliches Verhalten mit der Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung. Andere Experten sehen in diesem Medikamentenkonsum z.B. die Möglichkeit zu mehr Chancengleichheit für weniger Belastbare. Saskia Nagel, Wissenschaftlerin für Kognitionswissenschaften an der Universität Osnabrück, sucht nach Motiven des Enhancements für Gesunde und stellt zur Disposition:

- das Streben nach Überwindung von Grenzen, Selbsterfahrung, Selbstverwirklichung
- Sehnsucht nach einem Mittel, das ermöglicht, den wachsenden Ansprüchen im Privat- und Arbeitsleben standzuhalten
- Sorge, nicht genug aus sich „herauszuholen“

Zurzeit ist es noch eine Vision, aber was geschieht, wenn Enhancement mit der Begründung „zum Wohle anderer“ seine Legitimierung bekommen würde. Zu denken wäre dabei an Berufsgruppen wie z.B. Piloten, Mediziner, deren Aufmerksamkeits- und Konzentrationsvermögen zweifelsohne allen Beteiligten von höchster Bedeutung ist.

Um Menschen nicht in die „Enhancement-Falle tappen zu lassen“, können Arbeitgeber durch ihren Beitrag eine wirkliche Alternative bieten:

Gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen

Kategorien	Kriterien
Handlungsspielraum	Reihenfolge der Arbeitsschritte selber bestimmen; Einfluss auf die zugeteilte Arbeit haben; Arbeit selbstständig planen und einteilen können
Vielseitigkeit	Bei der Arbeit dazulernen können; Wissen und Können voll einsetzen können; häufig wechselnde, unterschiedliche Aufgaben haben
Ganzheitlichkeit	Arbeitsergebnis gibt Auskunft über die Qualität, Begleitung des Arbeitsvorganges von Anfang bis Ende
Soziale Unterstützung	Sich auf Kolleginnen und Kollegen verlassen können; Unterstützung durch Vorgesetzte; Zusammenhalt im Team
Zusammenarbeit	Gute Austauschmöglichkeiten im Arbeitsteam; ständige Rückmeldungen über die Qualität der Arbeit
Qualitative Arbeitsbelastung	Arbeitsaufgaben entsprechen den Fachkenntnissen und Erfahrungen; Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit sind angemessen
Quantitative Arbeitsbelastung	Ausreichende Zeit zur Bewältigung des Arbeitspensums; Regelungen zu Aufgabenprioritäten
Information	Benötigte Informationen liegen vor; keine Informationsüberflutung
Arbeitsunterbrechungen	Möglichkeiten zum Rückzug bei Arbeiten mit hohen psychomentalen Anforderungen
Kundenkontakte	Unterstützung bei der Verarbeitung emotional belastender Situationen
Motivation	Wertschätzung der Arbeit; Wechsel des Aufgabengebietes ist möglich

Ist es im betrieblichen Alltag überhaupt möglich, Beschäftigte mit Medikamentenproblemen zu erkennen?

Den bestimmungsgemäßen Gebrauch von psychisch wirksamen Medikamenten im Rahmen der vorbeugenden Arbeit zu thematisieren, ist sehr gut möglich. Einzelne Beschäftigte zu erkennen, die auffällig werden aufgrund einer Medikamentenproblematik, ist ein eher schwieriges Unterfangen.

Beschäftigte beginnen häufig mit der Einnahme von Psychopharmaka, um Belastungen auszuhalten und gut zu „funktionieren“. Die Medikamente werden verschrieben und die Patientinnen und Patienten haben das Gefühl, das Richtige für sich zu tun. Dementsprechend ist kein Schuldgefühl vorhanden. Sie fühlen sich wieder belastbarer und/oder in besserer Gemütsverfassung. Eventuell reagieren sie bei entsprechender Nachfrage mit Offenheit und berichten über eine diesbezügliche Verschreibung durch den behandelnden Arzt. Diese Eingangssituation kann positiv sein und muss nicht zwangsläufig hinterfragt werden. Sofern der Veränderungsprozess der oder des Beschäftigten jedoch zu Auffälligkeiten mit Verletzungen der arbeitsvertraglichen Pflichten beziehungsweise Störungen des betrieblichen Ablaufs führt, ist die Fürsorge des Arbeitgebers gefragt.

Medikamente enthalten sehr unterschiedliche Wirkstoffe, die wiederum auch das Verhalten in sehr differenzierter Weise beeinflussen. Die Bandbreite reicht hier u. a. von intensiv aufputschend bis hin zu stark beruhigend und einschläfernd. Um den eingenommenen Wirkstoffen entsprechende Veränderungen wahrzunehmen, macht es Sinn, die Darstellung der „verkehrswirksamen Psychopharmaka“ auf

Seite 67 und das Kapitel „Welche Auswirkungen haben Psychopharmaka auf die Arbeitssicherheit?“ noch einmal zu lesen.

Die folgenden Auffälligkeiten sind eher allgemeiner Art und beziehen sich vornehmlich auf Menschen, die einen langfristigeren – vielleicht schon abhängigen – Medikamentenkonsum, ggf. mit Steigerung der Dosis entwickelt haben. Dramatische Auffälligkeiten am Arbeitsplatz sind eher selten. Leistungseinschränkungen über lange Zeiträume prägen dagegen häufiger das Erscheinungsbild.

Mögliche Auffälligkeiten im Leistungsverhalten

- Betroffene verlieren schnell den Überblick
- die Arbeitsvorgänge nehmen zunehmend mehr Zeit in Anspruch
- die Arbeitsqualität lässt nach
- Fehler nehmen aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten zu
- es kommt zur schlechteren Informationsaufnahme und Verarbeitung von Vorgaben
- Personen werden unzuverlässig und unpünktlich
- häufigeres – auch unentschuldigtes – Fehlen am Arbeitsplatz, Begründungen für Abwesenheit werden oft auch mit „Arztbesuchen“ gerechtfertigt
- Klagen über die zu hohen Arbeitsbelastungen nehmen zu

Mögliche Auffälligkeiten im Sozialverhalten

- am deutlichsten ist die Tendenz zum Rückzug, die Person isoliert sich
- häufige Stimmungsschwankungen gekennzeichnet entweder durch Rückzug von Mitmenschen oder fehlender Distanz, d.h., die betroffene Person beschlagnahmt ihr Gegenüber ganz
- Teilnahmslosigkeit bis hin zur Gleichgültigkeit
- Betroffene sind übermäßig harmoniebedürftig, sie scheuen jede Auseinandersetzung
- sie sind überangepasst und total korrekt

Mögliche Auffälligkeiten im Gesundheitsbild

- innere Spannung und Nervosität nehmen zu
- seelische und/oder körperliche Befindlichkeitsstörungen werden häufig thematisiert
- permanent erschöpft sein, verbunden mit dem Klagen: „Mir wird alles zu viel!“
- häufige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Antriebsarmut oder das Gegenteil in ausgeprägter Form: Hyperaktivität, Unruhe, „getrieben sein“
- unerklärtes Herzrasen, Schweißausbrüche
- verwaschene Sprache und trunkene Reaktionen ohne Alkoholfahne

Das ungute Gefühl, vielleicht auch bereits das Wissen um die besonderen Schwierigkeiten, lässt Verantwortliche zögern, das Gespräch mit Betroffenen zu suchen. Vorgesetzte nehmen damit Sicherheitsrisiken in Kauf, lassen die betroffene Person in ihrem problematischen Handeln allein und setzen das Betriebsklima aufs Spiel.

Während zu Beginn der Medikamenteneinnahme vielleicht sogar das Miteinander am Arbeitsplatz besser ist, weil die betroffene Person „umgänglicher“ wird und nicht andauernd depressive Verstimmungen hat, so wird auf Dauer diese künstlich hergestellte Euphorie doch zur Belastung für die Gruppenmitglieder. Eine Ausgrenzung ist vorprogrammiert.

Sowohl zum Schutz der Betroffenen als auch zum Schutz des Gleichgewichtes in der Gruppe ist Vorgesetztenhandeln gefragt. Im Folgenden werden Gesprächsmöglichkeiten am Arbeitsplatz erläutert.

Die Einsicht, ein Medikamentenproblem zu haben und selber etwas dagegen unternehmen zu müssen, ist ein sehr langwieriger Prozess. Die Abwehr dagegen ist stark. Bei Personen, die eine „Niedrigdosis-Abhängigkeit“ haben, werden Auffälligkeiten kaum sichtbar. Ihr Verhalten würde sich erst stark verändern, wenn ihnen die niedrige Dosis verwehrt würde. Hier findet jedoch in der Regel keine Intervention statt, da die geringe Menge kaum Argwohn erzeugt und die schwierige Auseinandersetzung am Arbeitsplatz vermieden wird.

Wie können Personalverantwortliche Betroffene ansprechen?

Die verschiedenen Gesprächsmöglichkeiten finden sich ausführlich beschrieben in dem Kapitel „Wie können Beschäftigte mit substanzbezogenen Auffälligkeiten am Arbeitsplatz angesprochen werden?“

(Seite 47). Hier werden die Gesprächsmöglichkeiten entsprechend den unterschiedlichen Anlässen in verkürzter Form noch einmal aufgezeigt:

„Interventionen im Rahmen betrieblicher Suchtprävention bedeuten, Beschäftigte schon früh bei gesundheitlichen oder sozialen Problemen anzusprechen. Anlass der Intervention von Vorgesetzten sind Signale im Arbeits- und Leistungsverhalten von Beschäftigten, die Störungen im Arbeitsablauf oder eine Verletzung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten verursachen oder sich diese Pflichtverletzungen mittelfristig als Folge abzeichnen.

Auffälligkeiten am Arbeitsplatz können sich z.B. zeigen:

- in der Arbeit und in der Leistung ...
- in An- und Abwesenheitszeiten ...
- im sozialen Verhalten gegenüber Vorgesetzten, Kollegen/innen und Kunden ...
- im Umgang mit der eigenen Gesundheit und dem eigenen Leben ...

Diese Auffälligkeiten können durch verschiedene Faktoren verursacht werden, etwa durch

- persönliche Lebenskrisen (z.B. Tod im persönlichen Umfeld, Probleme mit Partnern und /oder Kindern, Trennung, finanzielle Probleme);

- Konflikte am Arbeitsplatz (z.B. unzureichende Aufgaben- und Rollenklarheit, Konkurrenz unter Kolleginnen und Kollegen, Druck von oben);
- Riskanter oder schädigender Suchtmittelkonsum (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen) oder suchtähnliche Verhaltensweisen (z.B. Arbeitssucht, pathologisches Spielen, Essstörungen, pathologischer PC-Gebrauch)
- Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Ängste, Depressionen, manische Phasen)
- Befindlichkeitsstörungen (z.B. Stress, Überforderung, Burn-out, psychosomatische Erkrankungen)

Die Fürsorge von Personalverantwortlichen konzentriert sich darauf, durch frühzeitige Ansprache der Auffälligkeiten einer Verfestigung oder Verstärkung der Probleme vorzubeugen, Wege zur Hilfe durch interne oder externe Beratung aufzuzeigen und die betroffenen Personen darin zu bestärken, das beanstandete Verhalten zu korrigieren. In Stufengesprächen wird dies unter Umständen zwei oder drei Mal wiederholt. Alle weiteren Schritte zur Verbesserung des gesundheitlichen und sozialen Wohlbefindens liegen in der Verantwortung der angesprochenen Personen selbst. Auf ihren Wunsch hin sollten sie allerdings auf weitere betriebliche Unterstützung (z.B. Beratung) zurückgreifen können.“

Wienemann, Elisabeth; Schumann, Günter
Qualitätsstandards in der betrieblichen
Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen
Hauptstelle für Suchtfragen,
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm, 2011

Fürsorgegespräch

- Anlass ist: Persönliche, soziale oder gesundheitliche Probleme der betroffenen Person werden am Arbeitsplatz sichtbar. Bei Fortsetzen des Verhaltens wird eine Verletzung der arbeitsvertraglichen Pflichten als wahrscheinlich gesehen.
- Führungskraft führt ein vertrauliches Gespräch begründet durch die Sorge um die weitere Entwicklung.
- Das Fürsorgegespräch hat keinen Disziplinarcharakter!
- Schriftliche Aufzeichnungen sind nicht erforderlich.

Klärungsgespräch

- Anlass ist: Wiederholte oder schwerwiegende Verletzungen der arbeitsvertraglichen Pflichten liegen vor.
- Führungskraft ist sich nicht sicher, ob die Verfehlungen in Zusammenhang mit Substanzgebrauch oder nicht stoffgebundenem Problemverhalten* stehen oder anders zu begründen sind.
- Neben der Sorge steht die Erwartung an eine positive Veränderung.
- Gesprächsnotiz über den Anlass und die Zielvereinbarung wird ausgehändigt.

Stufengespräche

- Verletzung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten beruht mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Substanzkonsum oder nicht stoffgebundenem Problemverhalten*.
- In mehreren Gesprächen (4-5) wird auf die Erfüllung der Pflichten aus dem Arbeits-/ Dienstvertrag hingearbeitet.
- Hilfeangebote für die angenehme Hintergrundproblematik und Sanktionen für die Pflichtverletzungen ergänzen sich.
- Die Gespräche werden dokumentiert (siehe Stufenplan).

* nicht stoffgebundenes Problemverhalten: Ess-Störungen, Medienkonsum, Glücksspiel usw.

Das Fürsorgegespräch und das Klärungsgespräch können also auch zu einem ganz anderen Ergebnis in den Ursachen kommen, als es der vermutete riskante Medikamentenkonsum ist. Aber um Zusammenhänge zu verstehen, muss die Führungskraft zunächst erst einmal das Gespräch suchen. Sollten sich im direkten Kontakt vermehrt Anzeichen für einen substanzbedingten Hintergrund ergeben oder spricht die betroffene Person selber

ihre ärztliche Behandlung und damit einhergehend verschriebene Medikamente an, dann ist Achtsamkeit gefragt. Sollte es zum Einsatz des Stufenplanes kommen, dann ist bereits im ersten Stufengespräch die Aufforderung an die betroffene Person auszusprechen, sich mit dem behandelnden Arzt in Verbindung zu setzen, um sich mit ihm über die weitere notwendige Medikation und deren Wirkungen und Nebenwirkungen bezogen auf den Arbeitsplatz

und /oder über eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu beraten. Der Hinweis, sich eine weitere Fachmeinung durch einen niedergelassenen Arzt (ggf. bei einer Suchtberatungsstelle auf Honorarvertrag angestellt) einzuholen oder aber auch betriebsärztliche Beratung in Anspruch zu nehmen, darf erfolgen.

Rechtlich nicht zulässig ist es, sich von Seiten des Arbeitgebers in die Behandlung, hier speziell in die Verordnungsvorgabe des behandelnden Arztes, einzumischen!

Chancen des Fürsorgegespräches bei medikamentenbedingten Auffälligkeiten

Die beste Aussicht auf Erfolg hat hier eine frühe Intervention. Die Gründe zur Einnahme, trotz Schmerzen oder seelischer Beeinträchtigung leistungsfähig zu bleiben, können in einem „Fürsorgegespräch“ geäußert werden. Über die Verordnung des Medikaments durch den Arzt bzw. die Ärztin ist die Einnahme legitimiert und der Konsum muss von der betroffenen Person nicht verheimlicht werden. Wenn die vorgesetzte Person im Fürsorgegespräch die Sorge und Unterstützung als Beweggründe für das Gespräch glaubhaft darstellt, dann könnten in dieser frühen Phase aufgrund der Offenheit der Beteiligten die „Weichen anders gestellt“ werden. Die Möglichkeit, über den Abbau von Belastungen zu sprechen und nach weiteren Alternativen als den Medikamentenkonsum zu suchen, würde sich eröffnen.

Vielleicht stellt sich aber auch heraus, dass die Medikamenteneinnahme zurzeit unumgänglich ist. Dann könnten im Gespräch trotzdem weitere zusätzliche, eventuell ergänzende Lösungsmöglichkeiten für die Belastungssituation der/des Beschäftigten bedacht werden. Die Hilfe einer externen Suchtberatungsstelle oder das vertrauensvolle Gespräch mit dem Betriebsarzt bzw. der Betriebsärztin könnten solche ergänzenden Angebote sein. Eine Überprüfung der Arbeitssituation auf unangemessene Belastungen und die Klärung von eventuellen kollegialen Problemen wären eine Unterstützung durch die Führungskraft, um zur Entlastung beizutragen.

Durch die konkrete Beschreibung der wahrgenommenen Veränderungen macht die/der Vorgesetzte deutlich, dass es negative Auswirkungen der Medikamenteneinnahme gibt. Der/die Beschäftigte hat davon bislang eventuell ein ganz anderes Bild, das von positiven Rückmeldungen geprägt ist. Seit die Psychopharmaka wirken, sind vielleicht sogar Äußerungen von anderen gefallen wie: „Jetzt bist du wenigstens nicht mehr so empfindlich!“ oder „Endlich hältst du wieder was aus!“ Verstärkt durch diese positiven Bestätigungen ihres Handelns, wird die betroffene Person jetzt irritiert sein, dass es auch diese unangenehme Wahrnehmung gibt. Diese Rückmeldung muss erst verarbeitet werden! Was aber durch diese Rückmel-

derung erst möglich wird, ist eine veränderte Kommunikation mit dem behandelnden Arzt. Wenn bislang auf die Frage nach dem Befinden mit der Medikamenteneinnahme immer mit einer positiven Antwort pariert wurde, dann kann die/der Patientin/Patient jetzt auch die ungünstigen Auswirkungen, die sich am Arbeitsplatz zeigen, beschreiben. Da diese zwischen Arzt und Patient bislang noch kein Thema waren, hat es für beide auch keine Rolle gespielt. Mit der jetzigen Schilderung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und ggf. der Arbeitssicherheit und eventuell auch auf das soziale Verhalten am Arbeitsplatz kann die/der behandelnde Ärztin/Arzt Konsequenzen ziehen. Vielleicht ist ein anderes Medikament oder eine geringere Dosierung oder ein geplantes Absetzen möglich.

