

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration



21. NIEDERSÄCHSISCHE SUCHTKONFERENZ 11|2011

Tüchtig und oder Süchtig?

Süchte und Suchtprävention
in der Arbeitswelt

Berichte zur Suchtkrankenhilfe 2011



Niedersachsen

Impressum

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Redaktion:
Sabine Erven
Sandra Exner
Thomas Altgeld

Layoutkonzept und Gestaltung:
Homann Güner Blum,
Visuelle Kommunikation,
Hannover

Druck:
Unidruck, Hannover

Tüchtig und oder Süchtig?

Süchte und Suchtprävention
in der Arbeitswelt

Tüchtig und/oder Süchtig?

Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt

Das Thema „Sucht am Arbeitsplatz – Prävention und Hilfen“ hat nichts an Aktualität verloren.

Weiterhin lauten die entscheidenden Fragen:

Welche neuen Entwicklungen sind heute zu verzeichnen?

Wie wird es weiter voran gehen?

Auf sehr unterschiedlichen Wegen kann man sich dem Thema „Arbeitswelt und Sucht“ nähern. Eine Betrachtungsperspektive ist: Arbeit als Ort der Sucht. Der Mensch verbringt einen bedeutenden Teil seines Lebens am Orte seiner Arbeit, seiner beruflichen Tätigkeit. Eine Abhängigkeitserkrankung ist nicht nur eine anerkannte Erkrankung, sie ist ein chronisches Leiden. Sein chronisches Leiden hat der Mensch somit auch dort, wo er arbeitet. Er kann seine Sucht in den beruflichen Alltag importieren – mit all den Problemen, die dieses Krankheitsbild hat.

Eine weitere Betrachtungsperspektive ist: Arbeit als Mitursache oder Ursache der Sucht. Arbeit, das wissen wir, kann ein krankmachender Stressfaktor und damit Mitverursacher oder sogar Verursacher für eine Suchterkrankung sein. Gesundheitliche Risiken aus der Arbeitswelt entstehen dann, wenn die Anforderungen an Beschäftigte

zu hoch und Ressourcen zu deren Bewältigung nicht vorhanden oder erschöpft sind. Berufliche Belastung kann zu individuell unterschiedlicher Beanspruchung führen. D.h. was der eine wegsteckt, macht den anderen schon krank. Wissenschaftlich belegt ist, dass hohe Anforderungen und geringe Gestaltungsmöglichkeiten bei gleichzeitig fehlender sozialer Unterstützung das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen.

Zeitdruck, hohe psychische Anspannung, Versagensängste, Leistungs- und Erfolgsdruck gepaart mit mangelnder Bewegung und Fehlhaltungen am Arbeitsplatz – kurzum negativer Dauerstress – können nicht nur zu Rückenproblemen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychischer Erschöpfung führen. Häufig findet ein „Stressabbau“ über gesundheitsriskantes Verhalten wie Rauchen, Fehlernährung und Missbrauch von Alkohol und Medikamenten statt.

Neben der wichtigen Frage, welche Faktoren am Arbeitsplatz zur Entstehung von Missbrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln beitragen, stellt sich sehr schnell die Frage: Was kann und was muss wer für wen tun?

Suchterkrankungen in der Arbeitswelt bedeuten auch Fehlzeiten durch Krankheit oder Absentismus. Sie erhöhen insbesondere in der Industrie, aber auch in risikoreichen staatlichen Berufen, was häufig vergessen wird, das Unfallrisiko und dieses auch für beteiligte Dritte. Fehlzeiten durch eine Suchterkrankung oder durch sie verursachte Unfälle kosten den Unternehmen Geld. Industrie und Wirtschaft, aber auch der Staat als Arbeitgeber in großen Verwaltungen, haben deshalb auch aus betriebswirtschaftlichen Gründen ein originäres Interesse, Fehlzeiten zu reduzieren und Unfallrisiken möglichst zu minimieren.

Arbeitsvertragsrechtliche Aspekte erschweren das Thema „Sucht am Arbeitsplatz“ erheblich. Sie führen, vorsichtig ausgedrückt, zu besonderen Facetten in der Betrachtung. Deshalb ist es z.B. sehr wichtig, dass die niedersächsische Landesverwaltung und auch sehr viele Großunternehmen der freien Wirtschaft zum Thema „Sucht und Suchtprävention am Arbeits-

platz“ frühzeitig Interventionspläne zwischen Arbeitgebern, Betriebs- und Personalräten, den Zuständigen im Arbeits- und Gesundheitsschutz, der Schwerbehindertenvertretung und der Gleichstellungsbeauftragten entwickelt haben.

So hat das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration mit den übrigen Ministerien 2006 eine Rahmenempfehlung zur Suchtprävention und Suchthilfe in der niedersächsischen Landesverwaltung vorgestellt. Mit der Empfehlung soll den Sucht- und Missbrauchsproblemen in der Landesverwaltung nachhaltig begegnet werden. Durch Stufenpläne des Handelns von Personalverantwortlichen werden Standards gesetzt und Rahmen vorgegeben. Sie dienen dem Schutz der Betroffenen, sollen aber auch der dem Arbeitgeber geschuldeten Arbeitsleistung Rechnung tragen.

Wissend um die Relevanz der Belastungen in der Arbeitswelt und vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Suchtentstehung sollte aber heutzutage insbesondere die Suchtprävention in der Arbeitswelt im Fokus stehen. Die betriebliche Suchtprävention legt das Schwergewicht auf die Vorbeugung von

gesundheitlichen Gefährdungen durch riskanten Umgang mit Suchtmitteln bzw. durch suchtbedingte Verhaltensweisen von Beschäftigten. Auf der betrieblichen Seite geht es um die Reduzierung substanzbedingter Störungen und Risiken am Arbeitsplatz, um den Abbau von den Suchtmittelkonsum fördernden Arbeitsbedingungen sowie um Maßnahmen zur Einschränkung des Suchtmittelkonsums. Aber es geht auch um die Stärkung persönlicher und sozialer Kompetenzen bei den Beschäftigten und um die Stärkung der Veränderung gesundheitsriskanten Verhaltens. Insofern ist die Suchtprävention eng mit dem Gesundheitsmanagement und der Personalentwicklung verknüpft.

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist ein systematisches Vorgehen, welches darauf abzielt, die arbeitsbedingten Belastungen der Beschäftigten zu reduzieren und die individuellen und kollektiven Gesundheitsressourcen zu stärken. Betriebliches Gesundheitsmanagement setzt deshalb sowohl bei den Organisations- und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten als auch bei ihrem Verhalten, ihren Fähigkeiten und Kompetenzen zur Bewältigung der Anforderungen

an. Es geht darum, Arbeitsbelastungen abzubauen und menschenwürdige Arbeitsbedingungen zu schaffen, unter denen Beschäftigte langfristig gesund bleiben.

Heute sollten deshalb betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe als Teil des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und wichtiges Element des modernen Personal- und Gesundheitsmanagements sowohl in der öffentlichen Verwaltung, als auch in wirtschaftlichen Unternehmen aller Größenordnungen fest verankert sein.

Im Rahmen der Suchtkonferenz wurden diese Handlungsstränge eng miteinander verknüpft. Die folgende Tagungsdokumentation zeigt die Ergebnisse auf und soll einen Beitrag leisten, integrierte Handlungskonzepte für die Arbeitswelt zu entwickeln und umzusetzen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen Anregungen und Impulse für Ihre Arbeit und Freude beim Lesen der Lektüre.

Dr. Sabine Brägelmann-Tan
Suchtbeauftragte des Landes Niedersachsen

VORWORT

DR. SABINE BRÄGELMAN-TAN

Tüchtig und/oder Süchtig?
Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt

05

VORTRÄGE

DR. ELISABETH WIENEMANN

Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt

08

PROF. DR. WOLFHARD KOHTE

Betriebliches Eingliederungsmanagement
bei Suchterkrankungen

15

ANKE SCHMIDT

Zielgruppenspezifische Suchtprävention:
Prev@Work – Suchtprävention in der Ausbildung

20

KERSTIN JÜNGLING

Kultursensible Suchtprävention in Betrieben

28

HANS-DIETER NOLTING

Neue Arbeitsformen, neue Süchte?
Die Entwicklung des Neuro-Enhancement

33

**VERZEICHNIS DER REFERENTINNEN
UND REFERENTEN**

38

Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt

Einordnung der betrieblichen Suchtprävention

Wenn hier von betrieblicher Suchtprävention die Rede ist, dann ist dies in einem umfassenden Sinn gemeint. Es schließt die Vorbeugung von riskantem Konsum und die Hilfe bei Suchtfähigung am Arbeitsplatz ebenso ein wie deren Institutionalisierung im Betrieb. In Verbindung von modernen, eher funktionalen Ansätzen des Personalmanagements und der Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung haben Programme zur Suchtprävention einerseits größeren Stellenwert in der betrieblichen Gesundheitspolitik bekommen, sind aber auch anspruchsvoller geworden. Sie stellen erprobte Instrumente für das Personalmanagement / PM (Präventionsstrategien, Interventionsleitfäden) und die Personalentwicklung / PE (Seminarconzepte für Führungskräfte) zur Verfügung, wirken in das Qualitätsmanagement / QM (Audits, Qualitätshandbücher) hinein und leisten einen Beitrag zur Entwicklung zu einer gesunden Organisation / OE; kurz, sie sind eine wichtige Säule des betrieblichen Gesundheitsmanagements / BGM. (Abb. 1)

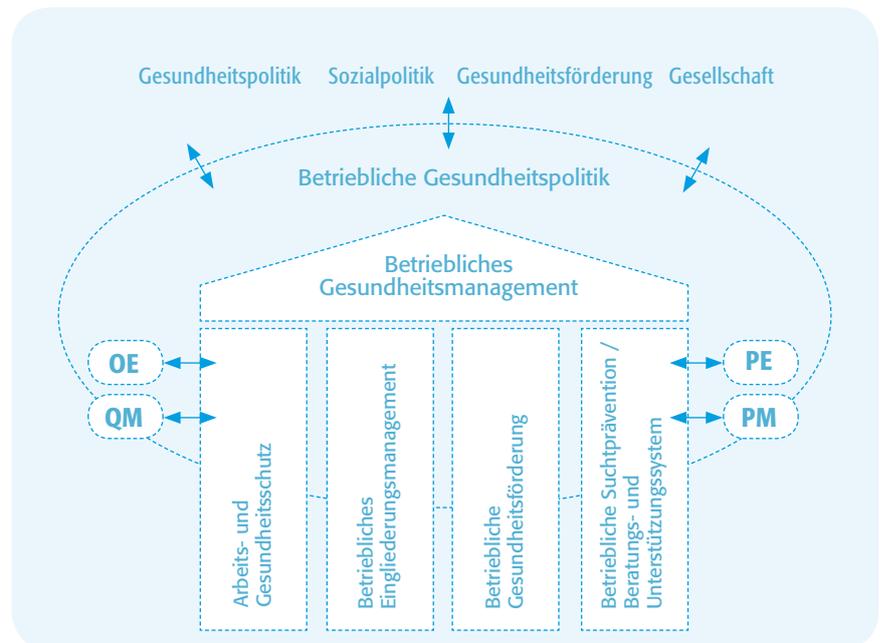


Abbildung 1: Stellenwert der Suchtprävention in der betrieblichen Gesundheitspolitik

Der Erfolg beruht vor allem auf den an betrieblichen und rechtlichen Bedingungen ausgerichteten Verfahrensvorschlägen, den klaren Strukturen, praxisbezogenen Handlungsanleitungen, konkreten Hilfeangeboten und auf dem Einsatz von haupt- und nebenamtlichen Ansprechpersonen im Betrieb.

Die zentralen Elemente betrieblicher Suchtpräventionsprogramme (Abb. 2) werden in den von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) veröffentlichten „Qualitätsstandards zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe“ ausführlich erläutert. (<http://www.dhs.de/arbeitsfelder/arbeitsplatz.html>)

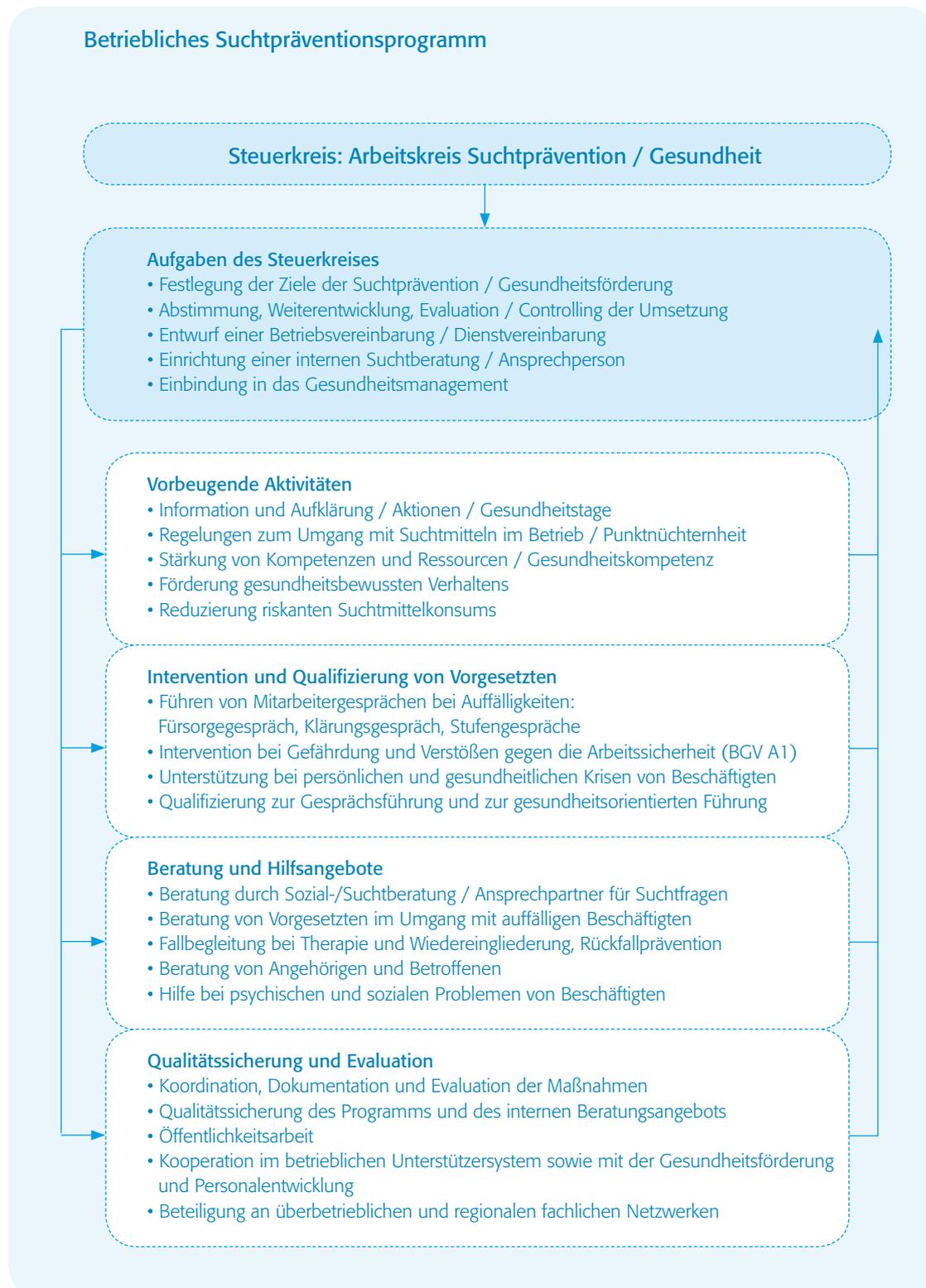


Abbildung 2: Elemente betrieblicher Suchtpräventionsprogramme

Der betriebliche Auftrag heißt Prävention

In der Weiterentwicklung der betrieblichen Alkoholprogramme der 70er- und 80er-Jahre werden in den Suchtpräventionsprogrammen heute auch andere suchtmittel- und verhaltensbedingte Gefährdungen einbezogen. Das Hauptaugenmerk liegt nach wie vor auf die vergleichsweise leicht zu erkennenden Alkoholprobleme, aber im Betrieb finden sich letztlich alle Formen von Suchtgefährdung wenn auch mit unterschiedlicher Häufigkeit. Weit seltener werden z.B. Auffälligkeiten in Verbindung mit Medikamentenkonsum aufgegriffen, da sie nicht so leicht zuzuordnen sind, obwohl sie statistisch betrachtet ebenso häufig auftreten.