Hier soll nur aufgezeigt werden, welche Chancen in dem Fürsorgegespräch liegen. Die Bitte der Führungskraft an die betroffene Person, doch mit dem behandelnden Arzt über die Auswirkungen zu sprechen, ist natürlich erlaubt! Wie aber bereits erwähnt: Der Arbeitgeber selber, vertreten durch die Führungskraft, darf nicht in die Verordnungspraxis des Arztes eingreifen! Die betroffene Person hat das Recht, in den Gesprächen mit der Führungskraft sich über die Gründe ihrer Auffälligkeiten nicht zu äußern! Rechtlich gesehen gilt die Erkrankung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern als deren „Privatsache“, es sei denn, es handelt sich um eine arbeitsbedingte Erkrankung oder um einen Arbeitsunfall. Aber auch wenn sie sich in dem direkten Kontakt verschließt, so ist ihr doch die Fürsorge überbracht worden und es besteht die berechtigte Hoffnung, dass das Gespräch nachwirkt.

Besonderer Hinweis

Nicht selten überlagert die Medikamentenproblematik eine psychische Erkrankung. Für den betrieblichen Ablauf bedeutet dies, dass, selbst wenn das Suchtmittel nicht mehr genommen wird, Verhaltensauffälligkeiten existent sind, die das Arbeitsverhältnis belasten. Es wäre im Rahmen dieser Broschüre zu weitführend, den Umgang mit psychisch kranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu thematisieren. Die Familien-Selbsthilfe Psychiatrie BApk e.V. hat zusammen mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2006 eine empfehlenswerte Praxishilfe herausgegeben mit dem Titel „Psychisch krank im Job. Was tun?“ Das hierin beschriebene „H-I-L-F-E Konzept“ (Hinsehen; Initiative ergreifen; Leitungsfunktion wahrnehmen; Führungsverantwortung; Fördern – Fordern; Experten hinzuziehen) bietet einen guten Ansatz zum konstruktiven Vorgehen am Arbeitsplatz.



3

Illegale Drogen

Illegale Drogen – ein nicht wahrgenommenes Problem am Arbeitsplatz?

Der Arbeitsplatz ist bezüglich illegaler Drogen keine Insel, sondern ein Spiegelbild des Alltags. Es wurde bislang vielleicht vermutet, dass aufgrund des Verbots der Missbrauch von illegalen Drogen den Arbeitsplatz nicht erreicht.

In dem Leitfaden zu Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen werden die Betriebe und Verwaltungen auf diesen Punkt besonders aufmerksam gemacht:

„Die Tatsache, dass eine Reihe von Drogen als „illegal“ qualifiziert sind, führt häufig zu der Fehlannahme, der Konsum dieser Drogen sei gesetzlich generell verboten. Die gesetzliche Regelung bezieht sich jedoch ausschließlich auf den Besitz und die Verteilung der Drogen. (Dies folgt aus dem Rechtsgrundsatz, dass die Selbstschädigung – hier infolge des Konsums – straflos ist. Andererseits soll durch den Konsum keine Gefahr für Dritte und die Allgemeinheit ausgehen. Daher verbietet das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) nahezu alle Handlungen und Zustände, die den Konsum umgeben. Nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 und 3 des BtMG wird bestraft, wer Betäubungsmittel unerlaubt anbaut, mit ihnen Handel treibt, sie ohne Handel zu treiben einführt, ausführt, veräußert, abgibt, sonst in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft bzw. ohne Erlaubnis besitzt. Die Verfasserin.) Daraus folgt für Betriebe und Einrichtungen die Notwendigkeit, den Umgang mit illegalen Drogen am Arbeitsplatz ebenso wie den mit anderen Suchtmitteln intern zu regeln, wenn sie Fragen

des Konsums nicht der alleinigen Verantwortung der Beschäftigten überlassen wollen. ...

Standard

Das Ziel der betrieblichen Suchtprävention, Punktnüchternheit am Arbeitsplatz, bezieht sich nicht nur auf Alkohol, sondern auf alle Arten von Suchtmitteln, auch illegale Drogen.

Es sollten klare Regeln für alle Beschäftigten zum Umgang mit illegalen Drogen im Betrieb festgeschrieben werden und die Sanktionen und Hilfeangebote bei Verstoß gegen die Absprachen abgestimmt sein. Folgende Regeln können z.B. unter Einbeziehung des Betriebs-/Personalrates verabschiedet werden:

- Der Konsum illegaler Drogen unterbleibt während der Arbeitszeit und in den Pausen.
- Das Mitbringen illegaler Drogen an den Arbeitsplatz ist untersagt.
- Das Verteilen/der Verkauf illegaler Drogen auf dem Gelände des Betriebes ist verboten und wird zur Anzeige gebracht.
- Ein Verstoß gegen eine der oben stehenden Regelungen führt konsequent zur Intervention und zum Einstieg in den Stufenplan.
- Die Personalverantwortlichen sollten bei der Schulung für die Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, insbesondere in Fragen der Arbeitssicherheit, auch auf die Möglichkeit der Beeinflussung des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin durch illegale Drogen hingewiesen werden.“

Der Umfang des Problems Konsum illegaler Drogen am Arbeitsplatz lässt sich nicht genau bestimmen. In der drogenpolitischen Diskussion wird heute zwischen verschiedenen Konsummustern unterschieden. Diese sind: Probier- und Experimentierkonsum, Gelegenheitskonsum und Gewohnheitskonsum. Nicht alle Konsumenten von illegalen Drogen sind abhängige Menschen. Vor diesem Hintergrund interessieren die Aussagen zum Konsum illegaler Drogen in den letzten zwölf Monaten und die Konsummenge.

„Im Rahmen der Drogenaffinitätsstudie untersucht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mithilfe von Repräsentativbefragungen den Cannabiskonsum junger Menschen in Deutschland im Zeitverlauf. Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, ist von 9,2 Prozent im Jahr 2001 auf 4,6 Prozent im Jahr 2011 gesunken. Bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen haben sich die entsprechenden Werte dagegen im letzten Jahrzehnt nicht verändert (2001: 13,8 Prozent; 2011: 13,5 Prozent).

Die aktuelle Drogenaffinitätsstudie aus dem Jahr 2011 zeigt auch, dass mehr Jungen und junge Männer Cannabis konsumieren als Mädchen und junge Frauen.“ (Drogen- und Suchtbericht, 2013)

Die nachfolgenden Angaben basieren auf der Deutschen Suchthilfestatistik, DSHS, für die im Jahr 2013 u.a. die Daten von bis zu 822 ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe erhoben wurden. Bei den hier relevanten 179.245 betreuten Patienten/Klienten hatten 27.848 Personen die Hauptdiagnose „Störungen aufgrund von Opiatkonsum“ und 28.789 aufgrund von Cannabis.

Bei der differenzierten Statistik zur beruflichen Integration standen die Meldungen von 683 Einrichtungen zur Verfügung, die sich auf 19.783 Opiatabhängige und 21.266 Klienten mit Cannabisproblemen bezogen. Selbst in dieser ausgewählten Gruppe befindet sich ein nicht unerheblicher Anteil von Personen, die sich in einem Ausbildungsverhältnis oder darüber hinaus in einem Arbeitsverhältnis befinden – wie nachfolgende Tabelle zeigt.

Berufliche Integration

Opiatabhängiger Cannabiskonsumenten

Erwerbstätige gesamt, davon:	22,9 %	35,6 %
• Auszubildende	2,0 %	11,9 %
• Arbeitsplatz vorhanden	20,9 %	24,0 %
Erwerbslose	59,1 %	31,9 %
Nicht Erwerbspersonen	17,3 %	31,7 %
Berufliche Rehabilitation	0,6 %	0,6 %

[Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik 2013, 2014]

Da sich Cannabiskonsumenten seltener als behandlungsbedürftig definieren oder seltener aufgrund einer gerichtlichen Vorgabe zur ambulanten Behandlung aufgefordert werden, ist die Bezugsgröße dieser Konsumentengruppe in der DSHS eher gering. Immerhin geben 35,9 % von 21.266 Personen an, erwerbstätig zu sein. Der Prozentsatz derjenigen, die sich nicht in Behandlung einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung befinden und einen gewohnheitsmäßigen Cannabiskonsum haben und mit den Auswirkungen ihres Konsums erwerbstätig sind, dürfte noch größer sein.

Was bedeuten diese Ergebnisse für den Arbeitsplatz?

Den „drogenfreien Betrieb“ oder die „drogenfreie Verwaltung“ gibt es nicht. Funktionsträger müssen realisieren, dass es nicht der „armselige Junkie vom Bahnhofsvorplatz“ ist, der ihnen am Arbeitsplatz begegnet, sondern ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin, der/die häufig ein relativ unauffälliges Erscheinungsbild zeigt. Bei den sogenannten Gelegenheitskonsumenten wird es in erster Linie um

vereinzelte Tage mit Auffälligkeiten gehen. Solche Tage, an denen sich am Vortag in der Freizeit „die Gelegenheit ergab“. Da die Substanzen Wirkstoffe enthalten, die im Körper nur sehr langsam abgebaut werden, kann es hier zu Auffälligkeiten kommen, wie es beim „Restalkohol“ auch der Fall ist. Diejenigen, die einen gewohnheitsmäßigen Konsum haben, werden diesen auf Dauer am Arbeitsplatz nicht kaschieren können. Auch bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die auf den Konsum von illegalen Drogen deuten, ist von den Personalverantwortlichen bei akuter Beeinträchtigung der Arbeitssicherheit nach dem Handlungsschema auf Seite 39 und dann entsprechend nach dem Interventionsleitfaden zu verfahren. Diesbezügliche Auffälligkeiten begründen keine panikartigen Reaktionen. Eine sachliche Einschätzung der Drogenproblematik ist Voraussetzung für konstruktive Lösungen. Die vorliegenden Konzepte zur Suchtprävention und Suchthilfe – beschrieben in den Standards – bieten einen qualifizierten Rahmen auch für das Thema „Illegale Drogen am Arbeitsplatz“.

Cannabis

Cannabis ist der wissenschaftliche Ausdruck für Hanf. In Deutschland werden in begrenztem Umfang mit spezieller Genehmigung Hanfpflanzen zur Gewinnung von Papier, Baumaterial, Textilien usw. angebaut.

Das Harz der Hanfpflanze dient als Rauschmittel, denn darin ist das psychisch wirksame „Delta-9-Tetrahydrocannabinol“, kurz THC genannt, enthalten.

Die Höhe des THC-Gehaltes sagt etwas über die Intensität der Wirkungen aus. Cannabis steht insofern für die beiden Produkte: Haschisch und Marihuana.

- Haschisch ist das gepresste Harz der weiblichen Pflanze. Der mittlere THC-Wirkstoffgehalt betrug im Jahr 2013 9,4 % bei Cannabis harz.
- Marihuana sind die getrockneten Blüten, Blätter und Stängelspitzen der weiblichen Cannabispflanze. Der mittlere THC-Wirkstoffgehalt betrug im Jahr 2013 2,1 % bei Cannabis kraut.
- Manche in Gewächshäusern gezüchteten Sorten (Sinsemilla) können auch einen höheren Anteil THC enthalten.

Haschisch und Marihuana werden in der Regel mit Tabak vermischt und dann als „Joint“ oder „Stick“ geraucht. Seltener wird es in Wasserpfeifen geraucht, Tee hinzugefügt oder in Kekse eingebacken. Beim Rauchen von Cannabis tritt die Wirkung unmittelbar nach dem Konsum ein und hält je nach THC-Gehalt zwischen einer bis vier Stunden an.

Wirkungen von Cannabis

Mit den Wirkungen von Cannabis harz auf die menschliche Psyche beschäftigten sich bereits seit Beginn des vorangehenden Jahrhunderts zahlreiche Arbeiten. Euphorie, ein sogenanntes „High-Gefühl“, leichte Benommenheit, Verstärkung der inneren und äußeren Wahrnehmung, Veränderung des Zeitgefühls, Verbesserung der visuellen Leistung werden genannt. Die Wirkungen können von Person zu Person sehr unterschiedlich sein. Sie sind sehr stark abhängig von der anfänglichen Gemütsverfassung der Konsumenten und der Situation, in der Cannabis geraucht

wird. Generell lässt sich sagen, dass die bereits vorhandenen Gefühle des Konsumenten durch Cannabis verstärkt werden. In einer negativen Ausgangssituation kann es zu unerwünschten Wirkungen wie Angst, Panik, Orientierungslosigkeit, Furcht vor Verselbständigung der Gedanken bis hin zu alptraumartigen, halluzinationsähnlichen Erlebnissen kommen. Es ist bislang nicht erwiesen, dass Cannabis körperlich abhängig macht. Beim Absetzen des Cannabis können leichte Entzugssymptome auftreten. Beim direkten Konsum kommt es in der Regel zu akuten körperlichen Wirkungen:

- Anstieg des Blutdruckes
- Senkung des Augen-Innendruckes
- leichte Steigerung der Herz- bzw. Pulsfrequenz
- Rötung der Augen
- Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses
- Verminderung der Reaktionszeit

Neuere Forschungen haben entdeckt, dass im Gehirn des Menschen „Cannabisrezeptoren“ existieren, die in einer ganzen Reihe von Gehirnabschnitten zu finden sind und die durch das THC bzw. seine Stoffwechselprodukte aktiviert werden. THC verschwindet aus der Blutbahn relativ schnell. In den Fettgeweben und in verschiedenen Organen wie Leber, Lunge, Milz und Herzmuskel kommt es dagegen zu einer Ablagerung und Anreicherung der Substanz bzw. ihrer Abbauprodukte. Hierdurch kann der Abbau bis zu 30 Tagen dauern. Die Ausscheidung erfolgt über Stuhl und Urin.

Rechtliche Situation

Die Gefährlichkeit von Cannabisprodukten und eine entsprechende Strafverfolgung werden seit Beginn des 20. Jahrhunderts diskutiert. In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde Cannabis in Form von „Pillen“ und „Tinkturen“ in Apotheken verkauft. Im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wird Cannabis als illegale Droge aufgeführt und der Erwerb, Besitz, Handel usw. werden unter Strafe gestellt. Die Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 1992 zeigt die Bereitschaft des Gesetzgebers, den Erwerb und Besitz geringer Mengen Cannabis zu entkriminalisieren. Im § 31 a des BtMG wird der Staatsanwaltschaft die Möglichkeit gegeben, von einer Strafverfolgung abzusehen, wenn „die Schuld des Täters als gering anzusehen ist, kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht und der Täter die Betäubungsmittel lediglich für den Eigengebrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt“. Die Bundesländer legen den Begriff der geringen Menge unterschiedlich aus. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass in den meisten Bundesländern Cannabis in einer Menge von sechs Gramm sanktionsfrei bleibt, wenn keine Fremdgefährdung vorliegt.

Gemäß § 316 StGB und § 24a StVG ist das Fahren unter der Wirkung von Cannabis verboten. Aber auch der reine Drogenbesitz gefährdet den Führerschein. Gemäß § 14 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) muss

die „Führerscheinstelle“ Hinweisen auf die Einnahme von Betäubungsmitteln durch Führerscheininhaber/innen nachgehen und eventuell die Fahrerlaubnis einziehen. Hinweise können z.B. durch die Polizei oder die Staatsanwaltschaft erfolgen, die Drogen bei dem Betreffenden in der Wohnung gefunden haben. Nach Nr. 9 Anlage 4 zur FeV ist bei regelmäßiger Einnahme von Cannabis und „harten Drogen“ von einer Nicht-Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges auszugehen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob der Betreffende unter Drogen gefahren ist. Bei gelegentlicher Einnahme von Cannabis kann die Eignung weiterbestehen, wenn Fahren und Konsum getrennt sind. Die Fahrerlaubnisbehörde kann die Beibringung von Tests, Gutachten und medizinisch-psychologischen Untersuchungen anordnen.

Cannabis und Arbeitssicherheit

Dem Konsum von Cannabis kann nicht generell eine Unbedenklichkeit bescheinigt werden. Hier verhält es sich ähnlich wie bei dem Suchtmittel „Alkohol“. Der moderate, gelegentliche Konsum scheint eher keine Gefahr darzustellen, im Gegensatz zum regelmäßigen Konsum. Ein hartes Konsummuster liegt vor, wenn Cannabis dauerhaft oder gewohnheitsmäßig über einen langen Zeitraum gebraucht wird. Dieses Konsummuster birgt Gefährdungspotenzial für die Person selber und andere. Hier ist auch von einem erhöhten Risiko für die Arbeitssicherheit auszugehen.

- Bei dauerhaftem Gebrauch treten Antriebs- und Lustlosigkeit auf. Konsumenten werden sich selber und anderen gegenüber gleichgültig. Es liegt nahe, dass diese Grundeinstellung dazu beiträgt, Sicherheitsregeln zu umgehen oder sie gar nicht zu beachten.
- Gewohnheitskonsumenten entwickeln zunehmend eine seelische Abhängigkeit, die mit dem Zwang einhergeht, das Suchtmittel unter allen Umständen zu beschaffen und zu konsumieren. Bei dieser Konsumentengruppe ist davon auszugehen, dass sie auch am Arbeitsplatz unter der akuten Wirkung von Cannabis steht. Sowohl das Reaktionsvermögen als auch die Möglichkeit des abstrakten Denkens, der schnellen Informationsverarbeitung und die Leistungsfähigkeit des Kurzzeitgedächtnisses sind eingeschränkt. In Studien von Berghaus (1993, 1994, 1995) zu fahrrelevanten Leistungen nach Cannabiskonsum wird unterschieden zwischen automatisierten und kontrollierten Handlungen.

Es steht außer Frage, dass Personen, die unter den akuten Wirkungen von Cannabis stehen, nicht an den Arbeitsplatz gehören. Die bereits zitierten Unfallverhütungsvorschriften geben die gesetzliche Grundlage zum Fernhalten von der Arbeit.

„Automatisierte Handlungen sind solche, die als Ganzes aufgerufen werden und dann ohne zentrale Kontrolle durchgeführt werden. Kontrollprozesse demgegenüber sind charakterisiert durch hohe Bewusstheit und Beanspruchung von zentraler Kapazität. ... Die kontrollierten Handlungen werden umso schlechter ausgeführt, je höher die Cannabiskonzentration ist. Ab 10 ng/ml THC zeigt sich dort ein deutlicher „Einbruch“ der Leistungen. Automatisierte Leistungen werden bei geringen Konzentrationen bis zu etwa 5 ng/ml THC nur sehr wenig verändert. Bei höheren Konzentrationen werden automatisierte Leistungen dann aber sogar deutlich stärker beeinträchtigt als kontrollierte Handlungen.“

Vollrath, Krüger; Auftreten und Risiken von Drogen im Straßenverkehr – eine epidemiologische Studie, in: Niedersächsisches Sozialministerium: Drogenmissbrauch und Verkehrsgefährdung

Ecstasy

Ecstasy ist eine chemisch hergestellte Droge, in der die Substanz MDMA (3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin) enthalten ist. Die Begriffe „Ecstasy“ und „MDMA“ werden häufig synonym gebraucht. Bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts wurde der Wirkstoff von der Firma Merck entdeckt. Er sollte als Appetitzügler auf den Markt kommen, was aber unterblieb. In Deutschland ist MDMA seit 1986 dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt und verboten. Ecstasy wird in Form von Pillen mit ausgefallenen Motiven auf den „schwarzen Markt“ gebracht. Nicht selten werden der eigentlichen Substanz andere Wirkstoffe beigemischt.

„Neben der antriebssteigernden Wirkung versetzt Ecstasy die Konsumenten in einen euphorischen Zustand mit gesteigertem Einfühlungsvermögen in das eigene Ich und in die Umgebung. Es fördert die Fähigkeit, persönliche Probleme zu erkennen bzw. sich mit ihnen auseinanderzusetzen und steigert die Kommunikations- und Kontaktfreudigkeit deutlich. Die Konsumenten berichten von seelischer Ausgeglichenheit und gesteigertem Wahrnehmungsvermögen, Angstfreiheit und glücklicher Selbstakzeptanz. Unter Umständen ist jedoch ein rascher Stimmungswechsel von Euphorie zu Angst und Depression zu beobachten.“

Das mit Hilfe von Ecstasy erzeugte positive Lebensgefühl „Angstfreiheit und glückliche Selbstakzeptanz“ wird im Gedächtnis gespeichert und drängt nach Wiederholung. Der Anfang zur Entwicklung einer seelischen Abhängigkeit ist gemacht.

Ecstasy verursacht keine körperliche Abhängigkeit. Die Wirkungen und Nebenwirkungen sollten nicht unterschätzt werden. Sie sind, wie bei allen Suchtmitteln, abhängig von der Höhe der Dosis, der Grundstimmung der Konsumenten und den Umgebungseinflüssen. Die direkten körperlichen Auswirkungen sind z.B. Blutdruck- und Herzfrequenzsteigerungen, Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit und bei extremer körperlicher Belastung Hyperthermie (Körpertemperatur steigt auf mehr als 40° C). Untersuchungen zeigen, dass das Ausmaß an drogeninduzierten psychischen Störungen bei Ecstasy hoch ist. Das neurotoxische Potenzial von Ecstasy führt u.U. zu psychotischen Störungen mit Halluzinationen, Personenverknennung, Wahn, Beziehungsideen und psychomotorischen Störungen.

Kovar; Ecstasy: Status Quo des pharmakologisch/medizinischen Forschungsstandes, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Prävention des Ecstasykonsums

Ecstasy und Arbeitssicherheit

Unter der akuten Wirkung von Ecstasy scheint die Arbeitsfähigkeit nur begrenzt gegeben und die Arbeitssicherheit ausgeschlossen zu sein. Selbst wenn der Konsum ausschließlich in der arbeitsfreien Zeit – vornehmlich am Wochenende – stattfindet, hat dieses Auswirkungen auf die Arbeitsleistung.

- Die andauernde nervliche Erregung muss in der Regel mit einer längeren Erschöpfung bezahlt werden. In dieser Phase sind Aufmerksamkeits- und Reaktionsvermögen herabgesetzt. Wer also eine mehrere Tage andauernde Party mit Hilfe von Ecstasy voll ausschöpft, der ist in der Regel am Montagmorgen nicht uneingeschränkt arbeitsfähig. Insofern berührt das Freizeitverhalten das Arbeitsverhalten und sollte daher vom Vorgesetzten angesprochen werden.
- Unerwünschte Nebenwirkungen treten vor allem als Nacheffekte der Einnahme auf. Dazu zählen unter anderem Schläfrigkeit, depressive Verstimmungen, Muskelkater, Konzentrationsstörungen, Mundtrockenheit, Unruhe und Ängstlichkeit. Die regelmäßig Konsumierenden sind erst wieder „gut drauf“, wenn das Wochenende in Sicht ist.
- In Forschungsarbeiten wird für regelmäßige Ecstasy-Konsumenten eine starke Beeinträchtigung des „mittelfristigen Gedächtnisses“ festgestellt. In Anbetracht der Tatsache, dass viele Konsumenten in einem Alter sind, in dem Lehre und Schulausbildung stattfinden, sind Gedächtnisleistungen von besonderer Bedeutung. Hier ist das Augenmerk von Ausbildern am Arbeitsplatz gefragt.
- Zu den genannten akuten körperlichen Wirkungen kommt noch hinzu, dass Ecstasy die Pupillen weitet. Das Hell-Dunkel-Sehen ist dadurch gestört, die Blendempfindlichkeit erhöht. Für spezielle Arbeitsabläufe kann durch diese Einschränkung eine erhöhte Sicherheitsgefährdung ausgehen. Da der Arbeitgeber auch für den Weg von und zur Arbeit fürsorgepflichtig ist, stellt sich die Frage, ob nach der Einnahme von Ecstasy die Fahrtüchtigkeit gegeben ist. Nach bisherigem Kenntnisstand ist unter akuter Einwirkung von Ecstasy das Führen von Kraftfahrzeugen nicht möglich.

Kokain

Kokain ist eine pflanzliche Droge, die aus den Blättern des Kokastrauches (*Erythroxylum coca*), der in Südamerika beheimatet ist, gewonnen wird. Die Blätter enthalten bis zu 2 % Kokain. Aus ihnen wird durch Zerkleinern eine Cocapaste hergestellt, die bis zu 80 % Kokain enthalten kann. Mit Salzsäure weiterverarbeitet, kommt das Kokain in der Regel in Pulverform auf den „schwarzen Markt“. Das kristalline Pulver wird meist durch ein Rohr intranasal geschnupft, im Fachjargon „sniefen“.

1884 verhilft der Psychoanalytiker Sigmund Freud dem Kokain zur großen Aufmerksamkeit. Er berichtet von Selbstversuchen und empfiehlt Kokain als Stimulans gegen körperliche und geistige Erschöpfung, gegen Verdauungsstörungen sowie zur Behandlung der Morphin- und Alkoholsucht. Er weist auf die lokalanästhesierende Wirkung hin. 1899 kommt es zur ersten Lokalanästhesie mit Kokain durch den Berliner Chirurgen August Bier.

1886 macht allerdings der Psychiater Albert Erlenmeyer auf die Möglichkeit einer Kokainabhängigkeit aufmerksam. Er schildert die Folgen des Kokainkonsums, wie z.B. Abmagerung, leichenähnliches Aussehen, Schlaflosigkeit, Verfolgungswahn, übersteigerte Redseligkeit. Er warnt davor, Kokain als Entzugsmittel für andere Süchte zu benutzen, da Kokain selber eine Droge sei.

Kokain fällt unter das Betäubungsmittelgesetz, das bedeutet, dass u. a. Herstellung, Besitz und Handel unter Strafe gestellt sind.

Auch in der heutigen Zeit scheint Kokain im Gegensatz zu Cannabis und Ecstasy etwas Glorifizierendes anzuhaften, gilt Kokain doch immer noch als Droge der Intellektuellen, der Schönen und Reichen.

„Kokain ist weiter verbreitet, als die meisten annehmen. Alle Berufsgruppen sind betroffen, wobei insbesondere die Image-Berufe wie Schauspieler, Models, Manager, Börsenmakler eine regelrechte Subkultur entwickeln. Die Einnahme von Kokain gehört in manchen Kreisen zum guten Ton, und es wird dabei fast ausschließlich geschnupft. ... Dieses Verfahren bedarf einiger Übung und Utensilien, die der Kostbarkeit der Droge entsprechend imposant sind: Dosierungslöffel aus Gold, zusammengerollte Banknoten als Saugrohr, exklusive Aufbewahrungsbehälter ...“

Parnefjord; Das Drogentaschenbuch

Wirkungen von Kokain

Kokain ruft eine starke psychische Abhängigkeit hervor. Beim Absetzen des Kokains kommt es zu keinen körperlichen Entzugserscheinungen. Obwohl es körperlich nicht abhängig macht, gibt es gravierende Nebenwirkungen.

Bei den Wirkungen muss unterschieden werden zwischen den von den Konsumenten erwünschten Effekten, den unerwünschten psychischen Begleiterscheinungen und den körperlichen Wirkungen generell, bei langfristiger hoher Dosierung und bei Überdosierung.

In dem bereits zitierten Drogentaschenbuch von Ralph Parnefjord lesen sich die Wirkungen anschaulich:

„Etwas später folgt die erwünschte psychische Wirkung, das Gefühl, leistungsfähiger, stärker und intelligenter zu sein. Die Stimmung ist gehoben, der Antrieb gesteigert. Alltägliche Probleme treten in den Hintergrund. Das Denken wird beschleunigt und reich an Assoziationen. Viele haben das Gefühl, sonst schwer lösbare Probleme während des Rausches klar durchdenken zu können. Das soziale Kontaktverhalten ändert sich ebenfalls. Der Kokainberauschte ist weniger gehemmt, wirkt ansteckend enthusiastisch und direkter im Umgang. Insbesondere sexuelle Hemmungen entfallen, bei erhöhter Libido und verzögertem Eintritt des Orgasmus, weshalb der Droge auch aphrodisierende Eigenschaften zugeschrieben werden. Einfache Halluzinationen, vor allem kribbelnde Hautempfindungen sind nicht selten.“

Diese Darstellungen werden von vielen Experten bestätigt, wobei der Psychiater Hinderk Emrich, emeritierter Drogenforscher an der Medizinischen Hochschule Hannover, einschränkend hinzufügt, dass jemand, der nicht sehr intelligent und dessen Leben einsam und langweilig ist, mit Kokain nicht viel anfangen kann. Damit die Möglichkeiten des Stoffes „Kokain“ sich voll entfalten können, müsse der Konsument die richtige Mischung aus Selbstverliebtheit und intellektuellem Potenzial besitzen. Neurophysiologisch lässt es sich damit erklären, dass Kokain eine bestimmte Gruppe von Nervenfasern im Hirnstamm, die wie eine Art Beschleuniger von Denkprozessen wirken, stimuliert. Außerdem aktiviert Kokain das sogenannte „Belohnungssystem“, indem es die Konzentration des Botenstoffes Dopamin im Gehirn erhöht. Nicht zuletzt dieser Wirkungen wegen titelt „Der Spiegel“ seinen Artikel zum Kokain mit: „Pulver für Alpha-Tierchen“.

Neben den von den Kokainkonsumenten erwünschten Wirkungen kommt es auch zu negativen psychischen Effekten wie Unruhe, Ängstlichkeit, übersteigter Erregbarkeit und seltener zu Verfolgungswahn.

Die körperlichen Reaktionen auf diese Droge sind, bedingt durch die Einnahmeform des „Sniefens“, die Betäubung von Haut und Schleimhäuten sowie eine Verengung der Blutgefäße. Hinzu kommen:

- Anstieg der Herz- und Atemfrequenz
- Anstieg des Blutdruckes
- Anstieg der Körpertemperatur
- Anstieg des Blutzuckerspiegels
- Zunehmendes Schwitzen
- Dämpfung von Hunger und Durst
- Unterdrückung der Müdigkeit
- Erweiterung der Pupillen
- Senkung der Krampfschwelle
- Trockenheit in Mund und Rachenraum

Bei einer Überdosierung kommt es zum Atemstillstand, Herzstillstand und zu Gehirnblutungen.

Kokain und Arbeitssicherheit

Bei einem Konsum von geringen Mengen (etwa 60–100 mg) als Einzeldosis mit einigen Tagen Abstinenz dazwischen sind kaum Nebenwirkungen zu verzeichnen. Dies bedeutet für den Arbeitsplatz, dass Personen, die eventuell ihrem Konsum nur am Wochenende nachgehen, am Arbeitsplatz eher unauffällig sein werden und keine Ausfallerscheinungen haben. Problematischer wird es für die Arbeitsfähigkeit, wenn der Freizeitkonsum bis kurz vor dem Arbeitsbeginn stattgefunden hat, denn am „Tag danach“ ist mit Einschränkungen in der Wahrnehmung, Reaktionsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit und Ausdauer zu rechnen.

„Nach dem Rauschstadium folgt das depressive Stadium. Der abgeklungene Kokainrausch ist durch Müdigkeit, Erschöpfung und eine depressive Verstimmung gekennzeichnet. Trotz der Müdigkeit besteht kein eigentliches Schlafbedürfnis. Allmählich kommt es zu Schuldgefühlen, Selbstwertschwankungen und dem starken Bedürfnis, die Droge erneut einzunehmen. Eine erhöhte Suizidgefährdung wird beschrieben, da die Rückkehr in die Normalität unerträglich erscheint“.

Parnefjord; Das Drogentaschenbuch

Selbst ein moderater Freizeitkonsum verändert die Person und kann sie im betrieblichen Miteinander durch ihre häufigen depressiven Verstimmungen als Nachwirkungen der Einnahme in der Freizeit ein Störfaktor werden lassen. Die Wirkungen der Droge Kokain sind derart verlockend, dass es den wenigsten gelingt, sie nicht dauerhaft einzusetzen. Sofern die psychische Abhängigkeit einen regelmäßigen Konsum fordert, wird es für den Arbeitsplatz problematisch. Hohe Dosierung führt zu Koordinationsstörungen, Schüttelfrost, Geräuschempfindlichkeit, Ohrensausen, Schwindelgefühlen, Zittern und Krämpfen, Übelkeit und Erbrechen und in einigen Fällen auch zu Herzrhythmusstörungen.

Bei hohen Einnahmemengen kommt es statt zu einer Antriebssteigerung zu einer Sedierung. Der chronische Gebrauch führt zu einer Abnahme des Körpergewichtes, Verringerung der sexuellen Bereitschaft und Vernachlässigung der Körperpflege. Die entzündliche Verletzung der Nasenscheidewand durch das „Sniefen“ des Kokains bis hin zur Perforation der Knorpelwand wird von den Konsumenten kaum wahrgenommen, da die ständige Kokaineinnahme immer auch eine Betäubung der Schleimhäute bewirkt. Betroffene

in diesem Stadium sind am Arbeitsplatz nicht tragbar. Sie müssen angesprochen werden und sich verpflichten, umgehend eine therapeutische Maßnahme in Angriff zu nehmen.

Obwohl der Preis für Kokain in den letzten Jahren ständig gefallen ist, ist es dennoch eine Luxusdroge. Kokainkonsumenten stellen daher durch ihren enorm hohen Geldverbrauch, der häufig zu erheblicher Verschuldung führt, zusätzlich ein Sicherheitsrisiko für den Betrieb dar.

Sind Kontrollen in Form von Drogen-Screenings das Mittel der Wahl?

Entscheidungsträger sind irritiert, wenn sie erfahren, dass es in ihrem Betrieb einen Drogenkonsumenten gibt. Damit dieses Vorkommnis ein Einzelfall bleibt, wird mit dem Betriebsrat/Personalrat abgesprochen, bei Neueinstellungen zur Kontrolle ein Drogen-Screening (Reihenuntersuchung, Siebtest) durchzuführen. Hält der Betrieb mit dieser Maßnahme das Problem wirklich von sich fern? Was ist mit den bereits länger Beschäftigten? Wann sollen sie getestet werden und ist das Vorgehen rechtlich legitimiert? Es ist immerhin ein weitreichender Eingriff in die grundgesetzlich geschützten Persönlichkeitsrechte. Was ist mit den Bewerbern, die statt des eigenen Urins den der Verwandten zur Untersuchung abgeben? Dieses auszuschließen, würde bedeuten, dass bei der Einstellungsuntersuchung

medizinisches Personal bei jeder Bewerberin und jedem Bewerber den Vorgang kontrolliert.

Was ist mit jenen Personen, die sich von einer Einstellung eine neue Lebenssituation versprechen und die bei einem gelungenen Neubeginn keinen Grund mehr zur Einnahme illegaler Drogen hätten? Entspricht die Kontrollmaßnahme einer modernen Firmenpolitik? Die Möglichkeit einer Einstellung, verbunden mit der Auflage, durch „freiwillige“ Tests die Drogenfreiheit in der Zukunft nachzuweisen, wäre eine gelungene Integration für die Betroffenen, mit welcher Arbeitgeber ihre soziale Verantwortung dokumentieren könnten.

Was ist unter einem Drogen-Screening zu verstehen?

Bei einem Drogen-Screening handelt es sich um Laboruntersuchungen von Blut, Urin, Speichel, Haaren und ggf. auch Schweiß zur Feststellung der Substanzen verschiedener konsumierter Drogen. Je nach Intensität des Konsums und unterschiedlichen Halbwertszeiten (Zeitdauer, in der die Substanz um 50 % abgebaut wird) können die einzelnen Drogen erkannt und zurückliegende Zeiträume des Konsums ermessens werden. Damit sind sowohl die Konsumenten zu erkennen, die es ausprobiert haben, als auch jene, die bereits langfristig Drogen nehmen.

Rechtliche Voraussetzungen für ein Drogen-Screening

Drogen-Screenings stellen einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Einzelnen dar und dürfen nur mit der Einwilligung der betroffenen Person erfolgen. Daraus ergibt sich, dass die Untersuchung mit einer angemessenen Zeitspanne vorher angekündigt werden muss. Bei Einstellungsuntersuchungen ist davon auszugehen, dass Bewerberinnen und Bewerber gar nicht in Betracht kommen, die gezielt diesen Test ablehnen. Andererseits hält diese Vorwarnung Betroffene überhaupt davon ab, an der weiteren Bewerbung festzuhalten. Sie kommen gar nicht zum vereinbarten Untersuchungstermin. Eine weitere Möglichkeit wären verfälschte Ergebnisse, da Drogenkonsumenten die Urinproben vertauschen könnten. Dieses auszuschließen, heißt: erhöhte Kontrolle während der Untersuchung.

Der Gesetzgeber hat die Kontrollmöglichkeiten durch medizinische Untersuchungen für den Betrieb eingegrenzt. Er lässt nur für sicherheitsrelevante Bereiche Eignungsuntersuchungen nach gesetzlichen Bestimmungen oder den Unfallverhütungsvorschriften zu.