Während in den betrieblichen Programmen zunächst die Ansprache von Suchtkranken im Mittelpunkt stand, hat der Betrieb heute den Auftrag, bereits gesundheitlichen Gefährdungen vorzubeugen. Bei Auffälligkeiten sollen Beschäftigte mit riskantem Konsum frühzeitig angesprochen werden, um über den Weg einer gestuften Gesprächsfolge (Stufenplan) mit systematischen Hilfeangeboten und konsequentem Einfordern von Verhaltenskorrekturen eine weitere Suchtgefährdung zu vermeiden oder – wenn diese bereits ausgeprägt ist – zur Annahme von professioneller Hilfe und Verhaltensänderung aufgefordert werden.

Angestoßen wurde diese Entwicklung zum einen durch die Gesundheitsförderung und zum anderen durch den Gesetzgeber, der den betrieblichen Präventionsauftrag erheblich erweitert und seit den 90er-Jahren im Arbeitsschutz- und Sozialrecht verankert hat.

In § 4 (1) Arbeitsschutzgesetz (1996) heißt es z.B., dass „die Arbeit ist so zu gestalten (ist), dass eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird“. Und weiter formuliert § 15 (1): „Die Beschäftigten sind verpflichtet, nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen.“ Die Beschäftigten haben „auch für die Sicherheit und Gesundheit der Personen zu sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind.“ Letzteres gilt insbesondere für Beschäftigte mit Führungsverantwortung.

Arbeitsbedingte psychische Fehlbelastungen bringen nachweislich einen erhöhten Suchtmittelgebrauch mit sich. Sie können sowohl Ursache von als auch Folge von riskanten Konsummustern sein. Die in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe eingesetzten Verfahren sind in gleicher Weise geeignet, gesundheitlichen Gefährdungen durch einen erhöhten Suchtmittelkonsum bei arbeitsbedingten psychischen Fehlbelastungen vorzubeugen wie den am Arbeitsplatz sichtbar werdenden Suchtproblemen frühzeitig entgegen zu wirken. Die erprobten Verfahren der betrieblichen Suchtpräventionsprogramme können als verbindlicher Teil des Arbeitsschutzes dazu beitragen, die gesetzlichen Pflichten des Arbeitgebers wie auch der Beschäftigten zur Prävention gesundheitlicher Gefährdungen systematisch umzusetzen.

Riskanter Konsum und Suchtgefährdung

In der Suchtprävention wird nach risikoarmem, riskantem, schädigendem und abhängigem Konsum unterschieden. Analog wird auch von riskantem oder abhängigem Verhalten gesprochen. Diese Begriffe beschreiben die Konsummuster, was in der betrieblichen Arbeit von großem Vorteil ist. Zum einen ersetzen sie die oft wertenden Ausdrücke Normalkonsum, Missbrauch oder suchtkrank. Zum anderen bezeichnen „Missbrauch“ oder „Suchtkrankheit“ aber auch „Abhängigkeit“ gesundheitliche Störungen, die nur durch Diagnose festzustellen sind. Im Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz sollte mit Diagnosen äußerst vorsichtig verfahren werden. Sie erleichtern nicht unbedingt ein lösungsorientiertes Handeln im Betrieb. Dieses hat sich nämlich an den arbeits- oder dienstrechtlichen Auffälligkeiten auszurichten und sollte nicht von „Diagnoseversuchen“ geleitet werden. Anhand von Urteilen der Arbeitsgerichte lässt sich z.B. nachvollziehen, dass im Betrieb erstellte Fehl-Diagnosen bei Suchtgefährdung für beide Seiten erhebliche rechtliche Folgen haben können. Zudem ist der Arbeitgeber für die Behauptung, ein Arbeitnehmer sei alkoholabhängig, bei einer Kündigung darlegungs- und beweispflichtig, wie das Landesarbeitsgericht Hamm (Az 10 Sa 1524/04) festgestellt hat.

Betriebliche Suchtpräventionsprogramme bieten Beschäftigten Informationen über die Grenzen des risikoarmen Umgangs mit Suchtmitteln und über die gesundheitlichen und sozialen Gefährdungen eines riskanten Verhaltens.

Konsum	Männer	Frauen	Maßnahmen zur Prävention
Menge in Gramm und reiner Alkohol pro Tag an maximal 5 Tagen die Woche			Gesundheitskompetenz erweitern, Unterstützungsangebote und Hilfe
Risikoarm	0 – 24 g (DHS) = 2 Gl./0,3l Bier 0 – 30 g (WHO)	0 – 12 g (DHS) = 1 Gl./100ml Wein 0 – 20 g (WHO)	Informationen Ressource stärken Punktnüchternheit am Arbeitsplatz
Risikant	30 – 60 g	20 – 40 g	Aufklärung über gesundheitliche und soziale Risiken, Verhaltens-änderungen anregen z.B. „SKOLL“
Schädigend	> 60 g Alkohol	> 40 g Alkohol	Beratung, Angebote zur Konsumreduktion, z.B. Nichtraucherkurse, „Kontrolliertes Trinken“
Abhängig	keine Grenzwerte	keine Grenzwerte	Entwöhnungstherapie Wiedereingliederung Abstinent bleiben

Tabelle: Konsummuster, Grenzwerte risikoarmen und riskanten Konsums und betriebliche Angebote

Ziel der vorbeugenden betrieblichen Aktivitäten ist es, die Beschäftigten für einen verantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln zu gewinnen und aus Verantwortung Grenzen zu setzen. Null Promille am Arbeitsplatz so genannte „Punktnüchternheit“ sollte zu einem Prinzip in der Betriebskultur werden. Das gilt nicht nur für Produktionsbetriebe, sondern gerade auch für gehobene Berufsbereiche. Entgegen den weit verbreiteten Ansichten steigt nämlich der Konsum von Alkohol mit der Sozialschicht. Der Anteil der Risikokonsumenten erreicht in der oberen Bildungsgruppe bei den Männern im Durchschnitt 36,1% bei den Frauen 26,4%. Das bedeutet, jeder dritte Mann und jede vierte

Frau mit höherer Bildung praktizieren einen riskanten Konsum. Manche Betriebe bieten intern oder unterstützen externe Angebote zur individuellen Konsumreduzierung bei riskantem Suchtmittelkonsum oder riskantem Verhalten. Am bekanntesten sind die Nichtrauchertrainings für rauchende Beschäftigte. Andere Angebote beziehen sich auf die Anleitung zur gesunden Ernährung bei Essstörungen oder auf die Einschränkung des übermäßigen Konsums von Alkohol, des Internetgebrauchs oder des Glücksspiels. Einschränkungen und Verbote des Suchtmittelkonsums haben auf der betrieblichen Ebene eine lange Tradition. Verbote können einerseits vor Gesundheitsgefährdun-

gen schützen, stellen andererseits aber auch einen Eingriff in die freie Entfaltung der Persönlichkeit dar und sind deshalb rechtlich zu regeln. Betrieblich ausgesprochene Verbote müssen angemessen sein und unterliegen mit wenigen Ausnahmen der Mitbestimmung. Einschränkende Regelungen dürfen z.B. nicht rein „erzieherische“ Maßnahmen sein; sie sind am Prinzip des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auszurichten oder stellen einen störungsfreien Ablauf sicher. Generelle Rauschmittelverbote aus Gründen der Arbeitssicherheit bestehen nur in seltenen Fällen sofern die Tätigkeit es verlangt.

Ansatzpunkte für Interventionen

Auch für die betrieblichen Interventionen ist es von Vorteil von einem riskanten Konsum oder einer möglichen Suchtgefährdung auszugehen, denn Gefährdungen einzuschränken gehört zum rechtlichen Auftrag des Arbeitgebers. Gespräche sowie Beratungs- und Hilfeangebote im Betrieb sind nachgewiesenermaßen wirksam einzusetzende Instrumente sobald sucht(mittel)bedingte Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten sichtbar werden. Sie ermöglichen ein frühzeitiges Eingreifen bereits bei riskantem Konsum und Verhalten. Das Abwarten von deutlichen Symptomen von Suchterkrankung führt dagegen regelmäßig zu viel zu späten Interventionen. (Abb. 3)

Es ist deshalb auch darauf zu achten, dass der Stufenplan nicht ein Eingreifen bei „Suchterkrankung“ fordert. Erfahrungsgemäß verzögern sie das Handeln, weil die Vorgesetzten sich nicht wirklich sicher sein können, ob jemand, die oder der auffällig wird, „schon suchtkrank ist“ und die Intervention angemessen ist zumal wenn die Auffälligkeiten nicht mit den erwarteten Krankheitssymptomen übereinstimmen. Anlass und Inhalt der angesetzten Gespräche sowie ggf. verhängter Sanktionen müssen immer die konkret zu beanstandenden Verhaltensweisen, Störungen und Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten sein: Missachtung von Regelungen

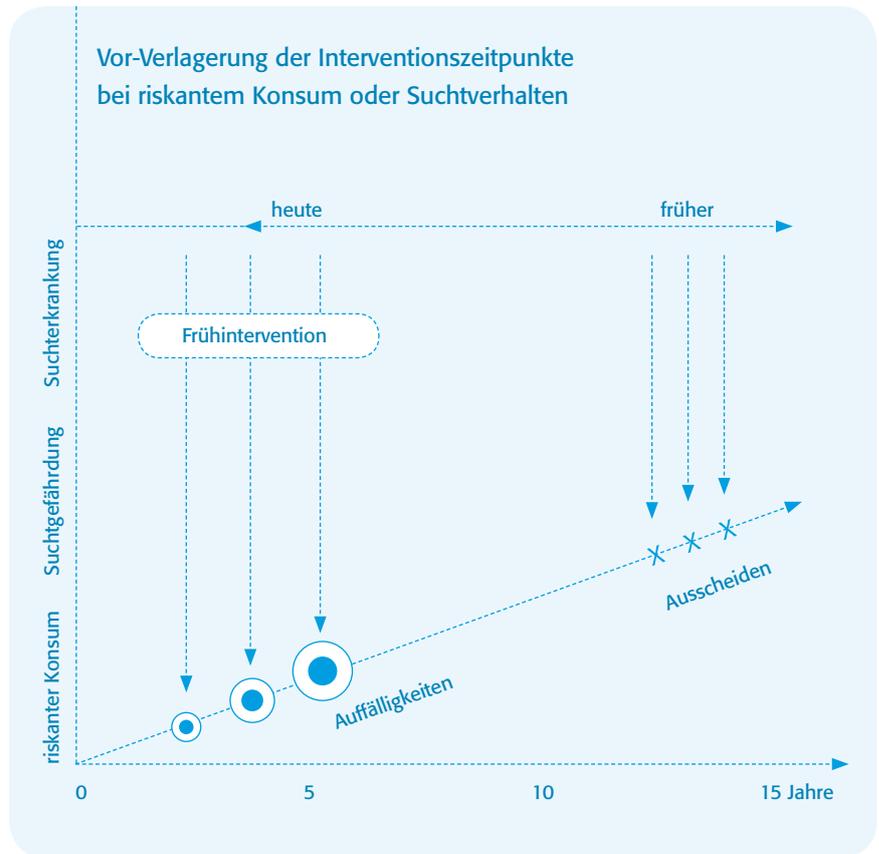


Abbildung 3: Frühe Interventionen bei riskantem Konsum und Verhalten

(z.B. Alkoholverbot), Störungen am Arbeitsplatz und im Betriebsablauf (z.B. verloren gegangene Aufträge, Kundenbeschwerden), Konflikte und Störungen im kollegialen Miteinander, Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten (z.B. Fehlzeiten, gehäufte Fehler, überlange Bearbeitungszeiten), Auffälligkeiten im Erscheinungsbild und Auftreten (z.B. Alkoholfahne, „verwaschene“ Sprache, Rückzug aus sozialen Kontakten). Stehen diese Auffälligkeiten in Verbindung mit riskantem Suchtmittelkonsum oder Suchtgefährdung, wird ein Gespräch mit der oder dem Beschäftigten geführt.

Rolle der Führungskraft – Haltung und Entscheidung

Interventionen sind ein Kernelement betrieblicher Programme und werden heute als Bestandteil gesundheitsorientierter Führung verstanden. Den Personalverantwortlichen, insbesondere den Vorgesetzten kommt eine zentrale Rolle zu. Sie haben im Rahmen der Fürsorgepflicht darauf zu achten dass die Gesundheit der Mitarbeiter bei der Arbeit nicht gefährdet wird. Die betriebliche Suchtprävention bietet ihnen dafür Handlungsanleitungen sowie Seminare und Coachings an. Denn Mitarbeitergespräche und das bei Auffälligkeiten oder Suchtgefährdung bewährte Verfahren, das von allen Beteiligten konsequentes

und lösungsorientiertes Handeln erfordert, gehören mit zu den Herausforderungen der Personalführung. Sie sind unbequeme Aufgaben, bei denen Führungskräfte oftmals selbst unter Druck geraten. Damit Vorgesetzte in Fällen von riskantem Konsum oder Verhalten sachgerecht und zielgerichtet handeln können, müssen sie qualifiziert werden, Auffälligkeiten im oben beschriebenen Sinne wahrzunehmen und zu bewerten. Sie müssen für sich die Entscheidung treffen, nicht wegzusehen in der Hoffnung, dass sich das Problem von selber lösen wird, sondern tätig zu werden. Durch Schulung und Beratung sollen sie ermutigt werden, bereits frühzeitig Gespräche aufzunehmen und ggf. konsequent nach dem Stufenplan vorzugehen. Verbindlich tätig werden müssen Vorgesetzte gemäß § 7 (2) BGV A1 gegenüber allen Beschäftigten, bei denen sich konkrete Anhaltspunkte für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und der Arbeitssicherheit durch Substanzgebrauch ergeben. Als Kriterium für die Entfernung vom Arbeitsplatz können sie sich nach der Rechtsprechung auf die allgemeine Lebenserfahrung und den „Beweis des ersten Anscheins“ berufen, wobei es sich empfiehlt eine weitere Person als Zeuge hinzu zuziehen. Festzuhalten sind die konkret feststellbaren Auffälligkeiten, die bei Fortsetzung der Tätigkeit eine Gefährdung für sich und andere bedeuten könnte. Ein Alkohol- oder Drogentest ist nicht zwingend erforderlich.