Jürgen Fleck schreibt dazu: „In der Tat stehen sich Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz einerseits und das Persönlichkeitsrecht des Arbeitnehmers aus Art. 2 Abs.1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes einschließlich des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung andererseits gegenüber. Die Güterabwägung führt zum Vorrang des Grundrechts.“

Gegen generelle Drogenkontrollen in Einstellungsuntersuchungen sprechen sowohl die genannten rechtlichen Bedenken als auch sachliche Gründe, nämlich die Gefahr einer überzogenen Sanktion wie die Nichtberücksichtigung bei der Besetzung des Ausbildungsplatzes. Untersuchungen belegen, dass der weit überwiegende Teil der Jugendlichen den Konsum illegaler Drogen nach einer Probierphase wieder einstellt. Ethisch-rechtliche Bedenken weisen auf den Aspekt hin, dass der abgegebene Urin oder die Haarproben die Auswahl von Beschäftigten nach gesundheitlichen Einschränkungen und genetischen Dispositionen grundsätzlich ermöglichen, obwohl sie rechtlich nicht zulässig ist.

In dem Leitfaden zu den Standards in der betrieblichen Suchtprävention sind es diese genannten Gründe, die Elisabeth Wienemann formulieren lassen:

Standards

- Generelle Drogentests und Screenings im Betrieb entsprechen nicht den Prinzipien der Suchtprävention.
- Im Einzelfall, bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz in Verbindung mit Substanzgebrauch, kann den Beschäftigten ein Test zur Entlastung angeboten werden. Der Test erfolgt auf freiwilliger Basis mit Zustimmung der betroffenen Person.
- Als Unterstützung der Konsumreduzierung oder des Abstinenzhaltens können individuelle, einzelvertraglich vereinbarte Konsumkontrollen geeignet sein. Sie sollten in geeigneten Einrichtungen außerhalb des Betriebes durchgeführt werden.

Wienemann, Elisabeth; Schumann, Günter
Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen,
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm,
überarbeitete Fassung 2011

Was kann am Arbeitsplatz alternativ getan werden?

Für den Bereich der Suchtprävention haben sich zielgruppenspezifische Informations- und Schulungsveranstaltungen bewährt. Ausbilderinnen und Ausbilder, Führungskräfte und Mitglieder der Personalvertretungen könnten über Wirkungen, Auffälligkeiten und Umgang mit Betroffenen geschult werden. Sie wären in der Lage, Multiplikatoren in ihren Teams zu sein und ihr Wissen weiterzugeben.

Neben der Prävention stehen konkrete Hilfsmaßnahmen im Einzelfall. Sofern ein Vorgesetzter Auffälligkeiten feststellt, die darauf hindeuten, dass illegale Drogen konsumiert wurden, ist die direkte Ansprache notwendig. Beschäftigte unter den Einwirkungen von illegalen Drogen sind in der Regel nicht arbeitsfähig. Entsprechende Maßnahmen sind ausführlich beschrieben im Kapitel „Wie sollen Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte unter akutem Einfluss ...“, Seite 39.

Kommt es zu wiederholten Verfehlungen in den vertraglichen Verpflichtungen sind arbeitsrechtliche Maßnahmen unumgänglich. Da bei Suchtmittelmissbrauch häufig von einem krankheitsbedingten Fehlverhalten ausgegangen werden kann, müssen neben Sanktionen auch Hilfeangebote unterbreitet werden. Es bietet sich an, auf die Stufenpläne zur Gesprächsführung zu verweisen, die bei „Beschäftigten mit Alkoholproblemen“ Anwendung finden. Zurzeit gibt es keine speziellen Gesprächsketten für Mitarbeiter mit Drogenproblemen.

4

Vorbeugung

Hilfe ist gut, Vorbeugung ist besser! Wer kann im Betrieb einen Beitrag leisten?

Zum Thema „Alkohol“ finden im Betrieb inzwischen immer häufiger Informationsveranstaltungen statt. Zu den Themen „Konsum von Psychopharmaka“ und „sicherheitsrelevanten Wirkungen und Nebenwirkungen diverser Medikamente“ gibt es in der betrieblichen Prävention jedoch einen Nachholbedarf. Das Thema „illegale Drogen“ ist zwar in der außerbetrieblichen Diskussion ständig in der Öffentlichkeit präsent, aber am Arbeitsplatz wird es oft ausgespart.

Unterschiedliche Funktionsträger haben im Betrieb die Möglichkeit, sich aus ihrer speziellen Sichtweise zu engagieren. Es wäre denkbar, dass die **Fachkraft für Arbeitssicherheit** den Zusammenhang von Alkohol, arbeitssicherheitsrelevant wirkenden Medikamenten und illegalen Drogen und die Gefährdung der Arbeitssicherheit als Informationsbaustein im Betrieb veröffentlicht und damit zur erhöhten Aufmerksamkeit beiträgt. Hier geht es um akute Wirkungen, Nebenwirkungen und Langzeitwirkungen der verschiedenen Substanzen ggf. auch in kleineren Mengen. Zielgruppe dieser Aufklärungsaktionen wären die Beschäftigten insgesamt. Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit können dort, wo Auffälligkeiten sich häufen, im Arbeitsschutzausschuss darauf aufmerksam machen und Maßnahmen zur Reduzierung der psychischen und physischen Belastungen am Arbeitsplatz liefern. Ziel wäre die Vermeidung von Arbeits- und Wegeunfällen.

Führungskräften kommt in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe eine verantwortliche Rolle zu. Diese Broschüre richtet sich insbesondere an diese Zielgruppe. Ihr eigenes Verhalten im Umgang

mit Substanzen kann vorbildlichen Charakter haben. Ihr Umgang mit Auffälligen kann gesundheitsförderlicher Führung entsprechen, wenn sie frühzeitig intervenieren. Aber darüber hinaus sind es oft auch die kleinen Signale, die große Wirkung zeigen: Geschulte Führungskräfte könnten in ihren Teams über den Umgang mit psychisch wirksamen Medikamenten und riskantem Alkoholkonsum und die Folgen sprechen und sich gegenüber den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in diesem brisanten Thema informiert und offen zeigen.

Ein Ergebnis dabei könnte sein, dass Einzelne im Team ihren bislang unreflektierten Konsum überdenken und vielleicht sogar reduzieren. Ein anderes Ergebnis wäre, wenn das Team die Führungskraft informiert und emphatisch erlebt und sich daher im Bedarfsfall auch „traut“, sich ihr zu öffnen. Die immer wieder geäußerte Angst von Kolleginnen und Kollegen, eine „Denunziantin“ oder ein „Denunziant“ zu sein, wäre damit vielleicht minimiert.

Der **Betriebs- oder Personalrat** ist ebenfalls aufgerufen, einen Beitrag zur Vorbeugung von Suchtmittelproblemen am Arbeitsplatz zu liefern. Er hat sogar das Recht, Aufklärungsveranstaltungen einzufordern! Seine Aufgabe ist es zudem, für gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu sorgen und zu intervenieren, wenn sich substanzbedingte Auffälligkeiten von Beschäftigten in einzelnen Bereichen häufen. Im konkreten Einzelfall wirkt ein geschulter Betriebsrat oder Personalrat in den Stufenplan-Gesprächen mit der auffälligen Person unterstützend. Die Aufgabe im Einzelfall, Hilfe und ggf. auch Sanktionen mitzutragen, erfordert von den Interessensvertretern viel „Fingerspitzen-

gefühl“. Daher macht es viel Sinn, wenn sich das gesamte Gremium in einer Schulung zum Thema informiert.

Die **Gleichstellungsbeauftragten** können darauf hinwirken, den geschlechterspezifischen Ansatz in der betrieblichen Suchtprävention zu berücksichtigen. Sie könnten auch selber spezifische Veranstaltungen ausrichten, die den Gemeinsamkeiten – vor allem aber den Unterschieden – Rechnung tragen. Frauen „bevorzugen“ in der Regel andere Substanzen oder problematische, nicht stoffgebundene Verhaltensweisen als Männer. Das

Bundesministerium für Gesundheit unterstützte ein Projekt der Leibniz Universität Hannover. Mit qualifizierten Interviews wird aufgedeckt, mit welchen Bewältigungsstrategien Frauen in Führungspositionen auf Stress reagieren: „Alkoholkonsum als Stressbewältigungsstrategie von weiblichen Fach- und Führungskräften“. Im Fokus dieser Arbeit steht der Alkoholkonsum als Mittel „zum Abschalten“. Anregungen zur Lektüre geschlechterspezifischer Literatur bietet u. a. die Dokumentation der Niedersächsischen Suchtkonferenz 2008: Geschlechterspezifische Ansätze in Suchtarbeit und Prävention.

Suchtprävention als eigenständiger Teil der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Die betriebliche Gesundheitsförderung wird unter anderem auch durch die Unterstützung der Krankenkassen nach Sozialgesetzbuch V, § 20, gefördert. Viele Betriebe und Verwaltungen haben aus humanitärer Überzeugung – aber auch um Fehlzeiten zu senken – in den letzten Jahren verstärkt gesundheitsförderliche Maßnahmen für ihre Beschäftigten angeboten. In etlichen Unternehmen ist aus einzelnen Angeboten zur Gesundheitsförderung inzwischen ein Gesundheitsmanagement entstanden, in dem Personal- und Organisationsentwicklung, der Arbeits- und Gesundheitsschutz und die Sozial- und Suchtberatung zum Wohle der Beschäftigten miteinander kooperieren.

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist geprägt von der „Salutogenese“, der Lehre der Entstehung von Gesundheit. Betriebliche Angebote stehen demzufolge unter dem Motto „Gesundheit erhalten“. In erfolgreichen Konzepten wird gesund-

heitsförderliches Verhalten verstärkt. Die betriebliche Suchtprävention war lange geleitet vom Konzept der „Pathogenese“, der Lehre von der Entstehung von Krankheit. Suchtmittelmissbrauch und daraus folgend Suchterkrankungen zu verhindern, ist ihr erklärtes Ziel. Wenn die Veranstaltungen jedoch ausschließlich diese Zielsetzung verfolgen, geht es „in den Köpfen“ der potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer oft um einzelne „schwere Fälle“, bei denen eine Lösung durch die Leitungsebene erwartet wird.

Diesbezügliche Informationsveranstaltungen und Schulungsmaßnahmen finden daher eher weniger Zuspruch. In der Regel werden solche Angebote nur in größerem Umfang besucht, wenn die Leitung des Unternehmens gezielt dazu auffordert und damit Interesse an der Teilnahme ihrer Führungskräfte dokumentiert. Indem sich die Suchtprävention aber öffnet für sachliche Informationen über den

risikoarmen Konsum von Alkohol oder den bestimmungsgemäßen Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten oder den verantwortungsvollen Umgang mit sicherheitsrelevanten Arzneien, stellt sie ihre Nähe zur Gesundheitsförderung her. Sie unterstreicht ihre Ziele und vermeidet, zum wiederholten Male moralisch intendiert vor der Gefahr der Abhängigkeit zu warnen.

Um mit den Akteuren des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, deren gesetzlicher Auftrag in der Gesunderhaltung und Verminderung physischer und psychischer Belastungen liegt, zu kooperieren und um für einen größeren Teil der Beschäftigten durch neue Botschaften attraktiv zu werden, muss die Suchtprävention ihr Spektrum wie im nachstehenden Ampelmodell dargestellt erweitern.

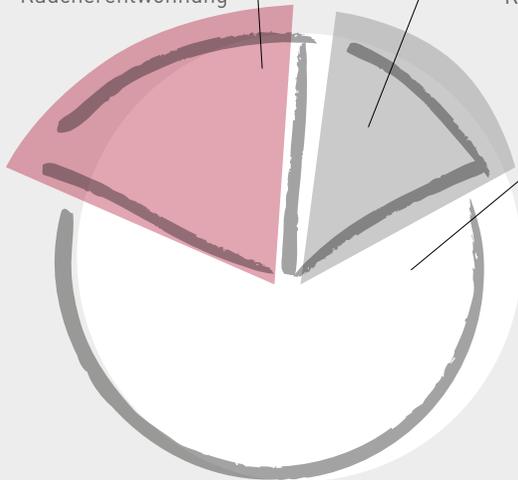
Konsumentengruppen von 18 – 64 Jahren

Alkoholmissbrauch* 3,1 %
 Alkoholabhängigkeit* 3,4 %
 Tabakabhängigkeit* 10,8 %

Suchtkrankenhilfe
 Beratung &
 Behandlung
 Raucherentwöhnung

Risikanter Alkoholkonsum* in
 den letzten 30 Tagen 14,2 %
 Raucher 30,2 %

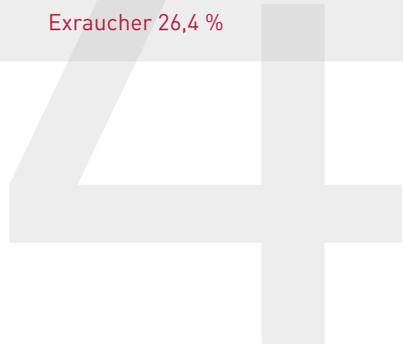
Punktnüchternheit
 Infos zu Risiken
 Drink-Less-Angebote
 Raucherentwöhnung etc.



Risikoarmer Alkoholkonsum in
 den letzten 30 Tagen 57,3 %
 Infos zum risikoarmen Konsum
 Angebote zur
 Gesundheitsförderung

Alkoholabstinenz in den
 letzten 12 Monaten 9,8 %
 Nichtraucher 43,4 %
 Exraucher 26,4 %

* ein Konsum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit zu physischen, psychischen und sozialen Folgeschäden führt.
 Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2012 (nach DSM-IV)



Die Zahlen machen deutlich: Eine allgemeine Gesundheitsförderung ersetzt nicht die spezifische Suchtprävention! Sie hat eine eigene Existenzberechtigung. Beide Konzepte werden mit anderen betrieblichen Konzepten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, zur Personal- und Organisationsentwicklung, zum Quali-

tätsmanagement zu einem „betrieblichen Gesundheitsmanagement“ zusammengeführt (weiterführende Literatur: Bertelsmann-Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (Hg.): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik, Vorschläge der Expertenkommission, 2. Aufl. Gütersloh, 2004).

Maßnahmen	Verhältnisorientiert	Verhaltensorientiert
Suchtmittelspezifische Prävention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abbau suchtfördernder Arbeitsbedingungen ▪ Einschränkungen der Verfügbarkeit von Suchtmitteln ▪ Bereitstellung von alkoholfreien Getränken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information und Aufklärung über die Wirkung von Suchtmitteln, riskantem Konsum, Abhängigkeit ▪ Information über die Ziele und Möglichkeiten der Suchtprävention und -hilfe ▪ Angebote zur individuellen Konsumreduzierung (Nichtraucherkurse, Drink-Less-Programme) ▪ Regelungen zum Suchtmittelkonsum (Drogen, Alkohol, Nikotin), Punktnüchternheit ▪ Qualifizierung und Sensibilisierung der Vorgesetzten
übergreifende Prävention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schaffung gesunderhaltender und motivierender Arbeitsbedingungen ▪ Verbesserung des Betriebsklimas ▪ Gefährdungsbeurteilung, Gesundheitszirkel, partizipative Arbeitsgestaltung (Teilhabe) ▪ Gesundheitsorientierte Führung ▪ Arbeitsbewältigungscoaching ▪ Betriebliches Eingliederungsmanagement ▪ Work-Life-Balance-Konzepte, Vereinbarkeit von Familie und Beruf 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erweiterung der Gesundheitskompetenz ▪ Stressbewältigung und Selbstmanagement ▪ Konfliktmanagement ▪ Mentale und körperliche Fitness ▪ Gesundheitscoaching, Gesundheitschecks ▪ Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz

Die Aufstellung der Maßnahmen ist den „Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen“ von 2011 entnommen. Hier macht Elisabeth Wienemann auch umfangreiche konkrete Vorschläge zur Umsetzung, einschließlich zielgruppenspezifischer Prävention. Zu dem Thema „gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen“ siehe auch Seite 80.

Auch bewährte Konzepte fordern immer Personen am Arbeitsplatz, die diese Prozesse mittragen und voranbringen müssen. Ein großer Teil der Verantwortung muss von den Führungskräften geschultert werden. Das achtsame und

wertschätzende Miteinander-Umgehen und der persönliche Kontakt zu den Beschäftigten stehen dabei im Vordergrund. Erfahrungen zeigen, dass in kleineren Organisationseinheiten, in denen Führungskräfte ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen, ihnen täglich begegnen und in kleinen Ritualen ihnen Aufmerksamkeit schenken, Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und angesprochen werden. Selbst wenn dabei Fehler unterlaufen, so demonstrieren die Vorgesetzten durch ihr „Eingreifen“ immer auch ihr Interesse an der Person. Zu dieser Haltung können Führungskräfte nur ermutigt werden.



5

Anhang

Musterbetriebsvereinbarung

Beispiel

Betriebsvereinbarung, die sich an die DHS-Qualitätsstandards für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe anlehnt.

Zwischen der

Firma

– vertreten durch die Geschäftsführung –

und dem

Betriebsrat

wird gemäß § 87 Abs. 1 Ziffer 1 und 7 Betriebsverfassungsgesetz eine **Betriebsvereinbarung zur Vorbeugung von riskantem Konsum und zum Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz** vereinbart.

Präambel

Suchtprävention und Hilfe bei Suchtgefährdung werden als Teil des Gesundheitsmanagements der GmbH sowie als Beitrag zur Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes und der Gesundheitsförderung verstanden.

Durch riskanten Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingte Verhaltensweisen am Arbeitsplatz können Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter/innen erheblich beeinträchtigt werden. Die Vorbeugung von Gefährdungen und die sachgerechte Hilfe zur konstruktiven Lösung von Suchtproblemen sind zentrale Ziele dieser Vereinbarung.

Umfassende Aufklärung sowie frühzeitige und konsequente Intervention bei Auffälligkeiten gehören zu den wirksamsten Maßnahmen der Vorbeugung von Suchtproblemen am Arbeitsplatz. Mit zunehmender Dauer des riskanten Konsums und Verhaltens steigen die Gesundheitsgefahren und zeigen sich negative Auswirkungen in allen Lebensbereichen. Bei Suchtgefährdung und -erkrankung werden die Beschäftigten unterstützt, fachkundige Beratung und Behandlung aufzunehmen.

Grundsätzlich sind bei Anzeichen von riskantem Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten im kollegialen Umfeld alle Beschäftigten auf jeder Hierarchiestufe aufgerufen, die wahrgenommenen Auffälligkeiten im Rahmen ihrer Möglichkeiten anzusprechen und frühzeitig auf die interne oder externe Unterstützung hinzuweisen.

§ 1 Geltungsbereich

Geschäftsführung und Betriebsrat sind sich einig, dass die Verfahren und Angebote dieser Betriebsvereinbarung für alle Beschäftigten der GmbH entsprechend Anwendung finden.

§ 2 Ziel der Betriebsvereinbarung

Ziel ist es,

- Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen,
- durch Information und Aufklärung riskanten Suchtmittelkonsum und Suchtgefährdung zu vermeiden,
- die Arbeitssicherheit zu erhöhen und den Arbeitsschutz zu erweitern,
- den Personalverantwortlichen Handlungsleitlinien zur Prävention und Intervention an die Hand zu geben,
- bei Suchtproblemen frühzeitig Hilfe anzubieten und Suchtgefährdete im Gesundheitsprozess zu unterstützen und die Verantwortungsstruktur hierfür festzulegen,
- allen Beschäftigten ein transparentes Vorgehen bei Auffälligkeiten und ein verbindliches Hilfeangebot zu gewährleisten,
- den Einsatz interner Beratungskräfte und/oder Ansprechpartner für Suchtfragen zu regeln und die Vernetzung von internen und externen Hilfeangeboten zu fördern.

§ 3 Steuerung des Suchtpräventionsprogramms

- (1) Für die Umsetzung dieser BV und die Weiterentwicklung des Suchtpräventions- und -hilfeprogramms wird ein Steuerkreis Suchtprävention/Gesundheit eingerichtet. Er setzt sich wie folgt zusammen:
 - ein/e Vertreter/in der Geschäftsführung bzw. der Personalleitung,
 - ein Mitglied des Betriebsrats,
 - die zentrale Ansprechperson für Suchtfragen oder eine/r ihrer Vertreter/innen,
 - weitere Interessenvertretungen (nach Betriebsstruktur),
 - interne Fachkräfte aus dem Personal- und Gesundheitsmanagement,
 - externe Experten/Expertinnen (bei Bedarf).Er tagt nach Bedarf, mindestens jedoch einmal im Kalenderjahr.
- (2) Der Steuerkreis hat die Aufgabe, das Suchtprogramm auf der Basis dieser BV umzusetzen, zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Er stimmt die Ziele des Suchtpräventionsprogramms ab, richtet die interne Einrichtung für Suchtfragen ein, erstellt die Aufgabenbeschreibung für die darin tätigen Ansprechperson(en) und beschließt die Rahmenbedingungen für ihre Arbeit einschließlich des Budgets. Der Steuerkreis erstellt einen jährlichen Bericht.
- (3) Die Mitglieder des Steuerkreises qualifizieren sich für die Aufgaben zur Umsetzung dieser BV.

§ 4 Zuständigkeit und Qualifizierung der Personalverantwortlichen

- (1) Den Personalverantwortlichen, insbesondere den Vorgesetzten, kommt eine zentrale Rolle im Suchtpräventionsprogramm zu. Sie tragen sowohl die Verantwortung für den Arbeitsschutz als auch für eine sachgerechte Intervention bei sucht(mittel)bedingten Auffälligkeiten. Sie unterstützen auffällig gewordene Beschäftigte auf dem Weg zur Veränderung bei der Übernahme von Eigenverantwortung sowie der Annahme fachgerechter Hilfe. Die internen Ansprechpersonen können sie dabei beraten.
- (2) Die Interventionen bei Auffälligkeiten auf der Basis dieser BV obliegen den Vorgesetzten. Sie führen nach vorheriger Beratung mit der Ansprechperson für Suchtfragen die Gespräche entsprechend dieser BV. Bei Gesprächen im Rahmen des Stufenplans beziehen sie den Betriebsrat, bei Schwerbehinderten auch die Schwerbehindertenvertretung (ab Stufe 2) und die Personalabteilung (ab Stufe 2 bzw. 3) mit ein.
- (3) Sachgerechtes Handeln bei Auffälligkeiten und lösungsorientierte Interventionen bei psychosozialen Problemen von Beschäftigten sind eine anspruchsvolle Führungsaufgabe. Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben werden den Personalverantwortlichen verbindliche Seminare angeboten. Sie erhalten für diese Aufgabe außerdem Unterstützung durch Beratung und Coaching.
- (4) Bei Wiederaufnahme der Arbeit nach einer Therapie sind die Vorgesetzten in Zusammenarbeit mit der internen Ansprechperson für die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz zuständig. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 84 (2) SGB IX wird das Vorgehen mit dem Eingliederungsteam abgestimmt.

§ 5 Information und Aufklärung

- (1) Alle Beschäftigten werden über die Wirkungen von Suchtmitteln und die gesundheitlichen und sozialen Folgen riskanten oder gefährdenden Konsums sowie suchtbedingten Verhaltens informiert.
- (2) Für Auszubildende werden speziell auf diese Zielgruppe ausgerichtete Präventionsmaßnahmen angeboten. Ergänzend können auch für weitere Mitarbeitergruppen spezifische Angebote vorgesehen werden.

§ 6 Verantwortlicher Umgang mit Alkohol und anderen berauschenden Mitteln

- (1) Aus Gründen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes ist für die Arbeit nicht geeignet, wer unter Einwirkung von Alkohol, illegalen Drogen und anderen berauschenden Mitteln steht. Bei der Einnahme von Medikamenten sind die entsprechenden Hinweise auf Einschränkungen, die für die Arbeit und die Teilnahme am Straßenverkehr bedeutsam sind, zu beachten.
- (2) Das Mitbringen von alkoholischen Getränken und illegalen Drogen in den Betrieb ist untersagt.
- (3) Über Ausnahmen von dieser Regelung für Veranstaltungen außerhalb der Arbeitszeit oder bei bestimmten betrieblichen Anlässen entscheidet die Leitung. Diese Ausnahmegenehmigung ist ausnahmslos auf den jeweiligen Anlass zu beschränken und schriftlich zu erteilen.

- (4) Alle Beschäftigten – insbesondere Führungskräfte – sind verpflichtet, auf die Einhaltung der vorstehenden Bestimmungen zu achten.

§ 7 Beseitigung von Ursachen für riskanten Suchtmittelkonsum

Als eine Ursache für einen riskanten Suchtmittelkonsum kommen besondere Belastungen in bestimmten Arbeitssituationen oder Fehlbeanspruchungen in Betracht. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsmanagement bzw. dem Arbeits- und Gesundheitsschutz werden gesundheitliche Gefährdungen durch die Arbeit geprüft und geeignete Maßnahmen ergriffen, um sie möglichst zu beseitigen. Zugleich wird geprüft, ob Beschäftigte durch spezifische Angebote der Gesundheitsförderung ihre Möglichkeiten zur Belastungsbewältigung erweitern können.

§ 8 Gefährdung der Arbeitssicherheit

- (1) Sind Beschäftigte durch Alkohol, illegale Drogen, Medikamente oder andere berauschende oder Wahrnehmung verändernde Mittel nicht in der Lage, die ihnen übertragenen Arbeiten ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, dürfen sie nach § 7 DGUV Vorschrift 1 nicht beschäftigt werden.
- (2) Folgendes Verfahren wird bei akuter Beeinträchtigung sicheren Arbeitens vereinbart:
 - a) Besteht aufgrund äußerer Anzeichen der Eindruck, dass ein/e Mitarbeiter/in unter Einfluss von berauschenden Mitteln steht, ist der/die Vorgesetzte aufgefordert einzugreifen. Auch Hinweisen aus dem Kreis der Beschäftigten ist mit der gebotenen Sorgfalt nachzugehen.
 - b) Die Entscheidung, die/den betreffende/n Mitarbeiter/in vom Arbeitsplatz zu entfernen, orientiert sich an den konkreten Auffälligkeiten im Auftreten und Verhalten. Ein Test ist hierfür nicht erforderlich.
 - c) Der/die Vorgesetzte zieht eine weitere Person als Beweishilfe hinzu und informiert möglichst unverzüglich den Betriebsrat.
 - d) Der/die Vorgesetzte hat die betroffene Person auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass sie sich zum Gegenbeweis einem Test auf Suchtmittelkonsum unterziehen oder bei Medikamenteneinnahme die Eignung für die Tätigkeit (betriebs-)ärztlich bestätigen lassen kann. Der Gegenbeweis ist unmittelbar, längstens innerhalb von zwei Stunden nach Ansprache anzutreten. Die Ergebnisse des Tests werden schriftlich vorgelegt.
 - e) Bestehen die Auffälligkeiten und die Gefährdung für sich oder andere fort, so darf die betroffene Person auch bei negativem Testergebnis nicht wieder eingesetzt werden. In diesem Fall dürfen ihr daraus keine Nachteile entstehen.
 - f) Wird die betroffene Person nach Hause entlassen, ist der Vorgesetzte verpflichtet, für einen sicheren Heimweg – ggf. durch einen begleiteten Heimtransport bis zur Wohnungstür – zu sorgen.
 - g) Ist die betroffene Person durch eigenes Verschulden an ihrer Arbeitsleistung verhindert, besteht für die ausgefallene Arbeitszeit kein Anspruch auf Entgelt. Die Kosten für den Heimtransport hat sie in diesem Fall selbst zu tragen.

- h) Eine Beeinträchtigung der Arbeitssicherheit kann auch durch suchtbedingtes Verhalten verursacht sein (z. B. Übermüdung bei Medienabhängigkeit). Hierbei ist das Verfahren nach Ziffer 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Konnte ein/e Mitarbeiter/in durch eigenes Verschulden ihre Arbeit aus Gründen der Sicherheit nicht antreten bzw. fortsetzen, führt der/die Vorgesetzte zeitnah das erste Stufengespräch nach dem Stufenplan (siehe Interventionsleitfäden im Anhang zu dieser Broschüre). Die Durchführung dieses Gesprächs gehört zu den Pflichten des Vorgesetzten.

§ 9 Frühzeitige Intervention

Im Rahmen gesundheitsorientierter Führung sind Auffälligkeiten am Arbeitsplatz möglichst frühzeitig anzusprechen, um einer Verfestigung von Problemsituationen und risikanten Bewältigungsmustern durch Suchtmittel- und Medikamentengebrauch sowie suchtbedingtem Verhalten vorzubeugen. (Siehe Anhang 2 und 3)

(1) Fürsorgegespräch

Bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten von Beschäftigten, die in Verbindung mit gesundheitlichen oder sozialen Problemen der Person gesehen werden, führt der/die Vorgesetzte ein Fürsorgegespräch. Es werden darin die wahrgenommenen Veränderungen angesprochen und es wird soziale Unterstützung angeboten, damit die akuten Probleme überwunden und weitere Auffälligkeiten vermieden werden können.

(2) Klärungsgespräch

Bei wiederholter Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten, die nicht unmittelbar oder nicht eindeutig im Zusammenhang zu einem Suchtmittelkonsum oder Suchtverhalten gesehen werden, führt der/die Vorgesetzte ein Klärungsgespräch. Steht das beanstandete Verhalten in Verbindung mit gesundheitlichen oder sozialen Problemen, gibt der/die Vorgesetzte Hinweise auf das interne Unterstützungssystem mit seinen Hilfeangeboten.

Durch Aufzeigen, welches Verhalten zukünftig konkret erwartet wird, lässt sich weiteren Fehlentwicklungen entgegensteuern. Die Ergebnisse des Gesprächs werden schriftlich festgehalten und der betroffenen Person ausgehändigt. Ein Rückmeldegespräch wird in etwa sechs bis acht Wochen festgelegt.

- (3) Bestehen die Auffälligkeiten fort, ohne dass ein Zusammenhang zu einem Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten erkennbar ist, entscheidet der/die Vorgesetzte im Zusammenwirken mit der internen Beratung bzw. Ansprechperson und der Personalabteilung sowie ggf. weiteren Fachkräften über die nächsten Schritte.
- (4) Sofern die Voraussetzungen des § 84 (2) SGB IX vorliegen, ist im Gespräch das Verfahren zum betrieblichen Eingliederungsmanagement anzubieten. Hierzu ist der Kontakt zum Eingliederungsteam herzustellen.

§ 10 Einstieg in den Stufenplan bei Auffälligkeiten in Folge von Suchtmittelgebrauch oder bei suchtbedingtem Verhalten

Der Einstieg in den Stufenplan erfolgt immer dann, wenn die Verletzung arbeitsvertraglicher Pflichten mit Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten einhergeht oder dadurch Störungen am Arbeitsplatz entstehen. Beim Stufenplan handelt es sich um eine systematische Folge von lösungsorientierten Interventionsgesprächen mit dem Ziel, bei dem/der auffällig gewordenen Mitarbeiter/in eine eigenverantwortliche Verhaltensänderung anzustoßen und die Bereitschaft zu verstärken, sich gegenüber Unterstützungsangeboten zu öffnen.

In oben genannten Fällen ist nach dem Stufenplan aus dem Interventionsleitfaden, der der BV beigefügt wird (siehe Anhang 2 und 3), zu verfahren. Der/die unmittelbare Vorgesetzte ist verpflichtet, den formellen Weg einzuleiten:

- (1) Stehen die Auffälligkeiten am Arbeitsplatz oder die Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten eines/einer Beschäftigten im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Suchtmitteln und Medikamenten oder suchtbedingtem Verhalten, so führt der/die verantwortliche Vorgesetzte mit ihm/ihr das 1. Stufengespräch. Sie/er leitet bei fortgesetzten Auffälligkeiten auch die weiteren Gespräche nach dem Stufenplan ein.
- (2) Den Personalverantwortlichen wird für die Vorbereitung und Durchführung von Interventionsgesprächen eine Handlungsanleitung zur Verfügung gestellt. Vor jedem Interventionsgespräch sollten sie sich mit einer der internen Ansprechpersonen in Verbindung setzen, um sich über die fallbezogen einzubringenden Hilfeangebote zu beraten.
- (3) Die weiteren Stufengespräche werden vom jeweils beteiligten Personenkreis ohne die betroffene Person vorbereitet. Die interne Ansprechperson kann dazu hinzugezogen werden. Es wird insbesondere abgestimmt, wie die Auffälligkeiten zu bewerten sind, welche Konsequenzen gezogen, welche Hilfeangebote und weiteren Auflagen gemacht und welche Sanktionen ggf. ausgesprochen werden sollen. Es wird außerdem die Rollenverteilung für die Gesprächsführung festgelegt.
- (4) Als Unterstützungsangebot wird der betroffenen Person zunächst empfohlen, sich durch die internen Ansprechpartner für Suchtfragen über Beratungsangebote informieren zu lassen. Im Weiteren erfolgt die Aufforderung, sich intern oder extern beraten zu lassen.
Die Aufforderung im Stufenplan, sich in Beratung und Behandlung zu begeben, weil eine Suchtgefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, ist ausschließlich ein Hilfeangebot. Dem betroffenen Mitarbeiter steht es frei, dieses anzunehmen.
- (5) Bei Vorliegen der arbeitsrechtlichen Voraussetzungen sind in den fortgeschrittenen Stufen des Stufenplans als Reaktion auf die Verletzung arbeitsvertraglicher Pflichten Ermahnungen und/oder Abmahnungen vorgesehen. Damit diese konstruktiv wirken können, sind sie jeweils mit einem konkreten Hilfeangebot zu verbinden. Der/die Mitarbeiter/in wird erneut nachdrücklich aufgefordert, sich in Beratung und/oder Therapie zu begeben. Dafür wird ihm/ihr Unterstützung zugesichert.

- (6) Räumt der/die angesprochene Mitarbeiter/in in oder nach einem solchen Stufengespräch ein Suchtproblem ein, so ändert dies zunächst nichts an den Voraussetzungen für die Ermahnung oder Abmahnung, da im Betrieb nicht festgestellt werden kann, ob eine Suchtgefährdung oder Abhängigkeitserkrankung vorliegt. Er/sie erhält in diesem Fall schriftlich eine Aufforderung, sich angesichts des eingeräumten Suchtproblems umgehend in Beratung und Behandlung zu begeben. Zugleich wird auch (noch einmal) festgestellt, dass es sich bei den beanstandeten Auffälligkeiten um Pflichtverletzungen handelt, die, wenn sie fortgesetzt auftreten, das Arbeitsverhältnis gefährden können.

§ 11 Präventives Eingliederungsmanagement und Fallbegleitung

- (1) Im 2. Stufengespräch wird unabhängig von den Voraussetzungen nach § 84 (2) SGB IX dem/der Beschäftigten ein betriebliches Eingliederungsmanagement als zusätzliche Hilfe angeboten, um auch betriebliche Faktoren zu berücksichtigen, die zur Veränderung des auffälligen Verhaltens und zur gesundheitlichen Stabilisierung beitragen können.
- (2) Für den Fall, dass der/die Beschäftigte die Möglichkeit annimmt, zieht das Eingliederungsteam die interne Beratung bzw. eine Ansprechperson hinzu, die sich für die Beteiligung am Verfahren des Eingliederungsmanagements qualifiziert hat.
- (3) Zur Erhöhung der Verbindlichkeit des Hilfeangebots spätestens ab der 3. Stufe des Stufenplans wird eine kontinuierliche Fallbegleitung (Case Management) eingerichtet. Die Gesprächsführenden des 3. Stufengesprächs legen in Abstimmung mit der internen Ansprechperson für Suchtfragen fest, wer im Einzelfall als Fallbegleiter infrage kommt. Mit Einverständnis der/des Beschäftigten bietet der Fallbegleiter Unterstützung bei der Aufnahme der Beratung, Begleitung während ambulanter und stationärer Behandlung sowie bei der Wiedereingliederung und in der anschließenden Stabilisierungsphase.

§ 12 Wiedereingliederung

- (1) Unmittelbar vor oder nach Abschluss einer Therapie führt der/die Vorgesetzte zusammen mit der internen Beratung bzw. der/die Fallmanager/in mit der betroffenen Person ein Gespräch, in dem es um die Möglichkeiten für eine erfolgreiche Wiedereingliederung am Arbeitsplatz geht. Ein Vertreter des Betriebsrats oder eine andere Person des Vertrauens können am Gespräch teilnehmen. Gegebenenfalls sind für die Wiedereingliederung noch weitere Fachkräfte oder Mitglieder des Eingliederungsteams hinzuzuziehen.
- (2) Über die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz hinaus kann ein Anspruch auf ein Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 (2) SGB IX bestehen und/oder dieses von dem/der Beschäftigten gewünscht werden.
- (3) Der/die Vorgesetzte führt in den folgenden zwei Jahren mindestens halbjährlich Bilanzgespräche mit dem/der Mitarbeiter/in.