Gespräche und Interventionen

Anlass und Inhalt der angesetzten Gespräche sowie ggf. verhängter Sanktionen müssen immer die konkret zu beanstandenden Verhaltensweisen, Störungen und Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten sein. Bei ersten Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten, die mit gesundheitlichen oder sozialen Problemen einhergehen, kann mit der betreffenden Person ein Fürsorge- oder Klärungsgespräch geführt werden. Falls sie in Verbindung mit dem Gebrauch von Suchtmitteln stehen, wird unter vier Augen ein erstes Stufengespräch geführt, bei dem verbindlich Hilfe angeboten, aber auch der Hinweis gegeben wird, dass zukünftiges Fehlverhalten in weiteren Stufengesprächen verhandelt wird. Noch lässt sich das beanstandete Verhalten ohne „Gesichtsverlust“ korrigieren und den riskanten Konsum einzustellen, sofern die angesprochene Person noch in der Lage ist ihr Verhalten selbstständig zu steuern. Wer trotz Ansprache das Risikoverhalten fortsetzt, lässt erkennen, dass weitere Interventionen und andere Formen der betrieblichen Hilfe, aber auch der Konsequenzen notwendig sind. Langjährige Suchtkarrieren lassen sich auf diesem Weg sehr viel früher unterbrechen. (Abb. 4)

Betriebliches Unterstützersystem

Für die Information der Beschäftigten, für die Beratung auffällig gewordener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für die Unterstützung der Personalverantwortlichen bei der Umsetzung ihrer Aufgaben sind in Betrieben interne Sozial- bzw. Mitarbeiterberatungen oder spezielle Ansprechpersonen für Suchtfragen tätig. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements arbeiten sie in einem betriebsinternen Unterstützersystem mit dem Betriebsarzt bzw. betriebsärztlichen Dienst, der Sicherheitsfachkraft, der Personal- und Schwerbehindertenvertretung, der Koordinatorin oder dem Koordinator des Gesundheitsmanagements sowie dem Eingliederungsmanagement zusammen. Eng kooperiert werden muss zudem mit der Personalabteilung und ggf. mit der Gleichstellungsbeauftragten oder dem Gleichstellungsbeauftragten. Die Arbeit im Betrieb erfordert eine gute Vernetzung mit externen Fachstellen vor allem für die Sicherstellung von Beratungs- und Behandlungsangeboten. Kleinere Organisationen sind in besonderer Weise auf die externe Expertise angewiesen. Diese ermöglicht es aber, für alle Betriebsgrößen und in allen Regionen Niedersachsens ein angepasstes Suchtpräventionsprogramm bereit zu stellen und Beschäftigten wie Personalverantwortlichen die notwendige Unterstützung zuzusichern.

Interventionsleitfaden			
Fürsorgegespräch	Vorgesetzte/r + betroffene Person	Unterstützung	
Klärungsgespräch	Vorgesetzte/r + betroffene Person	Unterstützung Verhaltensänderung	
Stufenplan ¹	Beteiligte ²	Hilfeangebote	Sanktionen
1. Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte/r + betroffene Person 	<ul style="list-style-type: none"> Informationsmaterial Hinweis auf interne/ externe Beratung » Rückmeldegespräch 	Keine
2. Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte/r BR/PR-Mitglied* Suchtbeauftragte/r* + betroffene Person 	<ul style="list-style-type: none"> Aufforderung: Kontaktaufnahme zur Suchtberatung » Rückmeldegespräch 	Keine
3. Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte/r BR/PR-Mitglied* Suchtbeauftragte/r* Personalstelle + betroffene Person 	<ul style="list-style-type: none"> Auflage: Aufsuchen der Suchtberatung » Rückmeldegespräch 	Abmahnung u.a. (sofern die Voraussetzungen dafür vorliegen)
4. Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte/r BR/PR-Mitglied* Suchtbeauftragte/r* Personalstelle + betroffene Person 	<ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Auflage, eine Beratungs- stelle aufzusuchen Fallbegleitung » regelmäßige Rückmeldegespräche 	Abmahnung u.a. (sofern die Voraussetzungen dafür vorliegen)
5. Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte/r BR/PR-Mitglied* Suchtbeauftragte/r* Personalstelle + betroffene Person 	<ul style="list-style-type: none"> Sofortige Einleitung einer Therapie ggf. Angebot der Wiedereinstellung nach einer Therapie » Rückmeldegespräche 	Einleitung des Kündigungs- bzw. Disziplinarverfahrens

1 Immer wenn Suchtmittel / Suchtverhalten im Spiel sind, wird nach Stufenplan verfahren.
 2 Bei Schwerbehinderten ist die Schwerbehindertenvertretung zu beteiligen.
 * Die betroffene Person muss mit der Teilnahme einverstanden sein.

Abbildung 4: Gesprächsangebote im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms im Betrieb

Suchterkrankungen und betriebliches Eingliederungsmanagement

Nicht selten wird beim Auftreten einer Suchtabhängigkeit in einem Betrieb, wie zum Beispiel Alkoholabhängigkeit, versucht, eine schnelle Lösung mit Hilfe einer verhaltensbedingten, nicht selten in Form einer außerordentlichen, Kündigung zu erreichen. Diese Versuche sind in der Regel keine tauglichen Problemlösungen.

Suchtabhängigkeit wird in der heutigen arbeits- und sozialgerichtlichen Praxis regelmäßig als Krankheit gewertet, denn die Situation der Betroffenen ist dadurch gekennzeichnet, dass infolge physischer oder psychischer Abhängigkeit der Suchtmittelgenuss trotz besserer Einsicht nicht reduziert oder aufgegeben werden kann.¹ Dies ist von großer Bedeutung für die verhaltensbedingte Kündigung. Nach ständiger Rechtsprechung des BAG gehört für die verhaltensbedingte Kündigung das Verschulden von Beschäftigten, wenn eine Haupt- oder Nebenpflicht aus dem Arbeitsvertrag verletzt worden ist, zum Kündigungsgrund, den der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin im Prozess nach § 1 Abs. 2 S. 4 KSchG darzulegen und zu beweisen hat.² Zwar kommt es bei Alkoholabhängigkeit relativ häufig zu Pflichtverletzungen, wie z.B. zu unentschuldigtem Fehlen,

verspäteter Arbeitsaufnahme oder Beschädigung von Sachen, doch wird in ständiger Rechtsprechung angenommen, dass Alkoholabhängigkeit mit Krankheitswert das erforderliche Verschulden ausschließt.³ Auch eine fehlende Therapiebereitschaft des alkoholabhängigen Beschäftigten rechtfertigt keine verhaltensbedingte Kündigung, weil die Therapie die persönliche Sphäre dieser Person betrifft. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen haben gegenüber dem Arbeitgeber keine Rechtspflicht, eine solche Therapie durchzuführen⁴ oder aber erneute Auffälligkeiten nach einem zunächst erfolgreichen Entzug zu vermeiden.⁵

Soweit entsprechende Informationen in das Arbeitsgerichtsverfahren eingebracht werden, scheitern Kündigungen aus verhaltensbedingten Gründen in solchen Fällen regelmäßig, weil den suchterkrankten Beschäftigten eine entsprechende Schuldfähigkeit typischerweise nicht nachgewiesen werden kann.⁶ In aller Regel sind daher verhaltensbedingte Kündigungen bei Alkoholabhängigkeit, wenn dieser Sachverhalt im Arbeitsgerichtsverfahren bekannt wird, sozialwidrig und damit rechtswirksam.

Möglich sind allerdings personenbedingte Kündigungen, weil für diese ein Verschulden des Arbeitnehmenden nicht erforderlich ist. Die Voraussetzungen der personenbedingten Kündigung unterscheiden sich jedoch von denjenigen der verhaltensbedingten Kündigung. Dies hat Bedeutung im Rahmen der Anhörung nach § 102 BetrVG⁷ sowie vor allem für die gegenüber der verhaltensbedingten Kündigung strengeren materiellrechtlichen Anforderungen an eine solche Kündigung. Verlangt wird zunächst, ähnlich wie bei der verhaltensbedingten Kündigung, eine negative Zukunftsprognose, wonach mit erheblichen Störungen des Arbeitsverhältnisses in der Zukunft zu rechnen ist. Vor allem wird aber eine höhere Intensität der Störungen des Arbeitsverhältnisses verlangt, die zu einer gravierenden Beeinträchtigung des Leistungsaustauschs führen. Dies kann allerdings bei einer nachhaltigen Alkoholabhängigkeit durchaus der Fall sein. Als größte Klippe für solche Kündigungen erweist sich der ultima-ratio-Grundsatz, wonach eine solche Kündigung nur das letzte Mittel sein darf. Hat eine Entziehungsmaßnahme noch nicht stattgefunden und ist der Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin

dazu bereit, dann ist die Teilnahme an einer solchen Maßnahme vorrangig. Der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin darf in einem solchen Fall noch nicht kündigen und hat auch den Erfolg einer solchen Maßnahme abzuwarten. Kommt es nach einer solchen Maßnahme zu einer erneuten Auffälligkeit („Rückfall“), dann lehnt die Rechtsprechung der Arbeitsgerichte eine schematische Lösung ab. Auch in solchen Fällen können weitere Entziehungsmaßnahmen vorrangig und geboten sein.⁸ In diesen Fällen kommt in der Gerichtspraxis den Aussagen der Suchtberater und -beraterinnen bzw. den behandelnden Ärzten und Ärztinnen eine hohe Bedeutung zu. Insgesamt zeigen diese Beispiele jedoch, dass Arbeitgeber und -geberinnen, die erstmals mit Alkoholproblemen der Beschäftigten konfrontiert werden, keinen Erfolg haben, wenn vorschnell zum Mittel der Kündigung gegriffen werden sollte.

In den Fällen nachhaltiger Suchtabhängigkeit wird typischerweise auch Arbeitsunfähigkeit in nicht geringem Umfang vorliegen, so dass die allgemeinen Pflichten des Arbeitgebenden bei Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten zu beachten sind. Daher muss nach 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit – auch wenn sie durch eine Suchterkrankung hervorgerufen wurde – innerhalb der letzten 12 Monate vom Arbeitgebenden ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX angeboten werden.

Das BEM ist ein Verfahren der Gesundheitsprävention, das 2001 in § 84 Abs. 2 SGB IX normiert und 2004 präzisiert und verbessert worden ist. Es ist jedem Beschäftig-

ten, der innerhalb von 12 Monaten wenigstens 6 Wochen arbeitsunfähig war, anzubieten. Auf die Ursachen der Arbeitsunfähigkeit kommt es nicht an, so dass es auch bei suchtbedingter Arbeitsunfähigkeit einzusetzen ist.⁹ Es ist unabhängig von der Größe des Betriebes und von der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses einzusetzen. Es kommt auch nicht darauf an, ob in dem jeweiligen Betrieb das Kündigungsschutzgesetz gilt oder ob überhaupt ein Betriebsrat in diesem Betrieb besteht.¹⁰ In der Begründung für den Regierungsentwurf ist als Ziel die möglichst dauerhafte Sicherung des Arbeitsverhältnisses sowie die Überwindung der Arbeitsunfähigkeit genannt worden, da zu viele Abgänge in die Arbeitslosigkeit immer noch aus Krankheitsgründen erfolgten.¹¹ Mit dieser präventiven Orientierung auf eine frühzeitige Intervention entspricht die Norm den allgemeinen gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen, dass Prävention und Rehabilitation möglichst früh erfolgen sollen. Die Erfahrungen der Suchtberatung bestätigen diesen Grundsatz nachhaltig, so dass er gerade für Suchtabhängigkeit auch in der Literatur zum BEM besonders betont wird.¹² Es ist daher auch verfehlt, mit dem BEM abzuwarten, bis die Betroffenen wieder arbeitsfähig sind. Die Rechtspflicht des Arbeitgebers oder der Arbeitgeberin setzt ein, sobald die Arbeitsunfähigkeit die 6 Wochen-Grenze erreicht hat.

Die Pflicht, ein BEM anzubieten, ist eine Verfahrenspflicht. § 84 Abs. 2 SGB IX enthält keine neuen materiell-rechtlichen Pflichten des Arbeitgebenden; verlangt wird die Organisation eines innerbetrieblichen „Suchprozesses“¹³, der für die Beteiligten in seiner

offenen Struktur nicht selten ungewohnt ist.¹⁴ In großer Realitätsnähe ging die Gesetzgebung davon aus, dass bei einer so frühen Intervention noch nicht hinreichend klar sein kann, welcher Weg richtig sein wird. Die Beteiligten werden erfolgreich sein, wenn sie möglichst genau betriebliche Ursachen ermitteln, denn die zentralen Maßnahmen eines „betrieblichen“ Eingliederungsmanagements sind die Anpassung des Arbeitsplatzes bzw. der Arbeitsbedingungen sowie die Suche nach einem anderen besser geeigneten Arbeitsplatz.¹⁵

Daneben kann das BEM aber auch dazu eingesetzt werden, dass die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation frühzeitig und kompetent genutzt werden. Dazu besteht in den entsprechenden Fällen nach § 84 Abs. 2 S. 4 SGB IX die weitere Verfahrenspflicht¹⁶, die jeweiligen Rehabilitationsträger heranzuziehen und auf diese Weise auch externen Sachverstand zu mobilisieren. Auch insoweit soll eine „Vollzugslücke“ – hier der rechtzeitigen medizinischen Rehabilitation – verringert werden. Gerade für Betroffene, die an einer Suchtabhängigkeit leiden, ist es elementar, rechtzeitig eine fachkundige Beratung zu erhalten und zur aktiven Teilnahme an solchen Rehabilitationsmaßnahmen motiviert zu werden. Die Rehabilitationsträger haben sich in einer gemeinsamen Empfehlung vom 16.12.2004 zum Thema „Prävention“ verpflichtet, Arbeitgeber-, Betriebs- und Personalräte sowie Schwerbehindertenvertretungen bei der Auswahl geeigneter BEM-Verfahren und Verfahrensschritte zu beraten. Auf diese Weise kann ein BEM-Verfahren, das auch für Fragen der Suchtabhängigkeit aufmerksam und sensibel

ist, dazu beitragen, dass die Zahl der Betroffenen, die sich frühzeitig in Beratung, Behandlung, Entgiftung und Rehabilitation begeben, größer wird.

Das BEM ist ein freiwilliges Angebot. Wenn Beschäftigte die Durchführung ablehnen, dürfen ihnen dadurch keine Rechtsnachteile entstehen. Die Ablehnung ist auch kein Kündigungsgrund, doch kann nach (nicht wegen) einer Ablehnung des BEM eine personenbedingte Kündigung erfolgen, wenn für die Zukunft mit überdurchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten zu rechnen ist, die zu betrieblichen Störungen führen können, soweit kein milderes Mittel zur Verfügung steht. Diese Voraussetzungen sind auch weiterhin detailliert vor einer Kündigung zu prüfen.

Das BEM ist zwar kein milderes Mittel, jedoch gut geeignet, solche Möglichkeiten zu ermitteln. Falls Beschäftigte freiwillig am BEM teilnehmen, verbessern sich gerade für suchtabhängige Menschen die Chancen einer frühzeitigen Integration deutlich. In einem aufmerksamen und suchtsensiblen BEM-Verfahren werden sich Indizien für Suchtabhängigkeit zeigen, auf die mit entsprechenden Angeboten zu reagieren ist. Dazu kann eine umfassende Reha-Maßnahme gehören, die Entgiftung, Entwöhnung sowie stufenweise Wiedereingliederung umfasst. Es kann auch sein, dass die Wiedereingliederung durch zusätzliche Unterstützungsmaßnahmen flankiert werden muss. Das BEM-Verfahren wirkt daher in der Regel kündigungsetzend und bei Erfolg sogar kündigungsausschließend. Es ist daher deutlich zu unterscheiden von dem Konzept des Stufenplans, der in den letzten 30 Jahren in der betrieb-

lichen Praxis entwickelt und von der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (www.dhs.de) dokumentiert und präzisiert worden ist.