- (4) Bewerben sich wegen Suchtproblemen entlassene Beschäftigte, die eine Therapie erfolgreich abgeschlossene haben, erneut bei der GmbH, so wird die Bewerbung wohlwollend geprüft. Bei Neueinstellung sollte analog zum Wiedereingliederungsverfahren vorgegangen werden.

§ 13 Vorgehen bei erneutem Konsum nach einer Therapie

- (1) Kommt es nach einer Intervention im Rahmen des Stufenplans lediglich zu einer vorübergehenden Änderung des Verhaltens des/der Beschäftigten und kommt es in der Folge erneut zur Vernachlässigung der arbeitsvertraglichen Pflichten, so wird der Stufenplan in der nächsten Stufe fortgesetzt.
- (2) Treten nach einer erfolgreich abgeschlossenen Entwöhnungstherapie erneute Auffälligkeiten bei dem betroffenen Mitarbeiter auf, so kommen unverzüglich diejenigen zusammen, die das letzte Stufenplangespräch geführt haben, sowie der Fallbegleiter oder eine (andere) interne Ansprechperson und beraten unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles über das weitere Vorgehen und darüber, welches Gespräch des Stufenplans nun ansteht.
Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein kurzzeitiges Wiederaufleben eines Suchtmittelkonsums nach einer Entwöhnungstherapie oder sonstigen Hilfemaßnahmen im Verlauf des Genesungsprozesses bei Abhängigkeitserkrankungen nicht untypisch ist. Eine schnelle Unterbrechung des gefährdenden Verhaltens ist in diesen Fällen jedoch angesagt, damit daraus kein Rückfall wird.

§ 14 Schweigepflicht, Personen- und Datenschutz

- (1) Die internen Ansprechpersonen sowie die an den Interventionsverfahren beteiligten Funktionsträger unterliegen der Schweigepflicht. Sie unterzeichnen vor Beginn der Tätigkeit eine entsprechende Erklärung. Personenbezogene Auskünfte insbesondere über Inanspruchnahme oder Inhalt der Beratung sind nur im Einzelfall und nur mit darauf beschränktem, schriftlich festgelegtem Einverständnis der beratenen Person erlaubt.
- (2) Für schriftliche Aufzeichnungen, die in Interventions- und Beratungsprozessen im Rahmen dieser BV entstehen und die personenbezogene Daten enthalten, sind die besonderen Anforderungen des Datenschutzes für sensible Daten zu beachten, d. h., sie sind innerhalb der Personalakte in geschlossenen Umschlägen zu verwahren oder in einer Nebenakte zu führen.
Die Verarbeitung der Angaben zur Gesundheit des Mitarbeiters und die Übermittlung von Daten an Dritte erfordern in jedem Einzelfall die schriftliche Einwilligung des betroffenen Mitarbeiters.
- (3) Aufzeichnungen von Interventionen bei riskantem Suchtmittelkonsum, die in die Personalakte aufgenommen werden, sind nach drei Jahren zu tilgen, sofern in diesem Zeitraum keine erneuten Auffälligkeiten aufgetreten sind.

§ 15 Interne Einrichtung für Suchtberatung

- (1) Es wird eine interne Suchtberatung eingerichtet. Die Beschäftigten haben das Recht, jederzeit Beratung in Anspruch zu nehmen. Die Wahrnehmung einer Beratung kann während der Arbeitszeit erfolgen.
- (2) Die interne Suchtberatung am Standort X wird von der Sozialberatung übernommen. Diese nimmt die Aufgabe als zentrale Ansprechperson für Suchtfragen wahr. Daneben werden in den Niederlassungen der GmbH weitere Ansprechpersonen nebenamtlich tätig.
- (3) Die internen Ansprechpersonen arbeiten auf der Grundlage dieser BV. Ihre Aufgaben umfassen
 - a) die **Prävention**, vor allem die Information der Beschäftigten, Vorbeugung des riskanten Konsums, Bereitstellung von Medien und Materialien, Beteiligung an Aktions- und Gesundheitstagen, Motivation zu Angeboten der Konsumreduzierung,
 - b) die **Beratung und Unterstützung** der Mitarbeiter/innen und deren Angehörige, der Personalverantwortlichen, betrieblichen Interessenvertretungen bei Fragen zum riskanten Suchtmittelgebrauch und zur Gefährdung von Arbeitssicherheit und Gesundheit und zu den Ansatzpunkten für ein lösungsorientiertes Vorgehen,
 - c) die **Erörterung der bei Interventionen anstehenden Gespräche und Schritte** sowie die begleitenden Hilfeangebote des Betriebes mit den Beteiligten, insbesondere mit den auffällig gewordenen Beschäftigten,
 - d) die **Beteiligung am betrieblichen Unterstützungssystem** mit Fachkräften aus dem Gesundheitsmanagement (Betriebsarzt, Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung) sowie dem Personalmanagement und die Förderung einer gut funktionierenden Zusammenarbeit, ebenso mit externen Beratungsstellen und therapeutischen Einrichtungen in der Region,
 - e) die **Begleitung von suchtgefährdeten Beschäftigten** in der Interventionsphase, während und nach ambulanter und/oder stationärer Therapie sowie in der Zeit der Wiedereingliederung und Stabilisierung,
 - f) die **Beteiligung an fachlichen Netzwerken** zur betrieblichen Suchtprävention und Gesundheitsförderung.
- (4) Die individuelle Beratung erfolgt fachlich weisungsfrei. Die betriebliche Unterstützung wird nach dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe angeboten.
- (5) Für alle im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms tätig werdenden Ansprechpersonen gelten die folgenden Standards:
 - a) Sie haben die Regeln der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten, auch gegenüber dem Steuerkreis.
 - b) Sie gewährleisten die Anforderungen des Datenschutzes für sensible Daten. Es wird sichergestellt, dass bei Telefonaten, die im Beratungszusammenhang geführt werden, die Zielrufnummern nicht erfasst werden.
 - c) Für Beratungen steht ein geeigneter Raum zur Verfügung.

- (6) Die internen Ansprechpersonen halten ihr Wissen zum Suchtgeschehen und zu den Methoden der Beratung auf dem aktuellen Stand. Sie erhalten und nutzen die Möglichkeit zur fachbezogenen Qualifizierung, Weiterbildung und Supervision und beteiligen sich an der Weiterentwicklung des Suchtpräventionsprogramms.
- (7) Die internen Ansprechpartner übernehmen keine Aufgaben, die in den Verantwortungsbereich der in § 4 genannten Funktionsträger fallen. Mitarbeitergespräche, das Einschreiten bei Gefährdung der Arbeitssicherheit oder andere Formen der Wahrnehmung von Führungsverantwortung bleiben in der alleinigen Verantwortung der jeweiligen Vorgesetzten.
Therapeutische Maßnahmen und die Anfertigung von Sozialberichten für die Einleitung einer Therapie gehören ebenfalls nicht zu den Aufgaben der internen Suchtberatung.

§ 16 Hauptamtliche Suchtberatung

- (1) Die Sozialberatung organisiert neben ihren Aufgaben nach § 15 in Abstimmung mit dem Steuerkreis die Maßnahmen im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms. Sie unterbreitet Vorschläge zur Beseitigung von im Betrieb liegenden Ursachen eines erhöhten Suchtmittelkonsums und liefert Beiträge zur Gesundheitsförderung sowie zur Personal- und Organisationsentwicklung.
- (2) Sie übernimmt die Geschäftsführung bzw. Koordination des Steuerkreises. In Abstimmung mit dem Steuerkreis wird ein Budget für die Arbeit zur Umsetzung dieser BV festgelegt.
- (3) Sie vertritt die Suchtprävention und Suchthilfe im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Sie ist zuständig für das interne Marketing des Suchtpräventionsprogramms und die innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit.
- (4) Die Sozialberatung koordiniert die Arbeit der nebenamtlichen Ansprechpersonen und steht ihnen beratend zur Seite. Bei entsprechender Ausbildung übernimmt sie auch deren Supervision.
- (5) Sie legt dem Steuerkreis einmal jährlich einen anonymisierten Bericht über ihre Tätigkeiten, den Stand der Zielerreichung in der Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb vor und erarbeitet mit ihm gemeinsam die Ziele für die weitere Arbeit.
- (6) Die Tätigkeit als zentrale Ansprechperson erfordert einschlägige fachliche Qualifikationen (Beratungskompetenzen, vertiefte Kenntnisse zu den Qualitätsstandards der betrieblichen Suchtprävention, soziale und strategische Kompetenzen sowie die Übersicht über die Strukturen des Betriebes).

§ 17 Nebenamtlich tätige Ansprechpersonen für Suchtfragen (AfS)

- (1) Die AfS werden für ihre Funktion von der GmbH schriftlich beauftragt. Sie nehmen in Absprache mit dem Steuerkreis und der Sozialberatung die Aufgaben nach § 15 der vorliegenden BV wahr oder beteiligen sich daran.

- (2) Ihre Tätigkeit in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe ist Arbeitszeit. Dies gilt auch für die Teilnahme an Schulungs- und Informationsveranstaltungen sowie für die eigene Fortbildung und Supervision. Ist in Ausnahmefällen ein Tätigwerden außerhalb der Arbeitszeit erforderlich, wird ein entsprechender Zeitausgleich gewährt.
- (3) Die AfS werden für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben in Abstimmung mit ihren Vorgesetzten von ihrer Arbeit freigestellt. Der Umfang richtet sich nach dem vom Steuerkreis festgesetzten Bedarf. Ihre Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen sind auf die besonderen Anforderungen aus der nebenamtlichen Tätigkeit abzustimmen. Den AfS dürfen aus ihrer Tätigkeit keine beruflichen Nachteile (z. B. Verdienstminderung, Nichtberücksichtigung beim Aufstieg) entstehen.
- (4) Mit den Aufgaben der AfS sollen einschlägig ausgebildete, mit dem aktuellen Stand betrieblicher Suchtpräventionsprogramme vertraute Kräfte beauftragt werden. Sofern sie noch nicht speziell für den betrieblichen Einsatz ausgebildet sind, ermöglicht die GmbH ihnen eine grundlegende Qualifizierung zur betrieblichen Ansprechperson für Suchtfragen.
- (5) Persönliche Erfahrungen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind keine Voraussetzung für die Tätigkeit als AfS, können aber nützlich sein. Zwischen erfolgreich abgeschlossener Therapie und dem Einsatz als AfS sollten jedoch mindestens zwei Jahre liegen.
- (6) Die AfS können jederzeit die betriebliche Funktion durch schriftliche Mitteilung an den Steuerkreis niederlegen.
Liegen Gründe vor, die aus Sicht des Arbeitgebers, des Betriebsrats oder des Kreises der internen Ansprechpartner die Entbindung von der Tätigkeit als AfS erfordern, so wird diese Entscheidung vom Steuerkreis einvernehmlich getroffen. Bei Nichteinigung entscheidet der Steuerkreis unter Einbezug eines externen Experten.
- (7) Die AfS legen dem Steuerkreis gemeinsam mit der Sozialberatung einmal jährlich einen anonymisierten Bericht ihrer Tätigkeit vor.

§ 18 Geltungsdauer und salvatorische Klausel

- (1) Die Betriebsvereinbarung tritt mit Wirkung vom XX in Kraft. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Schluss eines Kalenderjahres. Sie wirkt bis zum Abschluss einer neuen Betriebsvereinbarung nach.
- (2) Sollte eine Bestimmung dieser Betriebsvereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder ganz oder teilweise undurchführbar sein, so soll hierdurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dieser Betriebsvereinbarung und des Interventionsleitfadens im Anhang nicht berührt werden. Die Vertragsparteien verpflichten sich, eine unwirksame Vorschrift durch eine ihr inhaltlich möglichst entsprechende wirksame Vorschrift zu ersetzen.

Anhang zur Musterbetriebsvereinbarung

Der folgende Interventionsleitfaden dient den Personalverantwortlichen als Handlungsleitfaden und den Beschäftigten als Orientierung. Wenn eine Intervention bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten erfolgt, wird der Leitfaden für den Stufenplan im ersten Stufengespräch von der/dem Vorgesetzten an die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter ausgehändigt.

Anmerkungen zum Interventionsleitfaden

Frühzeitige Interventionen bei Auffälligkeiten haben sich nachweislich bewährt, um bei Beschäftigten die Bereitschaft zu verstärken, riskantes Verhalten zu verändern und sich gegenüber professioneller Beratung und fachgerechter Hilfe zu öffnen. Sie selbst können auf diesem Weg eine weitere Gefährdung ihrer Gesundheit vermeiden und Problemen am Arbeitsplatz vorbeugen. Die gestufte Intervention bei riskantem Suchtmittelgebrauch und suchtmittelbedingten Verhaltensweisen ist der beste Weg, um gesundheitlichen Gefährdungen am Arbeitsplatz systematisch und nachhaltig vorzubeugen.

Ziel dieses Interventionsleitfadens ist es,

- durch frühzeitige Intervention dem riskanten Konsum von Suchtmitteln und der Entwicklung von Suchtverhalten vorzubeugen,
- Vorgesetzte zu befähigen, bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz und speziell bei Suchtproblemen von Beschäftigten sachgerecht zu reagieren,
- den suchtmittelgefährdeten Mitarbeitern Hilfe anzubieten und ihnen Unterstützung zum eigenverantwortlichen Handeln zu geben,
- die betroffenen Personen zu motivieren, sich in Beratung und Behandlung zu begeben, um ihren Arbeitsplatz möglichst zu erhalten,
- ein für alle Beschäftigten nachvollziehbares und die Gleichbehandlung wahrendes Verfahren einzurichten.

Der Interventionsleitfaden umfasst vier Arten von Gesprächen: Fürsorge- und Klärungsgespräche (vgl. § 9) für frühe Interventionen bei gesundheitlichen und sozialen Auffälligkeiten sowie Stufengespräche und Rückmeldegespräche (§ 10) bei Auffälligkeiten in Verbindung mit Suchtmittelgebrauch und suchtmittelbedingten Verhaltensweisen.

Fürsorgegespräche gehören zur gesundheitsorientierten Führung und sollen der Verfestigung einer Situation vorbeugen. Bei persönlichen, gesundheitlichen oder sozialen Problemen, die am Arbeitsplatz sichtbar werden und bei Fortsetzung des Verhaltens die Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten erwarten lassen, führt der unmittelbare Vorgesetzte mit der betroffenen Person ein vertrauliches Gespräch. Ziel des Gesprächs ist es, der betroffenen Person frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung von Seiten des Arbeitgebers bzw. von der Führungskraft erwarten kann, wenn sie dies wünscht.

Das **Klärungsgespräch** setzt an, wenn schon eine Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstlicher Pflichten sichtbar wird. Ziel des Klärungsgesprächs ist es, eine Rückmeldung zu den Auffälligkeiten zu geben, die Erwartungen an das zukünftige Verhalten zu benennen und konkrete Schritte zu vereinbaren sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Das Klärungsgespräch ist aber nicht Bestandteil des Stufenplans.

Stufengespräche werden in einer systematischen Folge (Stufenplan) als Interventionsgespräche geführt, bei denen die Auffälligkeiten am Arbeitsplatz ausdrücklich mit Suchtmittelgebrauch und suchtmittelbedingten Verhaltensweisen in Verbindung gebracht werden. Jedes Gespräch enthält ein verbindliches Hilfeangebot. Die Gespräche werden immer offizieller, mit mehr Beteiligten und verstärkten Konsequenzen geführt.

Das **Rückmeldegespräch** findet statt, sofern nach einem Stufengespräch eine positive Veränderung eingetreten ist und keine weiteren Auffälligkeiten sichtbar geworden sind. Je nach Lage des Einzelfalls wird es ca. 6-12 bzw. 4-8 Wochen nach dem Interventionsgespräch angesetzt und ggf. in regelmäßigen Abständen über einen gewissen Zeitraum wiederholt. Ziel des Rückmeldegesprächs ist es, Beschäftigten eine Rückmeldung über beobachtbare positive Veränderungen sowie über die Einhaltung von Absprachen zu geben und ggf. weitere Entwicklungsschritte abzustimmen.

Bei erneuten Auffälligkeiten wird dagegen zeitnah das nächste Stufengespräch angesetzt.

Entwurf eines Interventionsleitfadens bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (Privatwirtschaft)

Frühzeitige Intervention bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten im Sinne gesundheitsorientierter Führung

Fürsorgegespräch

Das Fürsorgegespräch ist ein Mitarbeitergespräch bei **Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die zu Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld führen (können)**. Ziel ist es, den einzelnen Beschäftigten frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung vonseiten des Arbeitgebers bzw. des/der Vorgesetzten erwarten können, wenn sie dies wünschen. Das Gespräch beugt der Verfestigung einer Problemsituation und einer unpassenden Bewältigung durch Suchtmittelgebrauch vor. Es ist **nicht** Bestandteil des Stufenplans und hat keinen disziplinierenden Charakter, sondern dient ausschließlich der Rückspiegelung der wahrgenommenen Veränderungen und der Übermittlung eines sachgerechten Hilfeangebots.

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

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

Inhalt des Gesprächs:

- Persönlichen Eindruck ansprechen, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die auch am Arbeitsplatz sichtbar werden;
 - Wahrgenommene Veränderungen/Auffälligkeiten konkret benennen;
 - Frage danach, ob der/die Beschäftigte Unterstützung wünscht und wenn ja, in welcher Form;
 - Hinweis auf
- A** innerbetriebliche Hilfeangebote: z.B. soziale Ansprechpersonen, Mitarbeiterberatung, betriebsärztlicher Dienst, betriebliches Eingliederungsmanagement u. a.
- B** externe Hilfemöglichkeiten: Fachberatung, Coaching, Therapieangebote, Arzt u. a.



Klärungsgespräch

Das Klärungsgespräch setzt die (wiederholte) Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten oder Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld voraus. Diese werden in Zusammenhang mit gesundheitlichen oder sozialen Problemen des/der Beschäftigten gebracht, bei dem/der Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtes Verhalten nicht ausgeschlossen ist, dieses aber von der Führungskraft nicht eindeutig zugeordnet werden kann. Ziel des Klärungsgesprächs ist es, eine Rückmeldung zu den Auffälligkeiten zu geben, die Erwartungen an das zukünftige Verhalten zu benennen und konkrete Schritte zu vereinbaren sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Das Klärungsgespräch ist **nicht** Bestandteil des Stufenplans, kann diesem aber vorausgehen.

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

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten in Verbindung mit persönlichen, gesundheitlichen oder sozialen Problemen eines/einer Beschäftigten hat die/der unmittelbare Vorgesetzte mit diesem/dieser ein Gespräch zu führen.

Inhalt des Gesprächs:

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
 - Besorgnis ausdrücken, dass der /die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeitsverhalten auswirken und /oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
 - Wahrgenommene Veränderungen/Auffälligkeiten konkret benennen;
 - Aufzeigen der Erwartungen des /der Vorgesetzten an das weitere Arbeitsverhalten; zukünftiges Verhalten präzise beschreiben;
 - Hinweis auf
- A** innerbetriebliche Hilfeangebote: z.B. soziale Ansprechpersonen, Mitarbeiterberatung, betriebsärztlicher Dienst, betriebliches Eingliederungsmanagement u. a.
- B** externe Hilfemöglichkeiten: Fachberatung, Coaching, Therapieangebote, Arzt u. a.;
- Konkrete Vereinbarung weiterer Schritte;
 - Festlegen eines weiteren Gesprächs, um über die weitere Entwicklung des Verhaltens Rückmeldung zu geben (Rückmeldegespräch) in ca. 6-8 Wochen.

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

Interventionskette (Stufenplan) bei suchtmittel- oder suchtbedingten Auffälligkeiten

Stufenplangespräche setzen dort an, wo in Verbindung mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingtem Verhalten gegen arbeitsvertragliche oder dienstrechtliche Pflichten verstoßen wird oder diese vernachlässigt werden. Ziel der betrieblichen Intervention ist eine Korrektur des Arbeits- und Leistungsverhaltens. Die angesprochenen Beschäftigten erhalten ein Hilfeangebot, um sich frühzeitig intern oder extern über Gefährdungen informieren und beraten zu lassen. Ihnen wird empfohlen, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn

die Veränderung ihres Verhaltens aus eigener Kraft nicht gelingt, z. B. bei Suchtgefährdung oder einer Abhängigkeitserkrankung. Hierfür wird ihnen betriebliche Unterstützung zugesagt. Die Nichtannahme der Beratungs- und Hilfeangebote ist bei Arbeitnehmern/innen disziplinarisch nicht zu beanstanden, es sei denn, sie seien als Zusatz zum bestehenden Arbeitsvertrag vereinbart worden. Sanktioniert werden können im weiteren Verlauf bei ihnen nur die erneuten oder fortgesetzten Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten.

1. Gespräch: Einstieg in den Stufenplan

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

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten, die im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder mit suchtbedingtem Verhalten stehen, hat die/der unmittelbare Vorgesetzte – ggf. nach vorheriger fachlicher Beratung – mit der betroffenen Person ein Gespräch zu führen. Das Gespräch umfasst folgende Inhalte:

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
- Besorgnis ausdrücken, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeits- und Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
- Ansprechen des riskanten Suchtmittelkonsums oder des suchtbedingten Verhaltens und dass ein Zusammenhang zu den Problemen am Arbeitsplatz gesehen wird und dass deshalb dieses Gespräch im Rahmen des Stufenplans stattfindet;
- Hinweis auf den Stufenplan und das Vorgehen bei weiteren Auffälligkeiten (Aushändigen eines Exemplars des Stufenplans an die/den Beschäftigte/n);
- Aufzeigen der Erwartungen des/der Vorgesetzten an das zukünftige Arbeitsverhalten;
- Empfehlung, sich über die Möglichkeiten, weiteren Risiken vorzubeugen oder einer gesundheitlichen Gefährdung entgegenzuwirken, innerbetrieblich von der Ansprechperson für Suchtfragen und/oder von einer externen Fachberatung informieren zu lassen (Adressen von einschlägigen Fachberatungen);
- Konkrete Vereinbarung der weiteren Schritte;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in ca. 6-8 Wochen und Hinweis auf die Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens in nächster Zeit.

Das Gespräch bleibt vertraulich und hat keine personellen Konsequenzen. Der/die Vorgesetzte notiert sich Datum und Ergebnis des Gesprächs.

Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Gespräch 1

Bei erneuter
oder fortgesetzter
Auffälligkeit

2. Gespräch:

Beteiligte:

- Beschäftigte/r
- Unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächsthöhere/r Vorgesetzte/r bzw. Personalabteilung
- Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung (sollten zum Gespräch geladen werden, jedoch ist vor Gesprächsbeginn die Zustimmung der betroffenen Person einzuholen),
- Auf Wunsch der/des Beschäftigten auch die Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung.

Kommt es erneut zur Vernachlässigung der arbeitsvertraglichen Pflichten und/oder zu Störungen am Arbeitsplatz, verbunden mit Auffälligkeiten, die in Zusammenhang gesehen werden mit Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten, so ist von den zuständigen Vorgesetzten – nach vorheriger fachlicher Beratung – ein Personalgespräch mit folgendem Inhalt zu führen:

- Benennen der neuen Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des vorangegangenen Gesprächs;
- Zusammenhang zu Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten erneut aufzeigen;
- Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote (Name/Telefon Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – sofern vorhanden) und externe Beratungsmöglichkeiten aufzeigen (Adressen von Suchtberatungsstellen, suchtmedizinisch ausgebildeten Ärzten);
- Aufforderung, sich von einer internen Ansprechperson über mögliche Gefährdungen informieren zu lassen und eine Beratung aufzusuchen; (1)
- Ankündigung von Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten; Hinweis auf Stufenplan;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6-8 Wochen und Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens.

Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet.

Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Gespräch 2

3. Gespräch:

Beteiligte: wie im zweiten Gespräch, obligatorisch die Personalabteilung

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtes Verhalten, findet – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – ein Gespräch mit folgenden Inhalten statt:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt der vorangegangenen Gespräche;
- Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten herstellen;
- Hinweis auf interne Hilfeeinrichtungen durch Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung, (sofern noch nicht erfolgt) Kontaktaufnahme vereinbaren, um sich über Gefährdungen informieren zu lassen;
- Dringende Empfehlung, eine Beratungsstelle aufzusuchen (Adressen von Psychosozialen Beratungsstellen, Suchtberatungen); (1)(2)
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6-8 Wochen, Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens durch die/den Vorgesetzte/n.

Sofern arbeitsrechtlich die Voraussetzungen dafür vorliegen, wird bei Tarifbeschäftigten eine Abmahnung aus verhaltensbedingten Gründen ausgesprochen. Die schriftliche Abmahnung wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung erteilt.

Personelle Konsequenzen können darüber hinaus sein: individuelles Alkoholverbot zur Vermeidung von Gefährdungen u. a.

Liegt aus Sicht der/des Beschäftigten weder eine Suchtgefährdung noch eine -krankheit vor, so wird deutlich gemacht, dass weitere Verletzungen arbeitsvertraglicher Pflichten oder Störungen am Arbeitsplatz zur Kündigung bzw. disziplinarischen Konsequenzen führen können. Die weiteren Schritte des Stufenplans werden aufgezeigt.

Wenn die/der Beschäftigte darlegt, dass das Fehlverhalten bzw. die Schlechtleistung auf einer Suchtproblematik beruhen könnte, wird sie/er aufgefordert, sich in einer Fachstelle für Suchtprävention und Suchthilfe Informationen über die Gefährdungen von Sicherheit und Gesundheit sowie geeignete Angebote der Beratung und Therapie einzuholen. Wenn er/sie bereit ist, Beratung und ggf. Therapie in Anspruch zu nehmen, wird ihr/ihm hierfür Unterstützung zugesichert. Die Ansprechperson für Suchtfragen bzw. ein Personalverantwortlicher bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der/des Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten. Nach Möglichkeit wird ein Case Management eingerichtet. Es erfolgt ein Hinweis auf die weiteren Schritte des Stufenplans im Falle weiterhin bestehender oder neuer Auffälligkeiten.

Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Bei erneuter oder fortgesetzter Auffälligkeit

4. Gespräch:

Beteiligte: wie im dritten Gespräch

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtes Verhalten, findet – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – ein Gespräch mit folgenden Inhalten statt:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des dritten Stufengesprächs;
- Nachdrücklich den Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten herstellen;
- Sofern die/der Beschäftigte die angebotenen Hilfen nicht (mehr) in Anspruch nimmt, erfolgt schriftlich die dringende Empfehlung/Aufforderung, eine Beratungsstelle aufzusuchen und sich unmitelbar in Beratung oder Therapie zu begeben, da eine Suchtgefährdung nicht mehr ausgeschlossen werden kann; (1)
- Angebot von interner Hilfe; die Ansprechperson für Suchtfragen/ein Personalverantwortlicher/der Case Manager bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der/des Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten.
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in ca. 6-8 Wochen. Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens durch die Vorgesetzte/den Vorgesetzten sowie Hinweis auf weitere Rückmeldegespräche im vierteljährlichen Abstand für die Dauer eines Jahres.

Der/die Beschäftigte wird noch einmal darauf hingewiesen,

- dass der Arbeitgeber nicht länger bereit ist, das Fehlverhalten und/oder die Minderleistung hinzunehmen;
- dass im Falle einer Suchterkrankung die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist und u. U. eine krankheitsbedingte Kündigung erfolgen kann.

Liegt nach Auskunft der/des Beschäftigten ein Suchtproblem nicht vor, wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung eine zweite Abmahnung ausgesprochen, sofern die arbeitsrechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen.

Personelle Konsequenzen können darüber hinaus besondere Auflagen sein, z.B. individuelles Alkoholverbot, Absprachen für Kontaktaufnahmen mit dem Betriebsarzt, Meldung beim Vorgesetzten bei Arbeitsantritt u. a. Für eine Umsetzung und Änderungskündigung mit Herabgruppierung können die Voraussetzungen geprüft werden.

Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen und weiter vierteljährlich bis zum Ablauf eines Jahres

5. Gespräch:

Beteiligte: wie im vorangegangenen Gespräch

Ändert die/der Beschäftigte ihr/sein auffälliges Verhalten nicht, werden weiterhin Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten sichtbar und ist keine Besserung zu erwarten, dann kommt es – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – zum letzten Gespräch des Stufenplans. Werden die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch genommen,

- leitet die Personalabteilung das Kündigungsverfahren ein.
- Absprachen zur Wiedereinstellung nach erfolgreicher Therapie können im Einzelfall getroffen werden.

Rückmeldegespräch

Das Rückmeldegespräch findet statt, sofern nach einem Stufengespräch eine positive Veränderung eingetreten ist und keine weiteren Auffälligkeiten sichtbar geworden sind. Je nach Lage des Einzelfalls wird es in einem sinnvollen Abstand nach dem Interventionsgespräch angesetzt und

ggf. in einem bestimmten Zeitraum (regelmäßig) wiederholt. Ziel des Gesprächs ist es, eine Rückmeldung über die Einhaltung der Absprachen sowie über die als positiv wahrgenommenen Veränderungen zu geben. Bei erneuter Auffälligkeit wird dagegen das nächste Stufengespräch eingeleitet.

(1) Falls dies als Aufforderung formuliert wird und ein Nachweis darüber erbracht werden soll, sind die gesetzlichen Regeln des Persönlichkeits- und Datenschutzes zu beachten. Arbeitsrechtlich kann jedoch keine Sanktionierung erfolgen, wenn Beschäftigte der Aufforderung nicht nachkommen, falls dies aus ihren arbeitsvertraglichen Verpflichtungen nicht unmittelbar abgeleitet werden kann.

(2) Der Nachweis kann mündlich oder schriftlich, aber nur mit Einverständnis der betroffenen Person und erforderlicher Schweigepflichtsentbindung erfolgen.



Entwurf eines Interventionsleitfadens bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (Öffentlicher Dienst)

Frühzeitige Intervention bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten
im Sinne gesundheitsorientierter Führung

Fürsorgegespräch

Das Fürsorgegespräch ist ein Mitarbeitergespräch bei **Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die zu Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld führen (können)**. Ziel ist es, den einzelnen Beschäftigten frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung vonseiten des Arbeitgebers bzw. des/der Vorgesetzten erwarten können, wenn sie dies wünschen. Das Gespräch beugt der Verfestigung einer Problemsituation und einer unpassenden Bewältigung durch Suchtmittelgebrauch vor. Es ist **nicht** Bestandteil des Stufenplans und hat keinen disziplinierenden Charakter, sondern dient ausschließlich der Rückspiegelung der wahrgenommenen Veränderungen und der Übermittlung eines sachgerechten Hilfeangebots.

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

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

Inhalt des Gesprächs:

- Persönlichen Eindruck ansprechen, dass der /die Beschäftigte Probleme hat, die auch am Arbeitsplatz sichtbar werden;
 - Wahrgenommene Veränderungen/Auffälligkeiten konkret benennen;
 - Frage danach, ob der /die Beschäftigte Unterstützung wünscht und wenn ja, in welcher Form;
 - Hinweis auf
- A** innerbetriebliche Hilfeangebote: z.B. soziale Ansprechpersonen, Mitarbeiterberatung, betriebsärztlicher Dienst, betriebliches Eingliederungsmanagement u. a.
- B** externe Hilfemöglichkeiten: Fachberatung, Coaching, Therapieangebote, Arzt u. a.



Klärungsgespräch

Das Klärungsgespräch setzt die (wiederholte) Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten oder Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld voraus. Diese werden in Zusammenhang mit gesundheitlichen oder sozialen Problemen des/der Beschäftigten gebracht, bei dem/der Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtes Verhalten nicht ausgeschlossen ist, aber von der Führungskraft nicht eindeutig zugeordnet werden kann. Ziel des Klärungsgesprächs ist es, eine Rückmeldung zu den Auffälligkeiten zu geben, die Erwartungen an das zukünftige Verhalten zu benennen und konkrete Schritte zu vereinbaren sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Es ist nicht Bestandteil des Stufenplans, kann diesem aber vorausgehen.

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

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten in Verbindung mit persönlichen, gesundheitlichen oder sozialen Problemen eines / einer Beschäftigten hat die /der unmittelbare Vorgesetzte mit diesem /dieser ein Gespräch zu führen. Dies gilt auch für Beamtinnen und Beamte, soweit sich nicht aus dem Beamtenrecht / Disziplinarrecht Besonderheiten ergeben. Inhalt des Gesprächs:

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
 - Besorgnis ausdrücken, dass der /die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeitsverhalten auswirken und /oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
 - Wahrgenommene Veränderungen /Auffälligkeiten konkret benennen;
 - Aufzeigen der Erwartungen des /der Vorgesetzten an das weitere Arbeitsverhalten; zukünftiges Verhalten präzise beschreiben;
 - Hinweis auf
- A** innerbetriebliche Hilfeangebote: z.B. soziale Ansprechpersonen, Mitarbeiterberatung, betriebsärztlicher Dienst, betriebliches Eingliederungsmanagement u. a.
- B** externe Hilfemöglichkeiten: Fachberatung, Coaching,
- Therapieangebote, Arzt u. a.;
 - Konkrete Vereinbarung weiterer Schritte;
 - Festlegen eines weiteren Gesprächs, um über die weitere Entwicklung des Verhaltens Rückmeldung zu geben (Rückmeldeggespräch) in ca. 6-8 Wochen.

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

Interventionskette (Stufenplan) bei suchtmittel- oder suchtbedingten Auffälligkeiten

Stufenplangespräche setzen dort an, wo in Verbindung mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingtem Verhalten gegen arbeitsvertragliche oder dienstrechtliche Pflichten verstoßen wird oder diese vernachlässigt werden. Ziel der betrieblichen Intervention ist eine Korrektur des Arbeits- und Leistungsverhaltens. Die angesprochenen Beschäftigten erhalten ein Hilfeangebot, um sich frühzeitig intern oder extern über Gefährdungen informieren und beraten zu lassen. Ihnen wird empfohlen, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn die Veränderung ihres Verhaltens aus eigener

Kraft nicht gelingt, z. B. bei Suchtgefährdung oder einer Abhängigkeitserkrankung. Hierfür wird ihnen betriebliche Unterstützung zugesagt. Die Nichtannahme der Beratungs- und Hilfeangebote ist bei Tarifbeschäftigten disziplinarisch nicht zu beanstanden, es sei denn, sie seien als Zusatz zum bestehenden Arbeitsvertrag vereinbart worden. Sanktioniert werden können im weiteren Verlauf bei ihnen nur die erneuten oder fortgesetzten Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten. Zu den dienstrechtlichen Pflichten des Beamten/der Beamtin gehört dagegen auch die Pflicht zur Gesunderhaltung.

1. Gespräch: Einstieg in den Stufenplan

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

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

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten, die im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder mit suchtbedingtem Verhalten stehen, hat die/der unmittelbare Vorgesetzte – ggf. nach vorheriger fachlicher Beratung – mit der betroffenen Person ein Gespräch zu führen. Das Gespräch umfasst folgende Inhalte:

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
- Besorgnis ausdrücken, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeits- und Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
- Ansprechen des riskanten Suchtmittelkonsums oder des suchtbedingten Verhaltens und dass ein Zusammenhang zu den Problemen am Arbeitsplatz gesehen wird und dass deshalb dieses Gespräch im Rahmen des Stufenplans stattfindet;
- Hinweis auf den Stufenplan und das Vorgehen bei weiteren Auffälligkeiten (Aushändigen eines Exemplars des Stufenplans an die/den Beschäftigte/n);
- Aufzeigen der Erwartungen des/der Vorgesetzten an das zukünftige Arbeitsverhalten;
- Empfehlung, sich über die Möglichkeiten, weiteren Risiken vorzubeugen oder einer gesundheitlichen Gefährdung entgegenzuwirken, innerbetrieblich von der Ansprechperson für Suchtfragen und/oder von einer externen Fachberatung informieren zu lassen (Adressen von einschlägigen Fachberatungen);
- Konkrete Vereinbarung der weiteren Schritte;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in ca. 6-8 Wochen und Hinweis auf die Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens in nächster Zeit.

Das Gespräch bleibt vertraulich und hat keine personellen Konsequenzen. Der/die Vorgesetzte notiert sich Datum und Ergebnis des Gesprächs. Die Maßnahmen gelten auch für Beamtinnen und Beamte, soweit sich nicht aus dem Beamtenrecht/Disziplinarrecht Besonderheiten ergeben.

Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Gespräch 1

Bei erneuter
oder fortgesetzter
Auffälligkeit

2. Gespräch:

Beteiligte:

- Beschäftigte/r
- Unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächsthöhere/r Vorgesetzte/r bzw. Personalabteilung
- Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung (sollten zum Gespräch geladen werden, jedoch ist vor Gesprächsbeginn die Zustimmung der betroffenen Person einzuholen),
- Auf Wunsch der/des Beschäftigten auch die Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung.