Der Stufenplan beruht auf dem System des „konstruktiven Drucks“. Auf jede suchtmittelgeprägte Auffälligkeit des Arbeitnehmenden wird mit klar strukturierten, in der Regel durch Betriebs- oder Dienstvereinbarung verabredeten Verhaltensweisen geantwortet. Es beginnt mit intensiven Gesprächen und setzt sich fort mit der Androhung von Abmahnungen, der Durchführung von Abmahnungen und schließlich, wenn weitere gravierende Auffälligkeiten auftreten, auch mit einer Kündigung, so dass bei einem Abbruch einer Stufe jeweils die nächste intensivere Stufe eingesetzt wird. Daher wird hier auch mit der Perspektive einer möglichen Kündigung gearbeitet, die allerdings wiederum nur ausgesprochen werden kann, wenn die personenbedingten Voraussetzungen vorliegen. Die Verletzung von Zusagen, die von suchtabhängigen Menschen zur Mitwirkung erteilt worden sind, rechtfertigt keine verhaltensbedingte Kündigung.¹⁷

Aus diesem Grund bedarf die Nutzung des Stufenplans einer sorgfältigen und zeitnahen arbeitsrechtlichen Beratung, weil in der betrieblichen Praxis oft der Eindruck besteht, dass die Auffälligkeit auf der letzten Stufe „natürlich“ eine Kündigung nach sich ziehen muss. Der Stufenplan kann jedoch die oben dargelegten Voraussetzungen einer personenbedingten Kündigung nicht ersetzen. Allen Beteiligten muss weiter vermittelt werden, dass nach der neueren arbeitsgerichtlichen Judikatur eine erneute Auffälligkeit nicht per se eine Kündi-

gung legitimiert.¹⁸ Nach der neuesten Judikatur gelten diese Grundsätze im Regelfall auch bei anderen Suchterkrankungen, wie z.B. Internet- und Spielsucht.¹⁹

Der Stufenplan ist nicht notwendig mit einer Kündigung beendet, denn diese sollte mit einer Wiedereinstellungszusage bei Durchführung einer Entziehungsmaßnahme verbunden werden. Nicht selten haben Betroffene den Weg in die Entziehung erst nach einer konkreten Kündigungserfahrung gefunden. In solchen Konstellationen muss gewährleistet werden, dass den Betroffenen auch nach der Kündigung geeignete Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Wegen der unterschiedlichen Strukturen von BEM und Stufenplan war zeitweilig diskutiert worden, dass bei Arbeitsunfähigkeit, die durch suchtmittelbedingte Abhängigkeit verursacht ist, ein BEM ungeeignet und damit auch verzichtbar wäre. Die Arbeitsgerichte sind dieser Position zutreffend nicht gefolgt.²⁰ Die Norm des § 84 Abs. 2 SGB IX gilt umfassend und darf für keine Beschäftigtengruppe ausgeklammert werden. Es kommt daher darauf an, in entsprechenden Situationen die beiden unterschiedlichen Verfahren miteinander zu verzahnen.

Regelmäßig wird zunächst das BEM-Verfahren anzubieten sein, da seine Voraussetzungen niedrighochschwellig sind und bei 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit im Jahr eine gravierende Suchtabhängigkeit häufig noch nicht vorliegt bzw. relativ schwer zu erkennen ist. Wenn das Verfahren erfolgreich war, sind natürlich für die Folgezeit die weiteren flankierenden

und unterstützenden Maßnahmen, wie z.B. die Vermittlung in Selbsthilfegruppen bzw. die regelmäßige Beratung, notwendig. Dies sind jedoch keine weiteren arbeitsrechtlichen Maßnahmen, sie können allerdings in ein Netz der betrieblichen Gesundheitsförderung eingebunden sein.

Wenn dagegen das BEM zunächst nicht erfolgreich war, wird bei entsprechenden Hinweisen und Auffälligkeiten der Einstieg in den Stufenplan erfolgen. Er ist jedoch keine „negative Antwort“ auf die Ablehnung des BEM, sondern die im Betrieb verabredete Reaktion auf bestimmte Auffälligkeiten, die durch Suchtmittelabhängigkeit verursacht worden sind.

Eine Eingliederung und Wiedereingliederung von Beschäftigten bei Suchtmittelabhängigkeit kann jedoch am besten gelingen, wenn BEM und Stufenplan miteinander hinreichend verzahnt werden und wenn beide Verfahren voneinander lernen. Am deutlichsten zeigt sich dies für die Nutzung der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 28 SGB IX. Diese wichtige Rehabilitationsmaßnahme erleichtert betriebliche Eingliederungen deutlich, weil vor allem nach Entgiftung und Entzug ein sofortiger und umfassender Einstieg in das Arbeitsverhältnis nur selten gelingen kann. Für die Betroffenen ist es in aller Regel erforderlich, Schritt für Schritt in die betriebliche Tätigkeit hineinzuwachsen, so dass sowohl Arbeitszeit als auch Arbeitsaufgabe in mehreren Schritten zu steigern sind. Die Wiedereingliederung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie als Prozess angelegt wird. Typischerweise wird für einen Zeitraum von ca. 4 Wochen in einem Eingliederungsplan festge-

legt, welche Tätigkeiten übertragen und ausgeübt werden sollen. Dieser Prozess ist fachkompetent zu beobachten und zu evaluieren; nicht selten bedarf es mehrfacher Modifikationen des Plans²¹, bevor die endgültige Eingliederung wieder erreicht ist. Dieses Eingliederungsverfahren kann mit den Mitteln des Stufenplans nicht sinnvoll gesteuert werden; der „runde Tisch“ des BEM ist hier wesentlich besser geeignet.²² Für den runden Tisch ist die Nutzung externen Sachverständigen bereits im Gesetz vorgeschrieben und in der Mehrzahl der Betriebe in einer solchen Konstellation auch geboten. Gerade Integrationsfachdienste haben hier eine hohe Kompetenz.

Sowohl die Einführung eines Stufenplans als auch die Ausgestaltung eines BEM sind jeweils mitbestimmungspflichtig.²³ Wenn beide Instrumente in einem Betrieb eingesetzt werden sollen, dann ist es wichtig, dass beide Instrumente deutlich getrennt und unterschieden werden. In der Praxis wird typischerweise zunächst ein BEM anzubieten sein, da eine mögliche Alkoholabhängigkeit bei Arbeitsunfähigkeit von 6 Wochen oft noch nicht hinreichend deutlich ist. Den Mitgliedern im Integrationsteam eines BEM müssen daher durch fachliche Aus- oder Fortbildung die Indizien, die für Suchtabhängigkeit sprechen, hinreichend bekannt sein, so dass zum geeigneten Zeitpunkt der Einsatz eines Stufenplans geklärt werden kann.

Eine weitere Gemeinsamkeit zwischen BEM und Stufenplan besteht in der Bedeutung der betrieblichen Öffentlichkeit. Beide Verfahren müssen rechtzeitig im Betrieb bekannt sein, so dass für die Betroffenen

erkennbar ist, welche Möglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen. Eine sachliche Information ist aber auch wichtig für die Vorgesetzten sowie die anderen Beschäftigten, weil Suchtmittel bedingte Abhängigkeit zahlreiche Verunsicherung und offene Fragen mit sich bringt. Vor allem für Vorgesetzte ist eine rechtzeitige Fortbildung unverzichtbar, damit sie die ihnen übertragenen Aufgaben sachkundig bewältigen können. Fehlt eine solche Information und Fortbildung, dann geschieht es nicht selten, dass die Vorgesetzten Abhängigkeitsprobleme nicht ansprechen oder aber Verheimlichungsstrategien der Betroffenen stützen oder auch fördern. Auch in dieser Hinsicht können Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen auf die Ressourcen der Rehabilitationsträger zurückgreifen. Diese sind nach § 33 Abs. 6 Nr. 3 SGB IX verpflichtet, wenn die Betroffenen damit einverstanden sind, in geeigneten Fällen Informationen und Fortbildungen für Vorgesetzte und Beschäftigte zur Verfügung zu stellen. Auf solche Unterstützungsmaßnahmen können sie bereits bei der Einbeziehung der Rehabilitationsträger im BEM angesprochen werden, so dass sich auch an diesem Beispiel zeigt, wie hilfreich es sein kann, wenn BEM und Stufenplan miteinander verzahnt werden und sich gegenseitig ergänzen.

- 1 Grundlegend BAG 09.04.1987 – 2 AZR 210/86, NZA 1987, 811.
- 2 Dörner/Vossen in Ascheid/Preis/Schmidt, Kündigungsschutzrecht, 4. Aufl., 2012, § 1 Rn. 275.
- 3 Dörner/Vossen in Ascheid/Preis/Schmidt, § 1 Rn. 228.
- 4 Künzel, NZA 1997, 744.
- 5 LAG Berlin-Brandenburg 17.08.2009, LAGE § 1 KSchG Personenbedingte Kündigung Nr. 24.
- 6 Anschaulich LAG Berlin-Brandenburg v. 17.08.2009 – 10 Sa 506/09, dazu Kohte/Faber jurisPraxisReport-Arbeitsrecht 15/2011 Anm. 6.
- 7 Dazu LAG Chemnitz, jurisPR-ArbR 36/2006 m. Anm. Kohte/Faber.
- 8 LAG Hamm, LAGE § 1 KSchG Krankheit Nr. 33.
- 9 ArbG Naumburg, jurisPR-ArbR 26, 2008 m. Anm. Kohte/Faber.
- 10 BAG, NZA 2011, 39.
- 11 BT-Drs. 15/1783, S. 16.
- 12 Mehrhoff/Schian (Hrsg.) Zurück in den Beruf, 2009, S. 170.
- 13 Dazu Kohte, DB 2008, 582, 585; zustimmend BAG, NZA 2010, 389.
- 14 Kohte WSI-Mitteilungen 2010, 374 ff.
- 15 So bereits BAG NZA 2008, 173.
- 16 KSW/Kohte 2. Aufl. 2011 § 84 SGB IX Rn. 27.
- 17 Ausführlich in Kohte Juris PraxisReport-Arbeitsrecht 14/2009 Anm. 6.
- 18 LAG Hamm NZA 2001, 1221 und ausführlich LAG Berlin-Brandenburg LAGE § 1 KSchG Personenbedingte Kündigung Nr. 24.
- 19 LAG Hamm 03.02.2011 – 8 Sa 1373/10 sowie Kohte JurisPraxisReport-Arbeitsrecht 20/2011, Anm. 3 .
- 20 ArbG Naumburg, 06.09.2007 – 1 Ca 956/07, dazu Kohte/Faber jurisPR-ArbR 26/2008, Anm. 3.
- 21 Zu den Problemen, die bei einem Plan auftreten, der die betrieblichen Realitäten nicht hinreichend beachtet hat: BAG NZA 2007, 91.
- 22 Dazu Nebe DB 2008, 1801, 1804.
- 23 Ausführlich zu Dienstvereinbarungen und ihren Gestaltungsmöglichkeiten: Ohm PersR 2006, 204 ff.

Literatur

- | | | |
|---|--|---|
| ULRICH FABER, Was Betriebe für ihre Langzeitkranken tun müssen, <i>Soziale Sicherheit</i> 2008 S. 130 | WOLFHARD KOHTE, Betriebliches Eingliederungsmanagement und Bestandsschutz, <i>DB 2008, 582</i> | FRIEDRICH MEHRHOFF / HANS-MARTIN SCHIAN (Hrsg.), Zurück in den Beruf, Berlin 2009 |
| OLAF DEINERT, Kündigungsprävention und betriebliches Eingliederungsmanagement, <i>NZA 2010, 969</i> | WOLFHARD KOHTE, Das Betriebliche Eingliederungsmanagement – ein doppelter Suchprozess, <i>WSI-Mitteilungen 2010, 374</i> | KATJA NEBE, Stufenweise Wiedereingliederung und Betriebliches Eingliederungsmanagement – ein neues Kooperationsverhältnis, <i>DB 2008, 1801</i> |
| JÜRGEN FLECK / JOACHIM KÖRKELE, Der Rückfall alkoholabhängiger Arbeitnehmer als Kündigungsgrund, <i>BB 1995, 722</i> | RALF KREIKEBOHM / WOLFGANG SPELLBRINK / RAIMUND WALTERMANN (Hrsg.), Kommentar zum Sozialrecht (KSW), 2. Aufl. 2011 | THOMAS OHM, Suchtprobleme in der Arbeitswelt <i>PersR 2006, 204</i> |
| BERND GRÄFE, Arbeitsrechtliche Gestaltungsmöglichkeiten in Zusammenhang mit Alkoholerkrankungen, <i>BB 2001, 1251</i> | REINHARD KÜNZEL, Letztmals: Verhaltensbedingte Kündigung bei Verweigerung einer Alkoholtherapie, <i>NZA 1999, 744</i> | |

Zielgruppenspezifische Suchtprävention

Prev@WORK – Suchtprävention in der Ausbildung

Zahlen und Fakten

Beginnen möchte ich mit einigen Zahlen, die verdeutlichen, dass der problematische Konsum von Suchtmitteln beträchtliche Folgen und damit verbunden auch Folgekosten für die Betriebe nach sich zieht und Prävention sich in vielerlei Hinsicht lohnt.

Bereits 1976 hat Livingston in einer Studie des Stanford Research Institute herausgefunden, dass 5% der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen alkoholkrank sind und 10% als gefährdet gelten. In weiteren in der Zwischenzeit international durchgeführten Studien wurden diese Ergebnisse bestätigt, so dass sie auch heute noch als Orientierung gelten. Auch geht man davon aus, dass bei 20 bis 25% aller Arbeitsunfälle Personen unter Alkoholeinfluss involviert sind (WHO 2004). Allein die direkten Kosten alkoholbedingter Arbeitsunfälle mit Sachschäden im Betrieb beliefen sich 2007 in Deutschland auf 1,046 Mrd. Euro (Quelle: Adams & Effertz 2011). Die indirekten Folgekosten, z.B. durch unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit, sind in dieser Zahl noch nicht enthalten und übersteigen die genannten um ein Vielfaches.

Bereits 1999 haben Mangoine et. al. einen sich nahezu linear verhaltenden Zusammenhang zwischen durchschnittlichem Alkoholkonsum und Beeinträchtigung der Arbeitsleistung festgestellt, wobei die stärksten Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Verspätungen und früher gehen sowie hinsichtlich einer Verringerung der Arbeitsleistung trotz Anwesenheit bestehen (Präsentismus). Ein schwächerer Zusammenhang besteht zwischen Alkoholkonsum und Fehltagen (Absentismus). Demgegenüber sieht jede 5. Arbeitnehmerin bzw. jeder 5. Arbeitnehmer die berufliche Leistungsfähigkeit durch einen Vollrausch am Vorabend nicht gefährdet und jeder 3. junge Erwerbstätige trinkt mindestens einmal im Monat fünf oder mehr alkoholische Getränke in 2–3 Std. (Rauschtrinken), 27% trinken sich zwei bis dreimal monatlich in den Rausch, 7,2% sogar wöchentlich. Insgesamt lässt sich feststellen, dass Alkohol bei den Suchtmitteln an erster Stelle steht. (Quelle: DAK Gesundheitsreport 2011). Eine Studie des Bundesamtes für Gesundheit der Schweiz und der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) aus 2010 zu alkohol-

bedingten Kosten am Arbeitsplatz bestätigt die oben benannten alkoholbedingten Beeinträchtigungen der Arbeitsleistung. Sie geht von 5% problematisch/abhängig trinkenden Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus, die alkoholbedingte Produktivitätsverluste von 15% aufweisen, davon resultieren 83% aus Produktivitätseinbußen (Präsentismus), 13% aus Fehlzeiten (Absentismus) und 4% als Folge von Unfällen. Darüber hinaus hat sich diese Studie aber auch mit dem Nutzen von Prävention befasst und hierzu 1.300 Personalverantwortliche befragt. Mehr als 70% der Unternehmen, die ein Präventionsprogramm betreiben, ziehen danach eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz aus ihren Programmen und beschreiben positive Auswirkungen auf das Arbeitsklima sowie ein Abnehmen von Alkoholproblemen, Fehlzeiten und Unfällen. Eine Studie, auf die ich an dieser Stelle eingehen möchte, ist eine Untersuchung des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BIBB) aus 2005 zum Thema „Alkohol und Drogenkonsum bei Auszubildenden und jungen Berufstätigen“. In dieser wird nicht nur festgestellt, dass Alkohol (in erster Linie) und illegale Drogen ein ernst zu

nehmendes Thema bei Auszubildenden sind. Als direkte und indirekte Folgen werden u.a. gesundheitliche und soziale Probleme, Fehlzeiten, erhöhte Fehlerquoten, Leistungseinbußen, Schul- und Ausbildungsversagen sowie die Gefährdung der Arbeitssicherheit benannt. Darüber hinaus als problematisch wird das Dulden bzw. Hinwegsehen sowie die gefilterte Wahrnehmung der Verantwortlichen beurteilt, weshalb die Verankerung nachhaltiger Präventionskonzepte in der Berufsausbildung gefordert wird.

Was spricht für diesen Setting-Ansatz? Der größte Teil junger Menschen konsumiert Suchtmittel, ohne ein Problembewusstsein, geschweige denn Kontakt zum Hilfesystem zu haben, und das mit z.T. durchaus riskanten Konsummustern. So bleibt der Konsum häufig lange unerkannt und wird verharmlost. Dies schlägt sich auch in der Suchthilfestatistik nieder. Insbesondere Patienten und Patientinnen mit der behandlungsleitenden Diagnose Alkohol werden erst nach Jahren problematischen Konsums erreicht. Sie sind im Mittel die ältesten unter den Suchtpatientinnen und -patienten: ambulant: 43 Jahre, stationär: 45 Jahre (vgl. Deutsche Suchthilfestatistik 2011). Präventionsaktivitäten innerhalb der Ausbildung ermöglichen ein früheres Erreichen junger Menschen.

Prev@WORK – Entstehung und Konzept

Vor diesem Hintergrund haben wir das Suchtpräventionsprogramm Prev@WORK konzeptioniert. Begonnen hat es im Jahr 2006 mit der Fachberatung der Hauptjugendauszubildendenvertretung (HJAV) des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) zur Implementierung suchtpreventiver Maßnahmen im Ausbildungsbereich. In diesem Kontext wurde das Kurzkonzept „Suchtprävention in der Berufsausbildung“ erstellt und 2007 in der Sitzung des Hauptpersonalrates des Ministeriums präsentiert. Mit Erlass vom September 2008 wurde das Arbeitsschutzmanagementsystem-Handbuch der nachgeordneten Behörden der Bundesverwaltung für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung um den Baustein „Suchtprävention in der Berufsausbildung“ ergänzt. Dem folgte die Durchführung und Evaluation eines Pilotseminars für Vertreter und Vertreterinnen der Verwaltung und der Koordinierungsstelle Arbeitssicherheit sowie für Mitglieder der HJAV, mittels dessen sich diese Verantwortungsträger von der Qualität des Konzeptes überzeugen konnten. Daraufhin wurden noch im Dezember die ersten Seminare für die Auszubildenden durchgeführt, welche seitdem zum festen Bestandteil der Ausbildung im ersten und dritten Lehrjahr aller Auszubildenden im BMVBS und seiner nachgeordneten Behörden gehören. Das erste Anwender-Handbuch wurde über den Jahreswechsel 2009/2010 im Auftrag des BMVBS

erstellt und ist inzwischen im Rahmen des Bundesmodellprojektes überarbeitet und aktualisiert worden.

Das Konzept von Prev@WORK berücksichtigt drei unterschiedliche Zielgruppen und verfolgt jeweils spezifische Zielsetzungen.

1. Entscheidungsträger und -trägerinnen

- Führungskräfte
- Personalräte, Jugendauszubildendenvertretungen
- Qualitätsbeauftragte / Gesundheitsbeauftragte

Ziele sind hier:

- ein Überprüfen der Betriebskultur (welchen Stellenwert hat Alkohol? Wird er im beruflichen Kontext, z.B. anlässlich von Feierlichkeiten, getrunken oder in der Kantine verkauft?)
- die Stärkung suchtpreventiver Strukturen
- die Etablierung verbindlicher Regelwerke
- das Festlegen von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- der Abbau Sucht fördernder Arbeitsbedingungen (z.B. Über- oder Unterforderung, Mangel an Wertschätzung, Stress)
- die Etablierung gesundheitsfördernder Angebote und Strukturen (z.B. Entspannungstrainings, Betriebs-sport oder auch Gewährleistung von Flexibilität, um beispielsweise Beruf und Familie vereinbaren zu können und kooperative Teamarbeit zu fördern)
- eine Dienstvereinbarung Sucht/ Suchtprävention und das Entwickeln eines Handlungskonzeptes

2. Ausbilder/innen bzw. Lehrende

Hier sind die Hauptziele:

- Das Entwickeln suchtpreventiver Haltung durch das Vermitteln von Hintergrundwissen und das Anregen von Auseinandersetzung mit eigenen Anschauungen.
- Der Ausbau von Handlungskompetenz. Thematisch geht es hierbei im Wesentlichen um das Erkennen problematischen Konsums, um Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung sowie um Möglichkeiten der Kooperation mit innerbetrieblichen und externen Hilfsdiensten.
- Die Förderung verantwortlichen Handelns – eben nicht zu Dulden und über bestehende Auffälligkeiten und Probleme hinwegzusehen.

3. Auszubildende

In den Seminaren für die Auszubildenden geht es im Wesentlichen um:

- die Vermittlung von Grundwissen zu den Risiken des Konsums psychoaktiver Substanzen und süchtiger Verhaltensweisen,
- die Reflexion des eigenen (Konsum-)Verhaltens,
- das Erlangen von Risikokompetenz im Umgang mit Suchtmitteln,
- die Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Suchtmitteln,
- die Verringerung von schädlichen Folgen sowie von Suchtmittelkonsum bedingten Arbeitsausfällen und Fehlerquoten.

Theoretische Grundlagen

In der Vorbereitung auf die Suchtkonferenz habe ich mich gefragt, wie ich im Alltag eigentlich Risikokompetenz erlange. Meine Überlegungen möchte ich Ihnen anhand meines Hobbys nahebringen – dem Wildwasserpaddeln. Da gibt es Stellen, z.B. größere Wasserfälle, die ich nicht befahre. Warum? Zum einen kann ich das Risiko in Verbindung mit meinen Fähigkeiten einschätzen und scheue die möglichen Konsequenzen, zum anderen traue ich mich „Nein“ zu sagen, auch wenn andere das Wagnis eingehen. Durch das Zusammenspiel von Wissen und Selbstreflexion wird die Entwicklung einer eigenen Haltung ermöglicht. Natürlich basiert meine Einschätzung z.B. von der Schwierigkeit bestimmter Flusspassagen z.T. auf Erfahrungen mit vergleichbaren Stellen (so manch Unbedarft habe ich durch das sorglose Hineinfahren in Stellen, die z.B. „Waschmaschine“ genannt werden, verloren), aber man kann und sollte nicht alles erst ausprobieren, sondern muss manche Lehre auch aus Erfahrungen anderer oder allgemeinen Erkenntnissen ziehen. Ähnlich verhält es sich m.E. mit dem Suchtmittelkonsum.

Damit Prävention auch nachhaltig wirksam ist, muss sie den bewährten Standards folgen, die die BZgA in ihrer „Expertise zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs“ 2006 benannt hat. Dazu gehört, dass Prävention

- mehr ist als nur reine Informationsvermittlung,
- Lebenskompetenzen fördert,
- interaktive Methoden / Programme nutzt,

- Projektcharakter hat, da Einzelmaßnahmen keine gewünschten Effekte bringen,
- das gesamte System erreicht,
- und auf den Erkenntnissen bewährter Theorien basiert.

All dies berücksichtigen wir in Prev@WORK. Darüber hinaus folgen wir den Annahmen der themenzentrierten Interaktion und sind davon überzeugt, dass Ansichten und Haltungen nachhaltig entwickelt und verändert werden durch das In-Beziehung-Setzen von Wissen mit der eigenen Persönlichkeit mit all ihren Fähigkeiten, Schwächen und Bedürfnissen.

Weitere theoretische Grundlagen bilden das Konzept der Risikokompetenz nach Franzkowiak und das Transtheoretische Modell der Veränderung nach Prochaska und DiClemente. Danach muss davon ausgegangen werden, dass jede Veränderung kein einmaliges Ereignis ist, sondern ein Prozess, der charakteristische Stadien durchläuft. Auch ist es notwendig, Interventionen dem jeweiligen Stadium des Prozesses anzupassen, da sie sonst nicht erfolgreich sind und im schlimmsten Fall sogar kontraproduktiv wirken.

Beispiel: Es hat keinen Sinn, einem Auszubildenden, der absichtslos gegenüber einer Veränderung hinsichtlich des Rauchens ist, einen Flyer mit Raucherentwöhnungsangeboten anzubieten. Selbst eine Person, die ambivalent einer Veränderung gegenübersteht, „zwingt“ man womöglich in den Widerstand und somit erst recht in das nicht gewollte Verhalten, wenn man allzu sehr auf eine Verhaltensänderung drängt. Darüber hinaus sind wir davon überzeugt, dass Erfolge präventiver Arbeit auf der Basis plausibler



Wirkungs- oder Interventionsmodelle auch nachgewiesen werden können. Folgende Wirkungszusammenhänge setzen wir voraus:

- Die grundsätzliche Akzeptanz einer Maßnahme ist eine wichtige Grundlage für deren Wirksamkeit.
- Wissen ist Voraussetzung für eine Abwägung möglicher Folgen und Konsequenzen – zumindest ein kurzfristiger Wissenszuwachs ist messbar.
- Veränderungen von Ansichten und Haltungen zeigen sich mittel- bis langfristig, z.B. bei Nachbefragungen.
- Vermittelte Inhalte müssen praxisrelevant sein, damit Ausbilder und Ausbilderinnen diese auch umsetzen können.

Thesen, die für die angenommene Wirksamkeit der Präventionsseminare

für die Auszubildenden Relevanz haben:

- Wer Wirkungen, Risiken und Regeln kennt, weiß, welche negativen Konsequenzen drohen und kann diese bewusst meiden.
- Wer Bewusstheit über eigene Konsummotive und -muster hat, kann diese hinterfragen.
- Wer problematisches (Konsum-) Verhalten erkennt, kann intervenieren.
- Wer weiß, wie auf problematisches Verhalten reagiert werden sollte, hat mehr Sicherheit im Umgang damit.
- Eine bewusste Thematisierung von Suchtmittelkonsum im betrieblichen Kontext verändert die Betriebskultur.

Praktische Umsetzung

Nun ein kurzer Überblick über das Curriculum und damit über das Themenspektrum der Seminare für die Auszubildenden:

Zum Konzept gehören ein Grundlagen- und ein Ausbauseminar, das in einem mindestens 3-monatigen zeitlichen Abstand durchgeführt werden soll. Jedes der Seminare ist 2-tägig mit jeweils 5 Zeitstunden Inhalt. (Abb. 1 und 2)

Der Test in Baustein 4 des Grundlagenseminars verleiht dem Seminar eine besondere Ernsthaftigkeit, denn das Seminar soll zwar Spaß machen, aber auch ernst genommen werden. Gleichzeitig dient der Test dazu, zu prüfen, ob das vermittelte Wissen auch verstanden bzw. aufgenommen wurde.



Bevor ich zu unseren Erfahrungen mit den Auszubildenden komme, möchte ich eine Anekdote aus unserer Praxis erzählen: Die Berufsfelder, in denen das BMVBS bzw. seine nachgeordneten Behörden ausgebildet sind vielfältig. Da finden sich Bürotätigkeiten ebenso wie klassische Bauberufe. Zu diesen gehören auch die Ausbildungsklassen der Wasserbauer: Klassen von ca. 25 in der Regel männlichen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen, die – zumindest dem Vorurteil nach – dem Alkohol durchaus zugetan sind. In unserem ersten Seminar für eine Wasserbauerklasse sahen sich die Trainerinnen und -trainer dann auch Teilnehmern und Teilnehmerinnen gegenüber, die alle das gleiche T-Shirt mit der Aufschrift „morgens müde, abends blau – wir sind die Jungs vom Wasserbau“ trugen. Anscheinend

hatten diese sich das T-Shirt extra für die Suchtpräventionsveranstaltung anfertigen lassen. Trotz der damit zur Schau getragenen, zu Beginn eher widerständigen Haltung, hat das Seminar den Wasserbauern aber dennoch gefallen.

Überhaupt beobachten wir immer wieder ein großes Interesse am Thema und das Bedürfnis, darüber zu reden und sich auszutauschen. Die vermittelten Inhalte werden mit dem eigenen Alltag verknüpft, was die Ernsthaftigkeit der Auseinandersetzung unterstreicht. Gleichzeitig machen die Seminare dank der vielfältigen Methoden Spaß. Interessant ist für uns immer wieder: der von den Auszubildenden formulierte Wunsch nach eindeutigen Regeln und Grenzen.

Hier einige wörtliche Zitate aus den Rückmeldebögen:
 „spielerische Vermittlung von Wissen“
 „dass die Teilnehmer mit einbezogen wurden, dadurch kam keine Langeweile auf“
 „überhaupt darüber zu sprechen“
 „Aufgaben selbstständig lösen, keine langen theoretischen Vorträge, Eigeninitiative zeigen“
 „da blieb wirklich was hängen“
 „dass auf Fragen in der Gruppe so offen und ehrlich geantwortet wurde“

Evaluationsergebnisse

Am Grundlagenseminar haben bislang 492 Auszubildende des BMVBS im Alter von 16 – 27 Jahren teilgenommen (Stand: 15.10.2011). 98% haben im Rahmen der anonymen, standardisierten Befragung Rückmeldungen zum Seminar gegeben. Alle bis auf einen Teilnehmer oder eine Teilnehmerin waren mit dem Seminar insgesamt zufrieden (82% „sehr zufrieden“, 17,8% „eher zufrieden“). 92% gaben an, „dazu gelernt“ zu haben. 100% fanden, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen die Sachverhalte gut vermittelt haben und 93% beurteilten die Bearbeitung des Themas als wichtig. Anknüpfend an die oben gemachten Aussagen zu Wirkungszusammenhängen wird deutlich, dass die Seminare eine ausgesprochen hohe Akzeptanz genießen und zumindest kurzfristige Wirkungen erzielen (Wissenszuwachs).

Am Aufbau-seminar haben bislang 122 Auszubildende im Alter von 18 – 27 Jahren teilgenommen (Stand: 30.09.2011). Alle haben sich an der Fragebogenerhebung beteiligt. Fast alle (98%) waren mit dem Seminar zufrieden und bestätigten die gute Vermittlung der Sachverhalte. Neue Erkenntnisse gewonnen haben immerhin 84% und 80% gaben an, dass sie zum Nachdenken angeregt wurden. Über die Hälfte der Teilnehmenden des Aufbau-seminars gaben außerdem an, dass sie seit dem Grundlagenseminar ihr Trinkverhalten genauer beobachten und jeweils ca. 2/3 setzten sich nachhaltig mit der Thematik auseinander bzw. hatten in der Zwischenzeit Gelegenheit, das Erlernte Wissen bei anderen anzuwenden. Durch diese Nachbefragung

wird deutlich, dass die Prev@WORK-Seminare auch mittel- bis längerfristige Wirkungen erzielen.

Darüber hinaus wurden bislang 4 Ausbilderschulungen mit insgesamt 58 Teilnehmern und Teilnehmerinnen durchgeführt und evaluiert, wovon 91 % eine Wissens- und Kompetenzerweiterung durch das Seminar bestätigten. Ebenfalls 91% waren der Ansicht, dass sie die Inhalte in ihrer beruflichen Praxis nutzen können und fast zwei Drittel wünschen sich aufbauende Schulungen, insbesondere zur Gesprächsführung.

Die Evaluationsergebnisse unterstreichen den Qualitätsstandard des Prev@WORK-Konzeptes, Maßnahmen der Suchtprävention auf allen relevanten Ebenen im Betrieb zu implementieren und miteinander zu verknüpfen.

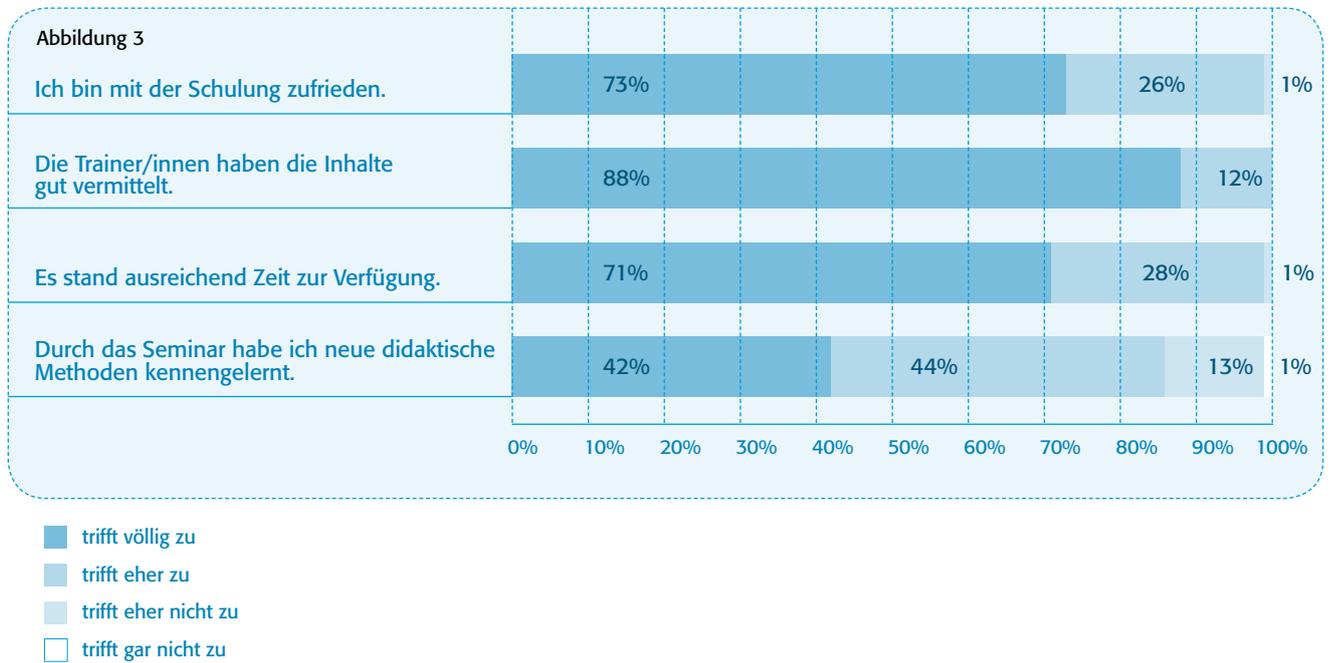
Das Bundesmodellprojekt

Seit dem 01.03.2011 ist Prev@WORK Bundesmodellprojekt, an dem sich 7 Bundesländer beteiligen. 90 Fachkräfte wurden in diesem Rahmen zu Prev@WORK-Trainern und Trainerinnen ausgebildet, vornehmlich aus Suchtpräventionseinrichtungen, aber auch aus Berufsschulen und Berufsorientierungs- und Berufsvorbereitungsmaßnahmen sowie aus der betrieblichen Berufsausbildung. Auch das Bundesland Niedersachsen hat 12 Präventionsfachkräfte zu Prev@WORK-Trainern und -trainerinnen ausbilden lassen, koordiniert von Ricarda Henze von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen. Das Bundesmodellprojekt läuft am 29.02.2012 aus. Wir sind allerdings sehr zuversichtlich, dass wir von anderer Seite eine Förderung erhalten, um auch nächstes Jahr Trainerseminare anbieten zu können.

In Pilotschulungen wird derzeit die Handhabbarkeit des standardisierten Trainermanuals und die Übertragbarkeit des Programmes auf andere Settings überprüft – die Ergebnisse der externen Evaluation dieser Schulungen durch das wissenschaftliche Institut StatEval stehen allerdings noch aus, da der Erprobungszeitraum noch nicht abgelaufen ist. Erste Ergebnisse hinsichtlich der Evaluation der Trainerseminare finden sich in folgenden Grafiken.

Wie sich in Abb. 3 zeigt, sind die Trainerschulungen ausgesprochen positiv bewertet worden und auch das Konzept des Programmes wird laut Abb. 4 fast ausschließlich als genau richtig eingeschätzt.

Abbildung 5 stellt dar, wie zuversichtlich die Teilnehmenden der 2-tägigen Trainerausbildung sind, Prev@WORK-Seminare selbstständig durchführen zu können und setzt diese Selbsteinschätzung ins Verhältnis mit ihren bisherigen beruflichen Vorerfahrungen. Die große Mehrheit insbesondere der erfahrenen Suchtpräventionsfachkräfte ist diesbezüglich zuversichtlich. Nur wenige der ausgebildeten Trainer und Trainerinnen sind eher unsicher, ob Sie sich die Umsetzung zutrauen können. Es handelt sich hierbei ausschließlich um Personen, die bislang unerfahren in der Umsetzung suchtpräventiver Programme sind.



Auf die offene Frage, was den Trainee-rinnen und Trainern am Durchführungskonzept gefällt, wurden insbesondere die Struktur, der Aufbau, die Methoden sowie die Vielfalt genannt. Das klar strukturierte Handbuch und die vorhandenen Arbeitsmittel wurden ebenfalls häufig positiv hervorgehoben. Zudem gaben die Befragten an, dass das Konzept inhaltlich und methodisch gut durchdacht sei und genügend Raum für eine flexible Anpassung an die jeweilige Zielgruppe böte. Als mögliche Schwierigkeit bei der Umsetzung wurde vor allem der zeitliche Umfang benannt, da Schulen und Betriebe eventuell nicht bereit seien, die benötigte Zeit zur Verfügung zu stellen.

Es ist durchaus nachvollziehbar, dass Betriebe möglichst wenige Ressourcen investieren möchten, selbstverständlich bei maximaler Wirkung. Das unterscheidet sie nicht unbedingt von anderen Kunden. Nur – und an dieser Stelle wünsche ich mir eine selbstbewusste Suchtprävention – hat dies eben seine Grenzen, denn wer erfolgreich Prävention betreiben will, muss auch investieren – die Rückenschule und andere Präventionskurse sind auch keine Einmalveranstaltungen. Ich bin darüber hinaus davon überzeugt, dass es die demographische Entwicklung perspektivisch nicht zulässt, dass Auszubildende aufgrund von problematischem Substanzkonsum bzw. Verhalten „verlorengehen“. Es geht nicht darum, Suchtmittel wie Alkohol grundsätzlich zu verteufeln, sondern darum, das richtige Maß zu finden und die Regeln der Punkt-nüchternheit einzuhalten.

Abbildung 4

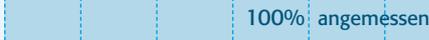
Der vorgesehene Themenumfang des Seminarconzeptes Prev@Work ist ...



Der Themeninhalte des Seminarconzeptes Prev@Work sind ...



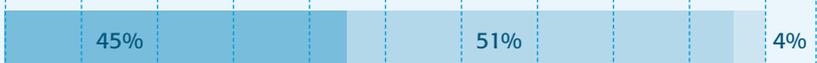
Die didaktischen Methoden sind dem Inhalt ...



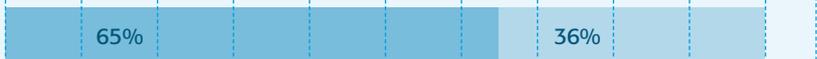
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Abbildung 5

gesamt



bereits häufiger als 3 Mal suchtpreventive Programme durchgeführt



1–3 Mal suchtpreventive Programme durchgeführt



noch kein suchtpreventives Programm durchgeführt



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

- sehr sicher
- eher sicher
- eher unsicher

Kultursensible Suchtprävention in Betrieben

Da ich keinen Vortrag halte, ohne auf den Stellenwert der Suchtprävention innerhalb der deutschen und europäischen Drogen- und Suchtpolitik hinzuweisen, beginne ich meinen Vortrag mit dem 4-Säulen-Modell, bei dem Suchtprävention gleichberechtigt neben Beratung, Behandlung, Schadensbegrenzung und Repression steht. Dies spiegelt sich nicht immer in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern wider – im betrieblichen Kontext beispielweise hat sich die Prävention (z.B. Rückenschule) mittlerweile etabliert, die Suchtprävention führt jedoch nach wie vor eher ein stiefkindliches Dasein.

Daten und Fakten

Zu Beginn möchte ich einige Erkenntnisse benennen, die verdeutlichen, dass kultursensible Ansätze in der Suchtprävention dringend notwendig sind. An folgenden Beispielen, die kulturelle Unterschiede verdeutlichen, ohne etwas über das Konsumverhalten des Einzelnen auszusagen, wird dies deutlich.

- Shisha-Rauchen ist tradierter Bestandteil der arabischen Kultur.
- In der russischen Kultur ist Alkohol ein fester Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens; in der türkischen ist er aufgrund des häufig auftretenden muslimischen Glaubens eher verpönt.
- Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund gelten als besonders gefährdet spielsüchtig zu werden.
- Bei männlichen Jugendlichen mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund ist der Missbrauch von Tilidin besonders hoch.

Die Notwendigkeit kultursensibler Suchtprävention zeigt sich besonders angesichts der Tatsache, dass nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Migrantinnen und Migranten die am meisten gefährdete Gruppe für missbräuchlichen Suchtmittelkonsum darstellen und nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) in Deutschland ca. 300.000 Menschen mit Migrationshintergrund abhängig sind, der Anteil liegt bei ca. 15% – was sich in den Behandlungszahlen allerdings nicht niederschlägt.

Sucht und Migration

Dass Migration ein erhöhtes Gesundheitsrisiko nach sich zieht ist bekannt und wird durch zahlreiche Studien belegt. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Neben den bekannten migrationsspezifischen Gründen, wie Entwurzelung und Sprachproblemen spielen auch sozioökonomische Gründe, wie Benachteiligung, die oftmals bereits in der Herkunftskultur aufgetreten ist, oder die berufliche Stellung eine Rolle. Häufig werden z.B. Berufsabschlüsse nicht anerkannt, sodass erlernte Berufe nicht ausgeübt werden können. Darüber hinaus wird das Risiko durch Informationsdefizite und weitere Zugangsbarrieren in das Versorgungssystem erhöht. Kulturspezifische Gründe für ein erhöhtes Risiko sind zum Beispiel ein anderes Verständnis von Krankheit und Gesundheit (im besonderen vom Begriff Abhängigkeit – so wird Sucht in vielen Kulturen als Charakterschwäche verstanden), sowie die Akzeptanz von Suchtmitteln in den jeweiligen Kulturen.

Risiko- und Schutzfaktoren

Analog des Suchtdreieckes von Kielholz- und Ladewig (1972) entsteht Sucht in einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge, wonach man in der Persönlichkeit, in der Umwelt und auch im Suchtmittel sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren definieren kann. Diese bedingen sich gegenseitig und begünstigen bzw. verhindern eine Suchtentwicklung. In der Prävention versucht man entsprechend diesem Modell die allgemeinen Schutzfaktoren zu stärken. Gerade im Setting Betrieb gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, Schutzfaktoren zu stärken. Bei Menschen mit Migrationshintergrund spielen darüber hinaus besondere Risiko- und Schutzfaktoren eine Rolle:

Schutzfaktoren können sein:

- starker familiärer Zusammenhalt
- Beeinflussung der Verfügbarkeit von Suchtmitteln durch kulturelle Einbindung bzw. Bewertung
- soziale Kontrolle (z.B. bei Mädchen kann sich einschränkend auf das Konsumverhalten auswirken)

Risikofaktoren können sein:

- Erfahrung von Diskriminierung
- schlechtere soziale Chancen
- Entwurzelung
- Loyalitätskonflikte z.B. bei Kindern
- mangelnde Sprachkenntnisse
- mangelnde Bildung oder Nichtanerkennung der Ausbildung im Herkunftsland

Kultursensible Suchtprävention

Aufgrund der besonderen Gefährdung dieser Bevölkerungsgruppe ist die kultursensible Suchtprävention im Allgemeinen, und im Betrieb im Besonderen, ein Muss. Sie kann nur wirken, wenn man diese als Querschnittsaufgabe begreift. Voraussetzung dafür ist ein genaues Hinsehen und aktive Einbeziehung / Partizipation aller Beteiligten. Dazu ist es notwendig, alle Beteiligten zu fragen: „Was brauchen Sie?“ Über kulturelle Hintergründe sollte man ins Gespräch kommen und Unterschiede nicht als starr und unveränderlich betrachten.

Ziele kultursensibler Suchtprävention

Vor der Entwicklung suchtpreventiver Strategien und Ansätze im Betrieb ist es notwendig Ziele kultursensibler Prävention zu benennen. Diese sollten Verhaltens- und Verhältnispräventive Ansätze vereinen:

- Ängste und Vorurteile abbauen
- Sensibilisierung für Risikofaktoren
- Förderung von Lebenskompetenzen
- Bekanntmachung des Hilfesystems
- Förderung der Bereitschaft, Hilfe durch professionelle Dienste zu beanspruchen
- Möglichst frühzeitige Intervention bei missbräuchlichen Konsum durch persönliche Kontaktaufnahme

Kulturelle Unterschiede

Ein Beispiel für typische kulturelle Unterschiede hat Friedemann Schulz von Thun unter Zuhilfenahme des Riemann-Thomann-Modells verdeutlicht. Im allgemeinen lassen sich nach Riemann (1975) und Thomann (1988) vier verschiedene menschliche Grundausrichtungen beobachten: das Bedürfnis nach Nähe (z.B. zwischenmenschlicher Kontakt, Harmonie, Geborgenheit), nach Distanz (z.B. Unabhängigkeit, Ruhe, Individualität), nach Dauer (z.B. Ordnung, Regelmäßigkeiten, Kontrolle) und nach Wechsel (z.B. Abwechslung, Spontanität, Kreativität). Die Abbildung 1 von Schulz von Thun veranschaulicht, dass Menschen, die südländischen Kulturen entstammen, häufig hinsichtlich ihrer Grundausrichtung anders sind als „typisch Deutsche“, d.h. Deutsche ohne Migrationshintergrund (Abb. 1).

Interkulturelle Kompetenz

Um diese und weitere Unterschiede nicht außer Acht zu lassen ist bei der Interaktion mit Menschen anderer Kulturen eine Interkulturelle Kompetenz notwendig. Darunter versteht man eine Haltung der Offenheit und des Interesses für den Anderen, Sensibilität für Vielfalt, Unterschiedlichkeit und Individualität, die Bereitschaft, andere kulturelle Hintergründe verstehen und wertschätzen zu wollen, sowie die Fähigkeit, fremd anmutende Verhaltensweisen nicht gleich zu bewerten und als Hemmnisse zu kategorisieren.

Abbildung 1



Dazu möchte ich eine kleine Geschichte erzählen: „Bei meiner früheren Tätigkeit als Suchtberaterin kam eines Tages ein türkischstämmiger männlicher Klient in Begleitung von 8 Familienangehörigen in die Beratung. Meine ersten Gedanken waren: Was soll das denn? Der Beratungsraum hat nur Platz für 2–3 Personen, unter diesen Umständen kann keine Beratung durchgeführt werden und überhaupt sind die bestimmt alle coabhängig. Nach kurzer Überlegung habe ich mich dann aber doch dazu entschlossen, von dem üblichen Vorgehen abzuweichen und alle in den Team-Besprechungsraum gebeten. Dort wurde geklärt, wer in welcher „Funktion“ dabei ist und es wurden gemeinsam Gesprächsregeln vereinbart. Das Beratungsgespräch nahm einen konstruktiven Verlauf. Es war richtig und wichtig, dass das Gespräch in dieser Konstellation geführt wurde, denn mit dem Aufsuchen der Bera-

tungsstelle ist die Familie bereits einen großen Schritt gegangen, weg von der kulturell verankerten Tradition, Probleme innerhalb der Familie zu lösen. Diese sofort völlig außen vor zu lassen, wäre sicher eine zu große Hürde gewesen. Bildlich gesprochen bin ich ebenfalls einen Schritt auf die Familie und deren Tradition zugegangen, um erst mal eine Basis für weitere Gespräche in kleinerem Kreis zu schaffen. Es war außerdem schnell klar, dass die Familienangehörigen nicht coabhängig waren und ich sie einfach „in diese Schublade“ gesteckt hatte. Ich denke, dies passiert uns immer wieder – ich habe für mich daraus gelernt, mehr darauf zu achten, mich vorurteilsfrei auf neue Situationen einzulassen.“ Der Prozess der Entwicklung gendergerechter und interkultureller Kompetenz soll jedoch kein Add-on in einer ohnehin verdichteten Lern- und Arbeitswelt sein. Es erwartet niemand, dass man jede Kultur und Tradition

kennt, denn es geht nicht nur um den Erwerb „verwertbaren“ Wissens, sondern gleichzeitig auch darum, Erkenntnis darüber zu erlangen, was nicht gewusst werden kann. Dies bezeichnete Paul Mecheril pointiert als „Kompetenzlosigkeitskompetenz“ – ein, wie ich finde, entlastender und Mut machender Begriff, der eine offene und selbstbewusste Haltung zum Ausdruck bringt. Darüber hinaus ist es notwendig eine Verstehens-Kompetenz herauszubilden, die sich anhand eines kommunikationspsychologischen Modells erläutern lässt: Der klassische Dreischritt menschlicher Kommunikation besteht in der Beobachtung bestimmter Phänomene, in der Interpretation dieser Beobachtung und in der Reaktion auf die eigene Interpretation. Daraus ergibt sich, dass Interkulturelle Kompetenz die Entwicklung einer Selbstwahrnehmung, die die eigenen Lebensweise und kulturelle Einbin-

Beobachtung eines Phänomens → Interpretation der eigenen Beobachtung → Reaktion auf die eigene Interpretation

derung als eine unter vielen Möglichkeiten begreift, erfordert. Dazu ist es notwendig, herauszufinden, welche Eigenschaften Ärger bei mir hervorrufen und diese auf kulturelle Hintergründe zu überprüfen. Da wir dazu neigen, bestimmte „Anpassungsleitungen“ als normal vorzusetzen und zu erwarten, möchte ich hier ein kleines persönliches Beispiel erwähnen und dazu motivieren, genauer hinzuschauen und vermeintliche Selbstverständlichkeiten zu sehen und wertzuschätzen: „Als ich vor gut 20 Jahren für ein halbes Jahr in Brasilien gelebt habe, bin ich mit meinen eigenen kulturell geprägten Routinen konfrontiert worden. Pünktlichkeit in allen Lebensbereichen gewohnt, habe ich diese selbstverständlich auch in Brasilien an den Tag gelegt. Bald habe ich gemerkt, dass es dort bei privaten Verabredungen überhaupt nicht üblich ja fast schon nicht schicklich gewesen ist, pünktlich zu kommen. Vielmehr zeigte sich Zwanglosigkeit, Entspanntheit und Lebensfreude in zum Teil mehrstündigen Verspätungen. Obwohl sich diese Erfahrung immer wieder bestätigte und ich es eigentlich „besser wusste“, ist es mir während meines gesamten Aufenthaltes in Brasilien nicht gelungen, mein Verhalten zu modifizieren – mich kulturell anzupassen. Konsequenz war, dass ich zahllose Male wartend allein in Cafés gesessen oder an der Bushaltestelle gestanden habe.“

Interkulturelle Kompetenz in Institutionen

Der Vorteil von Institutionen ist der, dass Organisations- und Leitungsstrukturen Unterstützung geben. Üblich und wünschenswert sind hier top-down-Ansätze, aber auch bottom-up-Ansätze sind möglich. Voraussetzung ist eine Entmoralisierung der Arbeitsatmosphäre, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Ausbildung bzw. Weiterentwicklung interkultureller Kompetenz erlaubt. Auch das Einbeziehen von Fachwissen – zum Beispiel Präventionsfachkräfte des jeweiligen Bundeslandes, sowie die Vernetzung mit anderen Institutionen wie Migrantenorganisationen und die Verwendung mehrsprachiger Materialien sind empfehlenswert.

Erfolgsprinzipien des Setting-Ansatzes

Der Setting-Ansatz ermöglicht die Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention, sowie die Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter / der Betroffenen. Diese können sich an:

- Bestandsaufnahme
 - Problembestimmung
 - Maßnahmenentwicklung
 - Durchführung
 - Bewertung
- beteiligen. Der Setting-Ansatz ist eine ideale Voraussetzung, nachhaltige,

gesundheitsfördernde Strukturen zu schaffen. Dabei sollte Vernetzung stattfinden, wo notwendige Ressourcen und Kompetenzen fehlen, um systematisch Gender- und Diversitygerechte Suchtprävention zu etablieren.

Empfehlungen für die betriebliche Suchtprävention

- Lernen Sie den Namen des Mitarbeiters oder der Mitarbeiterin, des Kollegen oder der Kollegin richtig auszusprechen.
- Lernen Sie Begrüßungsformeln und Danke.
- Migration ist nie eine leichte oder einfache Erfahrung. Achten Sie darauf, dass Sie die Migrationserfahrung Ihres Gegenübers anerkennen und sie mit Respekt behandeln.
- Machen Sie sich Ihre unterschwelligen Anpassungsforderungen an Menschen bewusst, die nach Deutschland gekommen sind, um hier zu leben und zu arbeiten.
- Nutzen Sie Wissen über Gender- und Diversity-spezifisches Suchtverhalten – aber stecken Sie die Menschen nicht in Schubladen.
- Halten Sie zuweilen inne, um über Ihre dazu gewonnenen persönlichen Erfahrungen nachzudenken.
- Seien Sie im interaktiven Austausch geduldig mit sich und Anderen. Geduld ist wohl die interkulturelle Kompetenz, die an erster Stelle im kulturübergreifenden Miteinander steht.

- Nutzen Sie kulturelle Unterschiede für den Teamgeist im Betrieb.
- Ermöglichen Sie in der Kantine eine Auswahl an Essensangeboten.
- Ermöglichen Sie überkonfessionelle Angebote.
- Berücksichtigen Sie, dass bei Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung Geschlechtertrennung möglich ist.
- Sorgen Sie dafür, dass suchtpreventive Regeln wirklich verstanden werden.

Empfehlungen für einen kultursensiblen Ansatz

Möchte man im Rahmen von Gesundheitsförderung erfolgreich suchtpreventive Maßnahmen etablieren, ist die Einführung kultursensibler Arbeitsansätze dringende Notwendigkeit. Diese sollten in bestehende Strukturen integriert und auf dem Prinzip der Partizipation basierend sein. Vernetzung mit externen Partnern sichert die Qualität und Wirksamkeit auf verschiedenen Ebenen. Langfristig kann jeder Betrieb und jede Institution davon nur profitieren. In Berlin gibt es zahlreiche junge kulturell durchmischte Firmen z.B. im Segment Webdesign. Diese beschreiben einen Gewinn durch die kulturelle Vielfalt nicht nur, was Möglichkeiten am Markt anbelangt, sondern vor allem auch durch die sich ergänzenden „Lebensphilosophien“.

So kann dem „typisch deutschen“ Zweifeln und Hadern, ob das alles schon gut genug sei und der tief-sitzenden Angst zu versagen, eine gewisse Leichtigkeit entgegengesetzt werden und so manch spontane Herangehensweise wird durch die „typisch deutsche“ Genauigkeit und Strukturiertheit geerdet. So ergänzen sich unterschiedliche Kulturen und Mentalitäten oftmals sehr produktiv. Mein Appell an Sie ist, nutzen Sie die kulturelle Vielfalt Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – auch als strategische Ressource, im Umgang mit Geschäftspartnern und Kunden. So zollen Sie Ihren Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund nicht nur Anerkennung, sondern nutzen das in kulturübergreifenden Perspektiven vorhandene Potenzial, minimieren Reibungsverlust und schaffen Entwicklungsräume.

Neue Arbeitsformen, neue Süchte?

Die Entwicklung des Neuro-Enhancement

Was ist Neuro-Enhancement?

Die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch die Einnahme von Pharmaka oder Drogen ist bekanntlich möglich und daher bei aktiven und passiven Freunden des Leistungssports ein sattsam bekanntes Thema. Doping ruiniert nicht nur vielen Sportlern und Sportlerinnen die Gesundheit, es verdirbt auch vielen Zuschauenden die Freude am Wettkampf, schädigt das Ansehen ganzer Sportarten und wird daher allgemein geächtet. Doch wie wäre es zu beurteilen, wenn es gesunden Menschen möglich wäre, durch die Einnahme von Medikamenten ihre geistige Leistungsfähigkeit zu steigern oder bedarfsweise – z.B. vor einem Rendez-vous – die kommunikativen und emotionalen Kompetenzen zu verbessern?

Die Frage wird seit einigen Jahren nicht nur unter dem Aspekt der pharmakologischen Machbarkeit diskutiert, sondern auch unter ethischen Gesichtspunkten der Wünschbarkeit bzw. Legitimierbarkeit. Eine kürzlich publizierte Studie des Büros für Technikfolgen-Abschätzung des Deutschen Bundestages gibt einen breiten Überblick über die Thematik und wirft u.a. auch die Frage auf, inwieweit bereits ein politischer Handlungsbedarf erkennbar ist ^[15].

Mit den Begriffen „Neuro-Enhancement“ oder „Hirndoping“ bezeichnet man Bestrebungen, die psychomentalen Fähigkeiten des gesunden Menschen über das individuell normalerweise erreichbare Maß zu verbessern bzw. natürlichen Leistungsminderungen – z.B. normaler Ermüdung oder Alterung – entgegen zu wirken. Als Zielfunktionen werden am häufigsten die Steigerung von Konzentration, (Dauer-)Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Schnelligkeit der Informationsverarbeitung, aber auch die Verbesserung der Stimmung und die Erhöhung der Handlungsbereitschaft genannt.

Ein Neuro-Enhancement ist auf unterschiedlichen Wegen vorstellbar: Neben psychologischen Programmen z.B. zur Verbesserung von Lernfähigkeiten kommen auch Techniken der elektrischen Stimulation des Gehirns in Betracht ^[16]. Im Mittelpunkt der Diskussion – und auch dieses Artikels – steht jedoch das Potenzial bereits existierender bzw. zukünftig unter Umständen verfügbarer Arzneimittel.

Auslöser der breiten Diskussion über Neuro-Enhancement war eine 2008 von der Zeitschrift *Nature* – dem weltweit renommiertesten naturwissenschaftlichen Publikationsorgan – durchgeführte Umfrage unter ihren Lesern und Leserinnen ^[10]. Seinerzeit gaben 20% von 1.400 Befragten an, schon einmal Arzneimittel ohne

medizinische Indikation eingenommen zu haben, um Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis zu verbessern.

In Deutschland wurde das Thema Neuro-Enhancement vor allem durch zwei Publikationen über die wissenschaftlichen Kreise hinaus bekannt gemacht: Der DAK Gesundheitsreport 2009 mit dem Schwerpunktthema „Doping am Arbeitsplatz“ ^[3] lieferte erstmals Daten über die tatsächliche Verbreitung von Medikamenteneinnahmen mit dem Ziel der Leistungssteigerung sowie über Einstellungen und Bewertungen solchen Verhaltens in der berufstätigen Bevölkerung. Das von sieben Wissenschaftlern aus den Bereichen Medizin, Bioethik und Rechtswissenschaften in einer populärwissenschaftlichen Zeitschrift 2009 publizierte Memorandum „Das optimierte Gehirn“ befeuerte die Diskussion, weil es „keine überzeugenden grundsätzlichen Einwände gegen eine pharmazeutische Verbesserung des Gehirns oder der Psyche“ erkennen kann und „im pharmazeutischen Neuro-Enhancement die Fortsetzung eines zum Menschen gehörenden geistigen Optimierungsstrebens“ erblickt ^[7]. Konsequenterweise fordern die Autoren des Memorandums eine „Enttabuisierung“ und die Förderung gezielter Forschung zur Auslotung der positiven Potenziale des Neuro-Enhancement.

Funktioniert Neuro-Enhancement?

Substanzen mit – zumindest kurzfristig – leistungsbeeinflussenden Wirkungen sind in vielen Kulturen bekannt und verbreitet. Dabei handelt es sich vielfach um pflanzliche Arzneistoffe oder Bestandteile von Nahrungsmitteln (z.B. Koffein, Nikotin). Darüber hinaus werden zahlreiche Neuropsychopharmaka als potenzielle Kandidaten für ein Neuro-Enhancement angesehen^[5]. Am häufigsten genannt werden Arzneimittel aus den Gruppen der Anti-Dementiva, der Anti-Depressiva und der Psychostimulanzien.

Anti-Dementiva sind bspw. zur Behandlung der Alzheimer-Demenz zugelassen. Je nach Substanzgruppe beeinflussen sie unterschiedliche Neurotransmittersysteme, die für die Signalübertragung zwischen bestimmten Gehirnzellen verantwortlich sind. Als mögliche Neuro-Enhancement-Substanzen werden sowohl die Acetylcholinesterasehemmer (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin) diskutiert, als auch Wirkstoffe, die das Glutamatsystem beeinflussen (Memantine). Im Hinblick auf leistungssteigernde Effekte dieser Substanzen bei Gesunden gibt es bisher keine überzeugenden Belege^[11].

Insbesondere die neueren Anti-Depressiva werden bisweilen als mögliche NE-Substanzen angesehen. Neben der Hoffnung auf eine positive Beeinflussung der Stimmung („Mood Enhancement“) werden auch Wirkungen auf kognitive Leistungen diskutiert. Die bisherige Studienlage

zur Anwendung von Anti-Depressiva bei Gesunden bestätigt diese Hoffnungen jedoch weder für die Stimmungsaufhellung, noch für kognitive Funktionen^[13].

Zu den Psychostimulanzien zählen eine ganze Reihe von sowohl legalen (Koffein), als auch illegalen Substanzen (Amphetamine, Kokain). Im Kontext des pharmakologischen Neuro-Enhancement spielen insbesondere zwei Arzneimittel eine Rolle:

- Methylphenidat ist für die Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) bei Kindern zugelassen. Die amphetamin-ähnliche Substanz unterliegt dem Betäubungsmittelrecht und soll von (nicht an ADHS erkrankten) Schülerinnen und Studenten gern als Mittel zur Steigerung von Wachheit und Konzentrationsfähigkeit genutzt werden. Ermöglicht werden soll dies durch einen Schwarzmarkt, der sich aus Verordnungen an ADHS-Patienten speist. Die neueren wissenschaftlichen Studien zur Anwendung von Methylphenidat bei Gesunden haben keine Verbesserung der Aufmerksamkeit und allenfalls schwache Effekte auf die Gedächtnisleistung gefunden. Bei Einnahme über mehrere Wochen wurden keine Enhancement-Wirkungen festgestellt^[12].

- Modafinil ist seit Beginn des Jahres 2011 nur noch zur Behandlung von Erwachsenen mit exzessiver Schläfrigkeit (Narkolepsie) zugelassen. In Bezug auf andere Indikationen, die ebenfalls mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit einher gehen (z.B. Schichtarbeitersyndrom, Schlaf-Apnoe-Syn-

drom), wurde die Zulassung durch die Europäische Arzneimittelagentur wieder entzogen. Modafinil soll die kognitive Leistungsfähigkeit insbesondere bei Schlafentzug verbessern und wird daher seit längerem durch das Militär intensiv beforscht. Studienergebnisse zeigen in der Tat positive Effekte auf kognitive Leistungen nach längerem Schlafentzug. Die Befunde zu Modafinil ohne vorangehenden Schlafentzug sind widersprüchlich^[12].

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf alle hier angesprochenen Substanzen konstatieren, dass es bisher keine überzeugenden wissenschaftlichen Belege für positive Effekte auf die geistige Leistungsfähigkeit von gesunden Menschen gibt. Studien, die entsprechende Effekte gefunden haben beruhen in aller Regel auf Experimenten mit nur einmaliger oder sehr kurzfristiger Einnahme der betreffenden Substanz, so dass über die Wirkungen bei längerfristiger Einnahme so gut wie keine Erkenntnisse vorliegen.

Bei allen Substanzen handelt es sich um Medikamente, die bei bestimmten Krankheiten wirksam sind, die aber natürlich auch unerwünschte Wirkungen haben. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen sieht beispielsweise bei Methylphenidat und Modafinil ein „hohes psychisches Abhängigkeitspotenzial“^[4]. Angesichts der weitgehend fehlenden Belege für die erwünschten Enhancement-Effekte dürfte die Nutzen-Risiko-Abwägung daher bei allen Substanzen klar negativ ausfallen.

Wie verbreitet ist Neuro-Enhancement?

Die Häufigkeit der Anwendung von Neuro- und Psychopharmaka durch gesunde erwerbstätige Personen mit dem Ziel der Leistungs- oder Stimmungsverbesserung ist in Deutschland erstmals 2008 durch das IGES Institut im Rahmen der Erstellung des DAK-Gesundheitsreports 2009 untersucht worden^[3]. Eine Stichprobe von 3.017 erwerbstätigen Personen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren wurde nach ihren Kenntnissen und Einstellungen gegenüber der Möglichkeit der pharmakologischen Leistungssteigerung sowie den aktuellen Konsummustern gefragt.

Die DAK-Studie offenbart vor allem eine ziemlich große Aufgeschlossenheit der Bevölkerung gegenüber dem pharmakologischen Neuro-Enhancement:

- 43% der Befragten hatten bereits davon gehört, dass Medikamente zur Therapie von Alzheimer oder Depressionen möglicherweise auch bei Gesunden wirken können.
- Ein Fünftel war der Meinung, dass die Risiken solcher Medikamente im Vergleich zum Nutzen vertretbar sind.
- 21% hatten bereits die Erfahrung gemacht, dass ihnen ohne medizinisch triftige Gründe Arzneimittel zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Stimmung empfohlen wurden.

Etwa 5% aller Befragten gaben an, dass sie zum Zeitpunkt der Erhebung ohne medizinische Notwendigkeit Medikamente zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit oder der psychischen Befindlichkeit einnahmen. Grenzt man weiter ein auf Personen, die sich die betreffenden Medikamente abseits der geregelten Abgabekanäle beschaffen (Internet, von Freunden und Freundinnen) und berücksichtigt ferner die Angaben zur Häufigkeit der Einnahme, dann ergibt sich ein Anteil von etwa 1 bis 2% der Erwerbstätigen zwischen 20 und 50 Jahren, die als „harter Kern“ von „Gehirn-Dopern“ anzusehen wären.

Der Missbrauch von verschreibungspflichtigen Psychostimulanzien unter deutschen Studenten und Schülern ist von einer Arbeitsgruppe der Mainzer Universitätsmedizin untersucht worden^{[6], [9]}. Etwa 1.000 Schülerinnen und Schüler der gymnasialen Oberstufe und von Berufsschulen und 500 Studentinnen und Studenten wurden nach dem Konsum von stimulierenden Substanzen gefragt. Unter den Schülerinnen und Schülern hatten 1,55% und unter den Studenten 0,78% irgendwann schon einmal ein verschreibungspflichtiges Psychostimulanz (z.B. Methylphenidat) zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit eingenommen. Die Einnahme von illegalen Stimulanzien (Ecstasy, Kokain, Amphetamine) war mit Lebenszeitprävalenzen von 2,42% (Schüler) bzw. 2,93% (Studenten) signifikant weiter verbreitet.

Aus den USA werden für Methylphenidat etwas höhere Werte berichtet. Demnach nehmen jährlich etwa 4% der College-Studenten Methylphenidat missbräuchlich ein. Nach einer starken Zunahme im Laufe der 1990er Jahre scheint der Gebrauch inzwischen jedoch zu stagnieren bzw. sogar leicht rückläufig zu sein^[1].

Die Ergebnisse der beiden deutschen Studien wurden durch eine 2010 durchgeführte Untersuchung des Robert-Koch-Instituts zum „Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit (KOLIBRI)“ insofern bestätigt, als auch hier insgesamt eine sehr niedrige Verbreitung des Gebrauchs von einschlägigen Substanzen (Methylphenidat, Modafinil) gefunden wurde^[14]. Die Studie berichtet über ein insgesamt höheres Risiko für den Gebrauch von leistungsbeeinflussenden Mitteln in den jüngeren Altersgruppen sowie bei Männern, die mehr als 40 Stunden in der Woche erwerbstätig sind.

Perspektiven des Neuro-Enhancement

Das Büro für Technikfolgenabschätzung des Deutschen Bundestages bewirbt seinen Bericht zum Neuro-Enhancement auf der Homepage als Entzauberung einer „Hope-, Hype- und Fear-Technologie“^[2].

Von einer „Hype-Technologie“ kann insofern die Rede sein, als die skizzierten Forschungsergebnisse zur Eignung

und Wirksamkeit der gegenwärtig verfügbaren Substanzen in eklatantem Widerspruch zu dem Aufhebungs stehen, das bisweilen von dem Thema gemacht wird. So diskutiert beispielsweise das bereits zitierte Memorandum „Das optimierte Gehirn“ die Probleme einer „möglichen künftigen Neuro-Enhancement-Gesellschaft“^[7], die doch – abgesehen davon, ob man sie wünschenswert fände – angesichts der gegenwärtigen pharmakologischen Realität noch in relativ weiter Ferne liegen dürfte. Auch die Ergebnisse zur Verbreitung der Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten zur Leistungssteigerung durch Gesunde zeigen, dass es sich bisher um ein seltenes Phänomen handelt.

Die Einnahme von wirksamen Medikamenten ist in aller Regel auch mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden. Ein Medikament darf nur zugelassen werden, wenn diese Risiken im Vergleich zum Nutzen des Präparates bei der Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten als akzeptabel anzusehen sind (Nutzen-Risiko-Bewertung, vgl. § 4 Abs. 28 Arzneimittelgesetz). Doch sind diese Risiken auch akzeptabel, wenn es um die Steigerung der Leistungsfähigkeit von Gesunden geht? Die Befürworter eines offeneren Umgangs mit dem Neuro-Enhancement verweisen in diesem Zusammenhang zum einen gern darauf, dass eine scharfe Abgrenzung zwischen Krankenbehandlung und „Enhancement“ kaum möglich ist und es daher in einer freien Gesellschaft dem Individuum überlassen werden müsse, selbst zu entscheiden, welche Risiken es eingehen will, um seinen Zustand zu verändern.

Zum anderen wird das Bild einer vom regulären Arzneimittelwesen deutlich getrennten Neuro-Enhancement-Welt gemalt: Wenn man das Neuro-Enhancement gesellschaftlich enttabuisierte, dann könnte eine gezielte Suche und Erforschung von geeigneten Substanzen einsetzen, womit der Missbrauch von risikobehafteten regulären Medikamenten zurückginge; an die Zulassung könnten höhere Maßstäbe hinsichtlich der Nebenwirkungsarmut als bei Arzneimitteln zur Krankheitsbehandlung gestellt werden; mögliche negative Folgen – wie beispielsweise das Entstehen sozialen Drucks zur Einnahme solcher Mittel, um in Schule und Beruf noch mithalten zu können – ließen sich frühzeitig erkennen und ggf. bekämpfen; Probleme der Verteilungsgerechtigkeit – Einkommensschwache können sich die neuen Neuro-Enhancement-Präparate möglicherweise nicht leisten – könnten durch gezielte staatliche Subventionierung gelöst werden^[7]. Nützliche Arzneimittel, weitgehend frei von Risiken, für alle zugänglich und freiwillig anwendbar – dies ist ein legitimes „Hope-Szenario“. Für den Glauben an seine Realisierbarkeit ist jedoch ein gewisses Maß an Zukunftsoptimismus erforderlich. Wem es daran gebricht, der neigt vielleicht eher folgenden Perspektiven zu:

Bereits laufende Entwicklungen wie die fortschreitende Etablierung von Lifestyle-Medikamenten und die Medikalisierung von natürlichen Alterungsprozessen (Anti-Aging-Medizin) schaffen grundsätzlich günstige Voraussetzungen für Neuro-Enhancement. Angesichts schrumpfender

Erlöspotenziale auf dem ersten Arzneimittelmarkt, dürfte die Entwicklung von Produkten für den zweiten (Selbstzahler-)Markt für die Industrie attraktiv sein. Durch die von Kostendämpfung und Leistungsausgrenzungen geprägte Entwicklung der GKV sowie die weite Verbreitung von „Individuellen Gesundheitsleistungen (IgeL)“ gewöhnen sich die Versicherten zunehmend daran, bestimmte Leistungen selbst zu bezahlen. Im Zusammenhang damit haben auch viele Ärzte und Ärztinnen entsprechende Fortschritte in Richtung eines Selbstverständnisses als nicht nur Heilkundige, sondern auch wunscherfüllende Dienstleister gemacht. Fügt man noch den durch das Internet stark erleichterten (illegalen) Zugang zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln hinzu, dann ist es durchaus möglich, dass aus dem „Hype“ um das Neuro-Enhancement noch eine ernst zu nehmende Entwicklung wird. Das wichtigste Hindernis auf diesem Weg ist gegenwärtig noch das Fehlen wirksamer Mittel. Zu einer „Fear-Technologie“ würde das Neuro-Enhancement vor allem dann, wenn eine Substanz verfügbar würde, die nachweislich substanzielle Effekte auf die geistige Leistungsfähigkeit, aber auch entsprechende Risiken und Nebenwirkungen hätte, wie es bei potenten Arzneimitteln leider meist der Fall ist.

Literatur

- 1 BOGLE KE, SMITH BH. Illicit methylphenidate use: a review of prevalence, availability, pharmacology, and consequence. *Current Drug Abuse Reviews* 2009; 2: 157–176
- 2 BÜRO FÜR TECHNIKFOLGENABSCHÄTZUNG DES DEUTSCHEN BUNDESTAGES. <http://www.tab-beim-bundestag.de/de/>; abgefragt am 22.03.2012
- 3 DEUTSCHE ANGESTELLTEN KRANKENKASSE (DAK). DAK-Gesundheitsreport 2009. Doping am Arbeitsplatz. www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2009.pdf; abgefragt 22.03.2012
- 4 DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (DHS): Hirndoping. Die Position der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/2011-06-20_Positionspapier_Hirndoping.pdf, abgefragt 22.03.2012.
- 5 FÖRSTL H: Neuro-Enhancement. *Nervenarzt* 2009; 80: 840–846.
- 6 FRANKE AG, BONERTZ C, CHRISTMANN M, HUSS M, FELLGIEBEL A, HILDT E, LIEB K. Non-medical use of prescription stimulants and illicit use of stimulants for cognitive enhancement in pupils and students in Germany. *Pharmacopsychiatry* 2011; 44: 60–66.
- 7 GALERT T, BUBLITZ C, HEUSER I, MERKEL R, REPANTIS D, SCHÖNE-SEIFERT B, TALBOT D. Das optimierte Gehirn. *Gehirn & Geist*, 11/2009: 1–12.
- 8 Hirndoping – Die Position der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Hamm 2011 (www.dhs.de/dhs-stellungnahmen.html).
- 9 LIEB K: Hirndoping. Warum wir nicht alles schlucken sollten. Mannheim: Artemis & Winkler 2010.
- 10 MAHER B: Poll results: look who's doping. *Nature* 2008; 452: 675–675.
- 11 REPANTIS D, LAISNEY O, HEUSER I: Acetylcholinesterase inhibitors and memantine for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Pharmacological Research* 2010; 61: 473–481.
- 12 REPANTIS D, LAISNEY O, HEUSER I: Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Pharmacological Research* 2010; 62: 187–206.
- 13 REPANTIS D, SCHLATTMANN P, LAISNEY O, HEUSER I: Antidepressants for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Poiesis & Praxis* 2009; 6: 139–174.
- 14 ROBERT-KOCH-INSTITUT: KOLIBRI: Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit. http://www.rki.de/cln_153/nn_1913156/DE/Content/GBE/Erhebungen/WeitereEpiStudien/Kolibri/kolibri,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/kolibri.pdf; abgefragt 22.03.2012
- 15 SAUTER A, GERLINGER K: Der pharmakologisch verbesserte Mensch. Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag. Berlin: edition sigma 2012.
- 16 ZAEHLE T, SANDMANN P, THORNE JD, JÄNCKE L, HERRMANN CS: Transcranial direct current stimulation of the prefrontal cortex modulates working memory performance: combined behavioural and electrophysiological evidence. *BMC Neuroscience* 2011; 12:2.

Referenten

KERSTIN JÜNGLING

Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin
Mainzer Straße 23
10247 Berlin
juengling@padev.de
Telefon 0 30 / 29 35 26 15

PROF. DR. WOLFHARD KOHTE

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät
Universitätsplatz 10a
06108 Halle/Saale
wolfhard.kohte@jura.uni-halle.de
Telefon 03 45 / 5 52 31 37
Telefax 03 45 / 5 52 72 09

DIPL.-PSYCH. HANS-DIETER NOLTING

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
Hans-Dieter.Nolting@iges.de
Telefon 0 30 / 230 80 90
Telefax 0 30 / 230 809 11

ANKE SCHMIDT

Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin
Mainzer Straße 23
10247 Berlin
schmidt@padev.de
Telefon 0 30 / 29 35 26 15

DR. ELISABETH WIENEMANN

Leibniz Universität Hannover
Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft
Schloßwender Straße 5
30159 Hannover
elisabeth.wienemann@wa.uni-hannover.de
Telefon 05 11 / 7 62 48 47
Telefax 05 11 / 7 62 39 66

Bitte beachten Sie, dass die Daten den allgemeinen Datenschutzbestimmungen unterliegen und ohne Einverständnis der betreffenden Personen nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen.

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

April 2012

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung,
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.