Kommt es erneut zur Vernachlässigung der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und/oder zu Störungen am Arbeitsplatz, verbunden mit Auffälligkeiten, die in Zusammenhang gesehen werden mit Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten, so ist von den zuständigen Vorgesetzten – nach vorheriger fachlicher Beratung – ein Personalgespräch mit folgendem Inhalt zu führen:

- Benennen der neuen Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des vorangegangenen Gesprächs;
- Zusammenhang zu Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten erneut aufzeigen;
- Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote (Name/Telefon Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – sofern vorhanden) und externe Beratungsmöglichkeiten aufzeigen (Adressen von Suchtberatungsstellen, suchtmedizinisch ausgebildeten Ärzten);
- Aufforderung, sich von einer internen Ansprechperson über mögliche Gefährdungen informieren zu lassen und eine Beratung aufzusuchen; (1)
- Ankündigung von Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten; Hinweis auf Stufenplan;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6-8 Wochen und Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens.

Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. Die Maßnahmen gelten auch für Beamtinnen und Beamte, soweit sich nicht aus dem Beamtenrecht/ Disziplinarrecht Besonderheiten ergeben.

Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Gespräch 2

3. Gespräch:

Beteiligte: wie im zweiten Gespräch, obligatorisch die Personalabteilung

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtes Verhalten, findet – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – ein Gespräch mit folgenden Inhalten statt:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt der vorangegangenen Gespräche;
- Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten herstellen;
- Hinweis auf interne Hilfeangebote durch Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung, (sofern noch nicht erfolgt) Kontaktaufnahme vereinbaren, um sich über Gefährdungen informieren zu lassen;
- Dringende Empfehlung, eine Beratungsstelle aufzusuchen (Adressen von Psychosozialen Beratungsstellen, Suchtberatungen); (1)(2)
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6-8 Wochen, Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens durch die/den Vorgesetzte/n.

Sofern arbeitsrechtlich die Voraussetzungen dafür vorliegen, wird bei Tarifbeschäftigten eine Abmahnung aus verhaltensbedingten Gründen ausgesprochen. Die schriftliche Abmahnung wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung erteilt. Bei Beamten/Beamtinnen sind entsprechende disziplinarische Schritte zu prüfen.

Personelle Konsequenzen können darüber hinaus sein: individuelles Alkoholverbot zur Vermeidung von Gefährdungen u. a. Liegt aus Sicht der/des Beschäftigten weder eine Suchtgefährdung noch eine -krankheit vor, so wird deutlich gemacht, dass weitere Verletzungen arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten oder Störungen am Arbeitsplatz zur Kündigung bzw. disziplinarischen Konsequenzen führen können. Die weiteren Schritte des Stufenplans werden aufgezeigt.

Wenn die /der Beschäftigte darlegt, dass das Fehlverhalten bzw. die Schlechtleistung auf einer Suchtproblematik beruhen könnte, wird sie/er aufgefordert, sich in einer Fachstelle für Suchtprävention und Suchthilfe Informationen über die Gefährdungen von Sicherheit und Gesundheit sowie geeignete Angebote der Beratung und Therapie einzuholen. Wenn er/sie bereit ist, Beratung und ggf. Therapie in Anspruch zu nehmen, wird ihr/ihm hierfür Unterstützung zugesichert. Die Ansprechperson für Suchtfragen bzw. ein Personalverantwortlicher bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der /des Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten. Nach Möglichkeit wird ein Case Management eingerichtet. Es erfolgt ein Hinweis auf die weiteren Schritte des Stufenplans im Falle weiterhin bestehender oder neuer Auffälligkeiten.

Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Bei erneuter oder fortgesetzter Auffälligkeit

4. Gespräch:

Beteiligte: wie im dritten Gespräch

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und /oder Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtes Verhalten, findet – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen / Mitarbeiterberatung – ein Gespräch mit folgenden Inhalten statt:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des dritten Stufengesprächs;
- Nachdrücklich den Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten herstellen;
- Sofern die /der Beschäftigte die angebotenen Hilfen nicht (mehr) in Anspruch nimmt, erfolgt schriftlich die dringende Empfehlung/Aufforderung, eine Beratungsstelle aufzusuchen und sich unmittelbar in Beratung oder Therapie zu begeben, da eine Suchtgefährdung nicht mehr ausgeschlossen werden kann; (1)
- Angebot von interner Hilfe; die Ansprechperson für Suchtfragen/ein Personalverantwortlicher /der Case Manager bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der /des Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten.
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in ca. 6-8 Wochen. Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens durch die Vorgesetzte /den Vorgesetzten sowie Hinweis auf weitere Rückmeldegespräche im vierteljährlichen Abstand für die Dauer eines Jahres.

Der /die Beschäftigte wird noch einmal darauf hingewiesen,

- dass der Arbeitgeber nicht länger bereit ist, das Fehlverhalten und /oder die Minderleistung hinzunehmen;
- dass im Falle einer Suchterkrankung die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist und u. U. eine krankheitsbedingte Kündigung erfolgen kann bzw. bei Beamtinnen und Beamten die Entfernung aus dem Dienst beantragt werden kann.

Liegt nach Auskunft der /des Beschäftigten ein Suchtproblem nicht vor, wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung eine zweite Abmahnung ausgesprochen, sofern die arbeitsrechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Vergleichbare Maßnahmen gelten auch für Beamtinnen und Beamte, soweit sich nicht aus dem Beamtenrecht /Disziplinarrecht Besonderheiten ergeben. Personelle Konsequenzen können darüber hinaus besondere Auflagen sein, z.B. individuelles Alkoholverbot, Absprachen für Kontaktaufnahmen mit dem Betriebsarzt, Meldung beim Vorgesetzten bei Arbeitsantritt u. a. Für eine Umsetzung und Änderungskündigung mit Herabgruppierung können die Voraussetzungen geprüft werden.

Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen und weiter vierteljährlich bis zum Ablauf eines Jahres

5. Gespräch:

Beteiligte: wie im vorangegangenen Gespräch

Ändert die /der Beschäftigte ihr /sein auffälliges Verhalten nicht, werden weiterhin Verstöße gegen arbeitsvertragliche /dienstliche Pflichten sichtbar und ist keine Besserung zu erwarten, dann kommt es – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen /Mitarbeiterberatung – zum letzten Gespräch des Stufenplans. Werden die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch genommen,

- leitet die Personalabteilung bei Tarifbeschäftigten das Kündigungsverfahren ein. Bei Beamtinnen und Beamten können entsprechende disziplinarische Schritte gewählt werden, soweit sich nicht aus dem Beamten-/Disziplinarrecht Besonderheiten ergeben.
- Absprachen zur Wiedereinstellung nach erfolgreicher Therapie können im Einzelfall getroffen werden.

Rückmeldegespräch

Das Rückmeldegespräch findet statt, sofern nach einem Stufengespräch eine positive Veränderung eingetreten ist und keine weiteren Auffälligkeiten sichtbar geworden sind. Je nach Lage des Einzelfalls wird es in einem sinnvollen Abstand nach dem Interventionsgespräch angesetzt und

ggf. in einem bestimmten Zeitraum (regelmäßig) wiederholt. Ziel des Gesprächs ist es, eine Rückmeldung über die Einhaltung der Absprachen sowie über die als positiv wahrgenommenen Veränderungen zu geben. Bei erneuter Auffälligkeit wird dagegen das nächste Stufengespräch eingeleitet.

[1] Falls dies als Aufforderung formuliert wird und ein Nachweis darüber erbracht werden soll, sind die gesetzlichen Regeln des Persönlichkeits- und Datenschutzes zu beachten. Die Aufforderung ist für Beamte/Beamtinnen dienstrechtlich verbindlich. Arbeitsrechtlich kann jedoch keine Sanktionierung erfolgen, wenn Tarifbeschäftigte der Aufforderung nicht nachkommen, falls dies aus ihren arbeitsvertraglichen Verpflichtungen nicht unmittelbar abgeleitet werden kann.

[2] Der Nachweis kann mündlich oder schriftlich, aber nur mit Einverständnis der betroffenen Person und erforderlicher Schweigepflichtsentbindung erfolgen.

Literatur

Anderson, Peter; Møller, Lars; Galea, Gauden (Ed.)

Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches

Copenhagen: World Health Organization, Regional Office für Europe, 2012

Badura, Bernhard et al. (Hrsg.)

Fehlzeiten-Report 2014, Schwerpunktthema: Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten

Berlin: Springer, 2014

Badura, Bernhard et al. (Hrsg.)

Fehlzeiten-Report 2015, Schwerpunktthema: Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement

Berlin: Springer, 2015

BARMER GEK (Hrsg.)

Gesundheitsreport 2012: Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit

Wuppertal, 2013

BARMER GEK;

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Alkohol am Arbeitsplatz – Eine Praxishilfe für Führungskräfte

Wuppertal; Hamm, 2014

Bundesverband;

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Schlaf- und Beruhigungsmittel am Arbeitsplatz. Informationen und Hilfen für Multiplikatoren

Essen; Hamm, 2007

BKK Bundesverband; Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (Hrsg.)

Psychisch krank im Job. Was tun?

Essen, 2011

Brand, Hanna et al.

Suchthilfe in Deutschland 2013 – Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS).

München, 2014

Internet: www.suchthilfestatistik.de

(Zugriff: 06.02.2015)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)

Alles klar, Tipps & Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol

Köln, 2012

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)

Alkoholfrei leben, Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen

Köln, 2012

Bundesverband der Unfallkassen;

Deutscher Verkehrssicherheitsrat (Hrsg.)

Suchtprobleme im Betrieb: Alkohol, Medikamente, illegale Drogen

Frankfurt/Main, 2004

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)

Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Neue Entwicklungen und Trends, Deutschland, Drogensituation 2012/2013

München, 2014

Internet: www.dbdd.de (Zugriff:

06.02.2015)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)

Die Sucht und ihre Stoffe: Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe, Faltblätter 1 bis 8

Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(Hrsg.)

Alkoholabhängigkeit

Hamm, 2015

(Suchtmedizinische Reihe; Bd. 1)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(Hrsg.)

**Gemeinsam mehr erreichen! Frauen.
Medikamente. Selbsthilfe. Ein Handbuch**

Hamm, 2013

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(Hrsg.)

Jahrbuch Sucht 2006

Jahrbuch Sucht 2010

Geesthacht: Neuland Verlag

Jahrbuch Sucht 2012

Jahrbuch Sucht 2013

Jahrbuch Sucht 2014

Jahrbuch Sucht 2015

Jahrbuch Sucht 2016

Lengerich: Pabst

(das Jahrbuch „Sucht“ erscheint jährlich)

Die Drogenbeauftragte der
Bundesregierung

Drogen- und Suchtbericht Mai 2013

Berlin, 2013

http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/BMG_Drogen-_und_Suchtbericht_2013_WEB_Gesamt.pdf (Zugriff: 06.02.2015)

Fachverband Sucht; Verband Deutscher
Betriebs- und Werksärzte (Hrsg.)

**Suchtprobleme in Klein- und Kleinstbetrieben:
Ein praxisorientierter Leitfaden
für Führungskräfte**

Bonn, Karlsruhe: 2014

Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich

**Diagnostisches und Statistisches Manual
Psychischer Störungen DSM-5®**

Herausgeber: American Psychiatric Association

Göttingen (u. a.): Hogrefe, 2015

Fleck, Jürgen

**Zwischen Tabuisierung und rigider
Kontrolle – rechtliche Aspekte des
betrieblichen Umgangs mit Konsumenten
illegaler Drogen in der Arbeitswelt**

in: Mentoring für Ausbilder/innen in
Unternehmen mit Internationaler
Unternehmensführung (MAI)

10. Information zum Thema „Sucht und
Abhängigkeit im betrieblichen Alltag
Offenbach, 2008

Franke, Alexa et al.

**Alkohol- und Medikamenten-
abhängigkeit bei Frauen – Risiken
und Widerstandsfaktoren**

Weinheim; München: Juventa, 2001

Fuchs, Reinhard; Rainer, Ludwig;

Rummel, Martina (Hrsg.)

Betriebliche Suchtprävention

Göttingen: Verlag für Angewandte
Psychologie, 1998

Fuchs, Reinhard; Resch, Martin

**Alkohol und Arbeitssicherheit. Arbeitsma-
nual zur Vorbeugung und Aufklärung**

Göttingen: Hogrefe, 1996

Giesert, Marianne; Danigel, Cornelia;

Reuter, Tobias (Hrsg.)

Sucht im Betrieb

**Von der Suchtprävention zum Betriebli-
chen Eingliederungsmanagement**

Hamburg: VSA: Verlag 2012

Hauptverband der gewerblichen
Berufsgenossenschaften; Deutscher
Verkehrssicherheitsrat (Hrsg.)
Suchtprobleme im Betrieb
Bonn: BC Verlags- und Mediengesell-
schaft, 2007

Honsa, Hans-Jürgen
**Alkohol- und Drogenmissbrauch im
öffentlichen Dienst**
2. Aufl.
Bielefeld; München: Erich Schmidt Verlag,
2005

Kraus, Ludwig; Pabst, Alexander (Gasthg.)
Epidemiologischer Suchtsurvey 2009
Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und
Praxis, Jg. 56 (2010), H. 5

Kraus, Ludwig; Piontek, Daniela (Gasthg.)
Epidemiologischer Suchtsurvey 2012
Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und
Praxis, Jg. 59 (2013), H. 6

Parnefjord, Ralph
Das Drogentaschenbuch
5. Aufl.
Stuttgart; New York: Thieme, 2005

Rehwald, Rainer et al.
**Betriebliche Suchtprävention und Sucht-
hilfe. Handbuch der IG Metall**
2. Aufl.
Frankfurt am Main: IG Metall, 2012

Rummel, Martina; Rainer, Ludwig;
Fuchs, Reinhard
Alkohol im Unternehmen
Göttingen: Hogrefe, 2004

Statistisches Bundesamt (Hrsg.):
**Verkehrsunfälle 2013. Unfälle unter dem
Einfluss von Alkohol oder anderen be-
rauschenden Mitteln im Straßenverkehr.**
Wiesbaden, 2014
Internet: www.destatis.de (Zugriff:
03.02.2015)

Stiftung Warentest: Test – Spezial
Medikamente, Sonderheft November 2014
Internet: www.test.de (Zugriff: 06.02.2015)

Wienemann, Elisabeth; Schumann, Günter
**Qualitätsstandards in der betrieblichen
Suchtprävention und Suchthilfe der Deut-
schen Hauptstelle für Suchtfragen**
Überarbeitete Fassung
Hamm: Deutsche Hauptstelle für Sucht-
fragen, 2011
Internet: www.dhs.de (Zugriff 25.04.2016)

Techniker Krankenkasse (TK) (Hrsg.)
Bleib locker, Deutschland!
TK-Studie zur Stresslage der Nation
Hamburg, 2013

Wienemann, Elisabeth
**Vom Alkoholverbot zum Gesundheits-
management. Entwicklung der
betrieblichen Suchtprävention
von 1800 bis 2000**
Stuttgart: ibidem-Verlag, 2000.

Die DHS

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbände. Dazu gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchtkrankenhilfe und Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. Die DHS koordiniert und unterstützt die Arbeit der Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.
Postfach 1369, 59003 Hamm
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

Die DHS im Internet (www.dhs.de)

Über die Internetseite der DHS sind alle wichtigen Daten, Fakten und Publikationen zu Suchtfragen verfügbar. Fachinformationen (Definitionen, Studien, Statistiken etc.) und Fachveröffentlichungen sind einzusehen und zu einem Großteil auch herunterzuladen. Gleichzeitig wird der Zugang zu allen Broschüren und Faltblättern sichergestellt.

www.suchthilfverzeichnis.de

Die Einrichtungsdatei ermöglicht den schnellen Zugang zu Hilfeangeboten der Beratungs- und Behandlungsstellen und der Selbsthilfe in Deutschland.



DHS-Publikationen, Informationsmaterialien

Die DHS gibt zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus. Viele dieser Materialien können auch in größerer Stückzahl über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden: www.dhs.de/informationsmaterial

Bibliothek der DHS

Die Bibliothek der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) ist eine öffentlich zugängliche, wissenschaftliche Fachbibliothek. Der Bestand steht der interessierten Öffentlichkeit zur persönlichen und beruflichen Information, zum Studium und zur Weiterbildung zur Verfügung.

Der Bibliotheksbestand umfasst über 39.000 Titel und wächst kontinuierlich um ca. 1.000 Medieneinheiten pro Jahr. Er gliedert sich in zwei Bereiche:

- Der „aktuelle“ Bestand (Erscheinungsjahr: ab 1950)
- Das historische Archiv (Erscheinungsjahr: ab 1725)

Über die Internetseite www.dhs.de ist der gesamte Bestand der Bibliothek online recherchierbar.

Internetportal „Sucht am Arbeitsplatz“ (www.sucht-am-arbeitsplatz.de)

Die DHS und die BARMER GEK bieten seit April 2012 ein Internetportal zum Thema „Sucht am Arbeitsplatz“ an. Die umfassende Informationsplattform zur Suchtproblematik in Betrieben und Verwaltungen dient der Unterstützung und Beratung aller Interessierten zu Themen rund um die Vorbeugung, Hilfe und Lösung von Problemen mit Suchtmitteln und/oder Suchtverhalten in der Arbeitswelt. Dabei richtet sich die Seite an Führungskräfte, Personalverantwortliche, Arbeitnehmervertreter/-innen und Beschäftigte selbst. Neben Hintergrundinformationen über die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe finden Besucher und Besucherinnen auf der Seite auch Orientierungshilfen und Praxisbeispiele.



Impressum

Herausgeber

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.
Postfach 1369
59003 Hamm
Tel. 02381 9015-0
Fax 02381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann, Peter Raiser, Christa Merfert-Diete

Text

Ute Pegel-Rimpl, Hannover

Gestaltung

STADTLANDFLUSS, Frankfurt

Druck

Kunst- und Werbedruck, Bad Oeynhausen

Auflage

11.10.07.16
11. Auflage, Juni 2016

Diese Broschüre wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Postfach 1369, 59003 Hamm (info@dhs.de), und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 50819 Köln (order@bzga.de), kostenfrei abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.
Bestellnummer: 33240000



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4 | 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
info@dhs.de | www.dhs.de



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit