

Marianne Giesert/Cornelia Wendt-Danigel (Hrsg.)

Doping am Arbeitsplatz

Problembewältigung und Leistungssteigerung um jeden Preis?



Marianne Giesert/Cornelia Wendt-Danigel (Hrsg.)
Doping am Arbeitsplatz
Problembewältigung und Leistungs-
steigerung um jeden Preis?

**Marianne Giesert/Cornelia
Wendt-Danigel (Hrsg.)
Doping am Arbeitsplatz
Problembewältigung
und Leistungssteigerung
um jeden Preis?**

VSA: Verlag Hamburg

Ansprechpartnerin:

DGB Bildungswerk e.V.
Kompetenzzentrum Gesundheit und Arbeit
Marianne Giesert
Hans-Böckler-Str. 39
40476 Düsseldorf
Tel.: 0211/4301-372
E-Mail: marianne.giesert@dgb-bildungswerk.de

www.dgb-bildungswerk.de

www.betriebsratsqualifizierung.de

www.vsa-verlag.de

© VSA: Verlag 2011, St. Georgs Kirchhof 6, 20099 Hamburg
Alle Rechte vorbehalten
Titelfoto: © Achim Konopatzki
Druck und Buchbindearbeiten: freiburger graphische betriebe
ISBN 978-3-89965-420-2

I Inhalt

Marianne Giesert/Cornelia Wendt-Danigel Einführung: Doping am Arbeitsplatz – Leistungssteigerung um jeden Preis?	7
--	---

I Daten, Fakten, Ausgangslage

Knut Becker Viele Arten von Sucht	15
---	----

Dominik Schirmer Leistungssteigerung um jeden Preis?	17
--	----

Marianne Giesert/Tobias Reuter Drogenkonsum im Kontext sozialer Ungleichheit	34
--	----

Tilman Holzer Prävention von Hirndoping am Arbeitsplatz	38
---	----

Katrin Krämer Doping am Arbeitsplatz: Ergebnisse des DAK Gesundheitsreports 2009	45
--	----

Tim Pfeiffer-Gerschel/Alicia Casati Medikamentenmissbrauch und »Neuro-Enhancement«	58
--	----

I Betriebliche Strategien

Knut Becker Legale Suchtformen	74
--	----

Eva Zinke Betriebliche Strategien bei Medikamentenabhängigkeit	75
--	----

Sabine Heegner	
»Ich bin ein Mensch, der gut helfen kann«	95
Co-Verhalten in der Beratungsarbeit von betrieblichen SuchtberaterInnen	
Jürgen Heckel	
Wie »funktioniert« ein Abhängiger in der Arbeitswelt?	104
Cornelia Wendt-Danigel/Sabine Heegner	
Voraussetzungen für eine erfolgreiche betriebliche Suchtarbeit und Suchtprävention	112
Christoph Kröger/Monika Nowak/Katharina Heilmann	
Der Stellenwert von Tabakkonsum in der betrieblichen Suchtprävention	123

■ Netzwerke

Hans-Dieter Knöbel	
Verbindungen herstellen, Systeme nutzen	135
Der LWL-Fachdienst für betriebliche Suchtprävention	
Klaus Leuchter	
Suchtarbeit im (Klein-)Betrieb erfordert ein gutes Netzwerk	143
Bernhard Blank	
Präventionsnetzwerke: Wichtiger denn je!	148
Marianne Giesert/Cornelia Wendt-Danigel	
Die Ausbildung zur/zum betrieblichen SuchtberaterIn und das SuchtberaterInnennetzwerk beim DGB Bildungswerk e.V.	151
Veranstaltungshinweise	155
Autorinnen und Autoren	157

Marianne Giesert/ Cornelia Wendt-Danigel

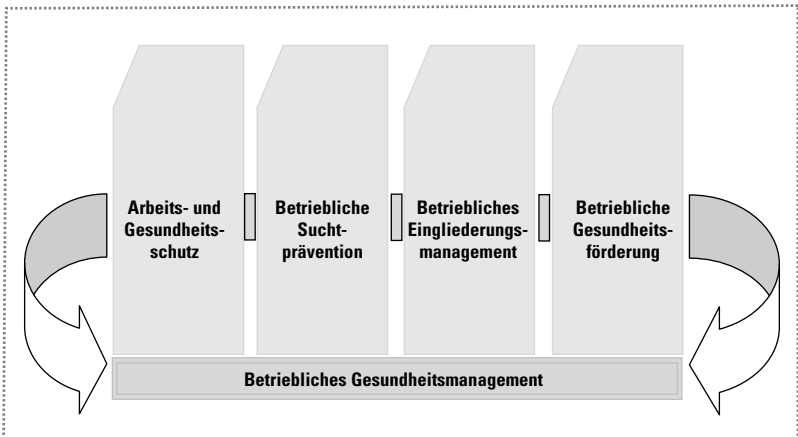
Einführung: Doping am Arbeitsplatz – Leistungs- steigerung um jeden Preis?

Der Leistungsdruck in der Arbeitswelt steigt konstant an. Viele sind überarbeitet, mit den Aufgaben und der Menge an Arbeit überfordert und leiden unter permanentem Stress. Neben Alkohol und anderen »gesellschaftsfähigen« Drogen greifen viele immer häufiger zu Aufputschmitteln verschiedener Art, um eine Leistungssteigerung zu erreichen und damit die gestellten Arbeitsanforderungen erfüllen zu können.

Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) stellte bei einer Studie für den DAK Gesundheitsreport 2009 ein erschreckendes Ergebnis fest: Jeder fünfte Beschäftigte hält es für vertretbar, die Arbeitsleistung mit verschreibungspflichtigen Medikamenten zu steigern. Dies ist das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage im Auftrag der DAK. Regelmäßig nehmen etwa 1,5% der Befragten diese Medikamente ein, die zur Therapie von Alzheimer, von Depressionen, von Aufmerksamkeits- oder Schlafstörungen zugelassen sind. Fünf Prozent haben diese aber bereits mindestens einmal als »Dopingmittel« am Arbeitsplatz verwendet. Die Einnahme folgt laut der Studie bei Männern und Frauen unterschiedlichen Mustern: Männer neigen dazu, aufputschende und konzentrationsfördernde Präparate zu nutzen. Frauen bevorzugen beruhigende Mittel gegen depressive Verstimmungen oder Ängste. Doping tritt also nicht nur im Sport, sondern auch am Arbeitsplatz auf!

Psychische Erkrankungen sowie sich daraus entwickelnde frühzeitige Erwerbsminderungen haben alarmierende Ausmaße angenommen. 25% der Bevölkerung haben im Laufe ihres Lebens eine behandlungsbedürftige seelische Erkrankung. Dies gilt nicht nur für Deutschland, sondern für die gesamte Europäische Union.

Natürlich gibt es psychische Erkrankungen, die mit Medikamenten behandelt werden müssen, aber viel wichtiger ist die Frage: Wo liegen die Ursachen der Beschwerden und Erkrankungen? Häufig ist nicht das

Abbildung 1: Die Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Quelle: Eigene Darstellung

Medikament oder die Therapie die wirkliche Hilfe, sondern die Veränderung der Arbeitsbedingungen oder die Unterstützung bei der Bewältigung von Konflikten.

Die Betriebe sind gefordert, mit präventiven Strategien diesen Entwicklungen entgegenzuwirken und durch Gefährdungsbeurteilungen – körperlicher und psychischer Belastungen – Ursachen von Störungen und Gefährdungen frühzeitig zu erkennen und Möglichkeiten zur Beseitigung und Entlastung zu entwickeln.

Das Thema der Problembewältigung und Leistungssteigerung im Betrieb ist zu einem neuen Problemfeld in der betrieblichen Suchtarbeit geworden und muss dementsprechend auch im Betrieblichen Gesundheitsmanagement berücksichtigt werden.

Dieses Buch ist aus den Veranstaltungen der 2. und 3. Starnberger Suchtgespräche (Oktober 2009 und Oktober 2010) hervorgegangen. Expertinnen und Experten präsentieren aktuelle Fakten und Strategien zu den Themen Alkohol- und Nikotinkonsum sowie zum Medikamentenmissbrauch. Darüber hinaus werden Handlungsmöglichkeiten für die betrieblichen Interessenvertretungen entwickelt und diskutiert.

Dominik Schirmer beleuchtet in seinem Beitrag den Zusammenhang zwischen der zunehmenden Leistungsverdichtung in der Arbeitswelt und den zunehmenden psychischen und gesundheitlichen Belastun-

gen sowie deren Auswirkungen. Die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes und der Beschäftigungsverhältnisse hinterlässt drastische Spuren in der Gesundheit der Belegschaft: Psychische Belastungen nehmen deutlich zu. Dabei verschärfen Faktoren wie z.B. eine prekäre Beschäftigungslage, eine schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder auch Arbeitsplatzunsicherheit die Lage. Der Griff zum Suchtmittel oder auch zu leistungssteigernden Mitteln scheint eine häufige Bewältigungsstrategie zu sein. Schirmer stellt fest, dass Investitionen der Betriebe in ein Gesundheitsmanagement und eine erfolgreiche Suchtprävention für eine gesunde Belegschaft nötig sind.

Im Beitrag von *Marianne Giesert* und *Tobias Reuter* wird der Zusammenhang übermäßigen Drogenkonsums und sozialer Ungleichheit hergestellt, und neueste Erkenntnisse aus einer Studie werden präsentiert. Dabei kommen die AutorInnen zu dem Ergebnis, dass ein Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Drogenkonsum klar erkennbar ist. Eine differenzierte Betrachtung ist aber unbedingt notwendig, da das alleinige Heranziehen von Einkommensunterschieden diesem komplexen Sachverhalt nicht gerecht wird.

Dr. Tilmann Holzer widmet sich dem Thema Hirndoping als einem neuen Trend in unserer Gesellschaft. Er berichtet einerseits über ein erhöhtes Interesse in der Bevölkerung an Hirndoping, andererseits über eine Steigerung der gesellschaftlichen Akzeptanz. Der Leistungsdruck an unseren Arbeitsplätzen wie auch der härtere Wettbewerb um gute Schulnoten sind nur einige Faktoren, die darauf hindeuten, dass Hirndoping in Zukunft eher eine größere Verbreitung finden wird. Bei der Ursachenforschung und Problemlösung müssen gesellschaftliche wie arbeitsrechtliche Probleme berücksichtigt werden. Eine Intoleranz gegenüber Hirndoping ist zudem eine Frage der »guten Betriebs- und Verwaltungskultur«.

Dr. Katrin Krämer berichtet über die Ergebnisse des eingangs erwähnten DAK-Gesundheitsreports 2009 mit dem Schwerpunkt Doping am Arbeitsplatz. Anhand einer Befragung von 3.000 aktiv Erwerbstätigen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren erläutert sie den derzeitigen Stand zum Missbrauch von leistungssteigernden Medikamenten am Arbeitsplatz. Der Report kommt zu dem Ergebnis, dass die Akzeptanz für »Doping am Arbeitsplatz« hoch ist, und es gesellschaftlich zunehmend akzeptiert wird, Medikamente einzunehmen, um Stress, Leistungsdruck und schlechte Stimmung im Alltag besser zu bewältigen.

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel und *Alicia Casati* zeigen anhand aktueller Statistiken Fakten zur Medikamentenabhängigkeit bzw. zum Medikamentenmissbrauch in Deutschland auf. Interessant ist hierbei der Aspekt, dass Medikamentenabhängigkeit als »stille Sucht« im Gegensatz zur Abhängigkeit von Drogen und Alkohol in der Öffentlichkeit seltener wahrgenommen wird. Hinzu kommt, dass Menschen mit Medikamentenabhängigkeit nur selten in medizinischer Behandlung sind. Da das Thema »Doping am Arbeitsplatz« aber immer mehr an Bedeutung gewinnt, müssen betriebliche Präventionsprogramme künftig auch das Thema Medikamentenmissbrauch beinhalten, eine Fokussierung auf die Alkohol- und Drogenproblematik ist nicht ausreichend.

Eva Zinke schildert in ihrem Beitrag, wie Betriebe mit Besonderheiten bei Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit umgehen können und welche Interventionen hier möglich sind. Dabei fordert sie, dass die Betriebe frühzeitig und konsequent vorgehen, sobald Auffälligkeiten deutlich werden, am besten zu einem Zeitpunkt, bevor es zu arbeitsrechtlichen Schritten kommt. In der betrieblichen Praxis der Suchtprävention und Suchthilfe haben sich hier Interventionsgespräche nach einem Stufenplan bewährt, der in eine Betriebsvereinbarung zum Thema Sucht eingebettet ist. Führungskräften wie auch Betriebsräten kommt hier eine besondere Rolle zu: Nur durch eine konsequente Vorgehensweise und gut qualifizierte AkteurInnen kann den Betroffenen ein Weg aus der Krankheit aufgezeigt werden.

Auch die Anbindung der betrieblichen Suchtarbeit an andere Themen im betrieblichen Gesundheitsmanagement ist hier wesentlich: So muss der Betroffene mit Hilfe des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) auf der Grundlage des SGB IX wieder ins Arbeitsleben eingegliedert werden. Gleichzeitig gilt es unter präventiven Gesichtspunkten den Abbau suchtfördernder Arbeitsbedingungen mit in eine Gefährdungsbeurteilung körperlicher und psychischer Belastungen zu integrieren.

Sabine Heegner beleuchtet die Problematik des Co-Verhaltens in der praktischen Arbeit von betrieblichen SuchtberaterInnen. Sie berichtet über das Dilemma und den Rollenkonflikt, in dem gerade betriebliche Interessenvertretungen vermeintlich stecken, und stellt gezielte Lösungsansätze und Handlungsprinzipien für die betriebliche Praxis vor.

Jürgen Heckel beschreibt in sehr eindrucksvoller Weise aus der Sicht eines Betroffenen, wie ein abhängiger Alkoholiker in der Arbeits-

welt »funktioniert« und welche Rolle dabei die Kollegen spielen. In der Realität kommt es zu oft vor, dass »alkoholische Lügengebäude« mitgetragen und somit die Abhängigen darin gestützt werden, ihre Sucht aufrechtzuerhalten. Dabei ist aus seiner Sicht der Arbeitsplatz der geeignetste Ort, um einen Abhängigen konstruktiv unter Druck zu setzen. Hier sind Kollegen wie auch Führungskräfte gefordert, durch geeignete betriebliche Strukturen, wie z.B. eine Betriebsvereinbarung Sucht, für Aufklärung zu sorgen und somit zur Enttabuisierung des Themas in den Betrieben beizutragen.

Im Beitrag von *Sabine Heegner* und *Cornelia Wendt-Danigel* geht es um die wesentlichen Handlungsfelder in der betrieblichen Suchtprävention und um die Maßnahmen, mit welchen diese erfolgreich in die betriebliche Praxis umgesetzt werden können. Die Autorinnen stellen fest, dass eine Anbindung der betrieblichen Suchtprävention an das betriebliche Gesundheitsmanagement zwingend erforderlich ist. Nur durch die Verknüpfung mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz, dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung sind gezielte präventive Maßnahmen möglich.

Dr. Christoph Kröger, Monika Nowak und *Katharina Heilmann* berichten über die Gefahren von Tabakkonsum in unserer Gesellschaft. Sie stellen dabei aktuelle Erkenntnisse zu den Folgen des Rauchens, zur Psychologie des Rauchens und zu Hilfsmaßnahmen für die Beendigung des Rauchens dar.

Hans-Dieter Knöbel berichtet über die Aufgaben des Fachdienstes betriebliche Suchtprävention beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) und die Rolle der AkteurInnen in der betrieblichen Suchtarbeit: Führungskräften wie betrieblichen Ansprechpartnern für Suchtfragen kommt hier eine besondere Rolle zu. Zudem ist eine inner- wie außerbetriebliche Vernetzung wichtig und legt eine wichtige Basis für eine erfolgreiche betriebliche Suchtprävention.

Klaus Leuchter schildert, wie Suchtarbeit in kleinen Handwerksbetrieben funktionieren kann und welche Unterstützungsmöglichkeiten es in Schleswig-Holstein für diese Betriebe gibt.

Bernhard Blank stellt in seinem Artikel die Tätigkeit des Arbeitskreises »Betriebliche Suchtprävention Saarland/Rheinland Pfalz« vor. Über 70 Betriebe aus der Industrie, öffentliche bzw. medizinische und auch soziale Einrichtungen sind in diesem Arbeitskreis organisiert, mit dem Ziel, die betriebliche Suchtprävention zu verbessern, weiterzuentwickeln und Standards zu setzen.

Marianne Giesert und *Cornelia Wendt-Danigel* stellen die Ausbildung zur/zum betrieblichen Suchtberater/in vor und berichten über das SuchtberaterInnennetzwerk beim DGB Bildungswerk e.V.

Für die vorliegenden Beiträge möchten wir uns bei allen Autorinnen und Autoren recht herzlich bedanken, die mit einem besonderen Arbeitsaufwand zur Entstehung dieses Buches beigetragen haben. Ein besonderer Dank gilt Knut Becker, der das Thema »Sucht in der Arbeitswelt« auf literarische Weise vorträgt. Außerdem möchten wir uns für die engagierte Arbeit von Marion Fisch vom VSA: Verlag herzlich bedanken.

Wir erhoffen uns von dieser Buchveröffentlichung, zu einer »neuen« Sensibilität im Umgang mit stoffgebundenen (wie z.B. Medikamentenabhängigkeit) wie stoffungebundenen (z.B. Arbeitssucht) Abhängigkeits-erkrankungen in der Gesellschaft und in den Betrieben beizutragen. Außerdem wollen wir die betrieblichen Interessenvertretungen sowie die Beschäftigten motivieren, frühzeitig Signale der Überforderung zu erkennen, und sie ermutigen, die präventiven betrieblichen Instrumente wie z.B. Gefährdungsbeurteilungen, Betriebs- und Dienstvereinbarungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu initiieren und zu nutzen, um frühzeitig dem Entstehen von Suchterkrankungen, körperlichen und psychischen Beschwerden und Erkrankungen vorzubeugen.

| Daten, Fakten, Ausgangslage

Knut Becker

Viele Arten von Sucht

(frei nach Bertolt Brecht)

Es gibt viele Arten von Sucht in unserem Lande. Da haben wir vor allem die Herrschaftsucht, gern von demokratischen Politikern ausgeübt, von Chefs und kleinen Vorgesetzten.

Die Prunksucht nicht nur als Privileg der herrschenden Klasse, sondern auch als Bemühung derer, die dazugehören wollen oder die Oberen nachahmen.

Die Genusssucht, die sich gern mit der Prunksucht verbindet, häufig Nikotinsucht, Drogensucht, Sexsucht und Trunksucht einschließt, allerdings gesellschaftlich bei den Oberen durchaus akzeptiert ist.

Die Trunksucht, bei der unterschieden wird zwischen den Schnapsflaschen im Schreibtisch des Geschäftsführers, für die man durchaus Verständnis hat bei dem Verantwortungsdruck, und der Bierflasche in der Hand des Hartz-IV-Empfängers, die als Beweis für soziale Verkommenheit gilt und dafür, dass die sowieso nicht arbeiten wollen und das Kindergeld versaufen.

Die Sucht nach Drogen, deren halböffentlicher Genuss auf der Prominentenparty doch einen ganz anderen Stellenwert hat als der heimliche Joint im Bahnhofobergeschoss.

Die Sucht zu stehlen, auch Kleptomanie genannt, für die der Staatsanwalt zuständig ist, es sei denn, ich würde meine Kleptomanie in der Weise ausüben, dass ich den Beschäftigten in meinem Betrieb Rechte stehle, die ihnen zustehen, und Geld stehle, das sie eigentlich bekommen müssten.

Arbeitsucht, die im Betrieb dazu führt, dass ich hoch angesehen bin, auch wenn rings um mich dabei meine gesamten sozialen Beziehungen draufgehen, meine Familie kaputtgeht und meine Gesundheit. Bis mich die Arbeitsucht krankgemacht hat, bin ich hoch angesehen und gelte als leuchtendes Beispiel für alle.

Spielsucht – in einer der eher verachteten Formen können wir sie nachts in der Autobahnraststätte erleben. Da steht einer und

spielt stundenlang an zwei Geldspielautomaten. Andere Formen dieser Sucht sind angesehen bei uns, zum Beispiel im Frack in einem berühmten Spielkasino. Oder die Börsenzockerei, Wetten auf steigende oder fallende Kurse an der Börse, auf Preise an der Rohstoffbörse, auf die Pleite ganzer Länder. Solche Zockerei wird vom Staat sogar durch finanzielle Hilfen bei eventuellen Verlusten gefördert.

Suchtverhalten der herrschenden Klassen gilt bei uns weit hin als Beispiel guten und im gesellschaftlichen Aufstieg beispielhaften Lebens, oder es wird zumindest augenzwinkernd akzeptiert.

Suchtverhalten der unteren Klassen dagegen ist generell als verächtlich angesehen, wird verfolgt und bestraft; außer bei oben erwünschtem Suchtverhalten, wie zum Beispiel der Arbeitssucht.

So führt Suchtverhalten die Spitzen unserer Gesellschaft – von uns bewundert – in die Klatschspalten der Presse und in die Promisendungen im Fernsehen.

Wir dagegen geraten – das Suchtverhalten der Oberen nachlebend – in die Arbeitslosigkeit, in die Suchtklinik und ins Gefängnis und erleben nicht etwa den erhofften gesellschaftlichen Aufstieg.

Nur wenige Suchtformen sind bei uns strafbar oder gesellschaftlich geächtet, und wenn, dann keineswegs für alle gleich.

Dominik Schirmer Leistungssteigerung um jeden Preis?

Flexibilisierung: drastische Folgen für die Gesundheit der Belegschaften

Die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes und der Beschäftigungsverhältnisse hinterlässt drastische Spuren in der Gesundheit der Belegschaften. Auf diesen Zusammenhang geht selbst der im Februar 2010 vorgelegte »Zweite Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern« ein:¹

»Insbesondere durch die Einteilung der Arbeit in flexiblere Prozesse entwachsen aus vielen einfachen Arbeitsplätzen komplexe Arbeitsumgebungen. Durch diesen Verlagerungsprozess nehmen die belastenden Arbeitsumgebungs-faktoren (z.B. Lärm) und körperliche Beanspruchungen (Stehen, Tragen von Lasten) geringfügig ab, während gleichzeitig die psychischen Belastungen deutlich zunehmen. Dabei stellen eine prekäre Beschäftigungslage, Arbeitsplatzunsicherheit, Alterungsprozesse, schwierige Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit, Arbeitsverdichtung, emotionale Beanspruchungen und z.T. sogar Gewalt die Ursachen für diese steigenden psychosozialen respektive gesundheitlichen Risiken bei der Arbeit dar. Es ist somit eine zentrale Herausforderung, unter dem beschriebenen Wandel der Arbeit sowie den demografischen Veränderungen eine gute und altersgerechte Arbeitswelt sicherzustellen.«²

¹ Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) (2010): Zweiter Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern. München. <http://www.stmas.bayern.de/sozialpolitik/sozialbericht/sozialbericht2.pdf>

² Ebd., S. 432.

DGB-Index »Gute Arbeit«

Der DGB-Index »Gute Arbeit« wie auch andere Untersuchungen und Studien zeigen den Zusammenhang von Arbeitsbelastung und Beschäftigung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auf. Dort, wo hohe Belastungen am Arbeitsplatz vorhanden sind, müssen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Die Kurzbefunde dieser repräsentativen Befragung, die der DGB seit 2007 nunmehr jährlich durchführt, lassen sich für das Jahr 2009 wie folgt zusammenfassen:³

1. *Das Prädikat:*

Der DGB-Index »Gute Arbeit« erreicht im Jahr 2009 einen Wert von 58 Punkten und bleibt damit weit hinter den Anforderungen an »Gute Arbeit« (= mind. 80 Punkte) zurück.

2. *Das Ergebnis in Prozentangaben:*

12% der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben »Gute Arbeit«, 33% »Schlechte Arbeit«, 55% »Mittelmäßige Arbeit« – die Beschäftigten in Deutschland arbeiten folglich unter sehr unterschiedlichen Bedingungen.

3. *Das Ergebnis nach Berufsgruppen:*

Gute Arbeitsbedingungen hat in allen Berufsgruppen mindestens ein kleiner Teil der Beschäftigten, allerdings – der Anteil differiert nahezu um das Fünffache.

4. *Arbeitszeiten, Arbeitsdauer:*

44 Stunden in der Woche arbeiten die Vollzeit-Beschäftigten im Durchschnitt – auf die Gestaltung ihrer Arbeitszeiten haben die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nur wenig Einfluss.

5. *Krank zur Arbeit:*

Fast 80% der Beschäftigten sind in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal krank zur Arbeit gegangen, insgesamt 50% sogar mehrmals.

6. *Bereitschaft zum Arbeitgeberwechsel:*

Gute Arbeit gewährleistet eine hohe und wachsende Bindung an den Betrieb – 48% der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit

³ Die Ergebnisse und Analysen des DGB-Index Gute Arbeit 2009 sind veröffentlicht unter http://www.dgb-index-gute-arbeit.de/dgb-index_2009.

»Schlechter Arbeit« möchten den Arbeitgeber wechseln, aber nur 5% mit »Guter Arbeit«.

7. *Arbeitsfähig bis zur Rente?*

Nur jeder zweite Beschäftigte geht davon aus, unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen seine Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben zu können. Körperliche Schwerarbeit, psychische Belastungen und geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten zermürben das Arbeitsvermögen am stärksten.

8. *Arbeitshetze und zukünftige Arbeitsunfähigkeit – der Zusammenhang:*

Mit dem Erhalt ihrer Arbeitskraft bis zum Rentenalter rechnen 68% der Beschäftigten, die keiner Arbeitshetze ausgesetzt sind, aber nur 19% der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in sehr hohem Maße unter Zeitdruck arbeiten.

9. *Erwartungen zur Rentenhöhe:*

Mehr als 40% der Beschäftigten werden von der Rente nicht leben können, die sie aus ihrer Berufstätigkeit beziehen.

10. *Zusätzliche Altersvorsorge – ein Mittel gegen Altersarmut?*

Eine Mehrheit der Beschäftigten in den unteren Einkommensgruppen sieht sich außerstande, entweder überhaupt oder aber ausreichend zusätzlich vorzusorgen.

Diese Ergebnisse stimmen nachdenklich. Insbesondere wenn man sich vor Augen hält, dass in den letzten Jahren durchaus in die Verbesserung der Arbeitsorganisation und in die betriebliche Gesundheitsförderung investiert wurde. Gerade aber die Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise zeigen, dass zuerst die Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen von ihr getroffen werden, dass z.B. Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter aus den Betrieben herausgedrängt und somit auch von den längerfristig angelegten strukturellen Veränderungen durch betriebliche Präventions- und Gesundheitsschutzprogramme nicht mehr erfasst werden.

Trotz dieser Belastungen, die auch durch veränderte Arbeitsorganisation und die schwierige Beschäftigungslage hervorgerufen werden, ist jedoch – zumindest statistisch betrachtet – durchaus eine, auf den ersten Blick gegenläufige, Entwicklung zu verzeichnen. Gemeint ist der Rückgang der Fehlzeiten durch Arbeitsunfähigkeit um 2,1 Tage in den vergangenen zehn Jahren.

Wurde 1997 noch jeder Arbeitnehmer durchschnittlich 18,5 Kalendertage im Jahr krankgeschrieben, so waren es 2007 nur noch 16,4

Tage. Der Krankenstand ist in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen. Lag der Krankenstand 1975 noch bei 5,3%, war er 20 Jahre später bereits auf einen Wert von 4,8% gesunken. Im Jahr 2006 erreichte der Krankenstand einen vorläufig niedrigsten Wert von 3,3% und hat sich 2007 leicht erhöht. Die DAK nennt in ihrem Gesundheitsreport 2009 für das Jahr 2008 einen Krankenstand von 3,3% und stellt fest, dass dieser damit seit nunmehr zehn Jahren auf niedrigem Niveau liegt.

Präsentismus: Eine neue Form von »Krankheitsbewältigung«?

Niedrige Krankenstände in der Wirtschaft bedeuten aber nicht zwangsläufig, dass sich die Gesundheit der Beschäftigten verbessert hat. Nach einer Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK halten gesundheitliche Beschwerden viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht davon ab, weiter ihrer Arbeit nachzugehen. Umfragen zeigen, dass der niedrige Krankenstand auch auf das veränderte Verhalten der Arbeitnehmer im Krankheitsfall zurückzuführen ist. Viele halten sich gerade in Krisenzeiten mit Krankmeldungen zurück, aus Angst, ihren Arbeitsplatz zu gefährden.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) stellt daher fest, dass Fehlzeiten an sich kein Indikator für den Gesundheitszustand der Beschäftigten sind und weist in diesem Zusammenhang auf ein Phänomen hin, welches mit dem Begriff »Präsentismus« umschrieben wird.⁴

Mit »Präsentismus« wird das Verhalten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern bezeichnet, krank zu sein und doch zu ihrem Arbeitsplatz zu gehen. Sicher scheint zu sein, dass der Präsentismus zunimmt. Nach Angaben der BAuA ist zu belegen, dass »Umstrukturierungen, Entlassungen, finanzielle Sorgen und die Angst, arbeitslos zu werden«, erheblich zum Präsentismus beitragen. Präsentismus könne auf lange Sicht für Unternehmen wie für Krankenversicherungen sehr kostspielig werden.

⁴ »Neues Phänomen oder Modeerscheinung? Präsentismus: Arbeiten mit Erkrankung« (2009), in: baua: Aktuell (Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz), Heft 2/2009, S. 5ff.

»Verglichen mit krankheitsbedingter Abwesenheit gehen durchschnittlich dreimal mehr produktive Tage verloren, wenn Mitarbeiter krank am Arbeitsplatz sind«, konstatiert die BAuA. Grund dafür sei, dass sich Fehler und Unfälle häufen würden, insgesamt die Qualität der Arbeit sinke und dauerhaft langwierige und chronische Krankheiten drohten.⁵

Ängste im Arbeitsalltag – Verleugnung von Krankheit und Sucht

Der Zusammenhang zwischen Ängsten im Arbeitsumfeld und subjektiver Gesundheit ist ein wichtiger Aspekt bei der Analyse von Einstellungen und Verhalten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Umgang mit Krankheit. Es ist davon auszugehen, dass psychische Beeinträchtigungen im Arbeitsalltag als Belastung wirken und somit krankheitsrelevant sind.

Die Aussagen der GKV-Mitglieder zu ihren Ängsten im Arbeitsalltag spiegeln in erster Linie eine große Furcht vor dem Verlust des eigenen Arbeitsplatzes wider. Jede und jeder zweite Befragte hat Angst davor, ihren bzw. seinen Job zu verlieren. In Unternehmen, in denen nach Angaben der Befragten kranke Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlassen wurden, ist diese Angst noch weiter verbreitet. Dass die Bewältigung der damit einhergehenden Belastungen vielen Menschen zunehmend schwerer möglich wird, begünstigt in vielen Fällen entweder den Griff zum Suchtmittel oder die Tendenz zum »Doping« am Arbeitsplatz, wobei die Grenzen zwischen beiden »Bewältigungsstrategien« fließend sind.

Eine Verleugnung und Verschleppung von Sucht, von Krankheiten, ein Hinauszögern notwendiger ärztlicher Behandlung, die Kompensation von Stress in Verbindung mit durch die Wirtschaftskrise ausgelösten Existenzängsten, wird insofern mittel- und langfristig zu einem problematischeren Krankheitsverlauf und damit zu längeren und häufigeren Fehlzeiten und höheren Behandlungskosten führen. Zu befürchten ist darüber hinaus auch, dass diese Tatbestände bei disponierten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die Tendenz des Suchtmittelmissbrauchs oder des »Dopings am Arbeitsplatz« befördern werden.

⁵ Ebd., S. 5.

Die Angaben der Beschäftigten zu gesundheitlichen Problemen unterscheiden sich zwar nicht nennenswert zwischen Betrieben, die Gesundheitsförderung betreiben, und solchen, die dies nicht tun. Allerdings zeigen sich sehr wohl Unterschiede im Umgang mit Krankheit. Unternehmen mit einem Gesundheitsmanagement haben weniger Personalausfälle. Gleichzeitig geben die Mitarbeiter in solchen Betrieben seltener an, dass sie krank zur Arbeit gegangen sind. Hier ist durchaus ein enger Zusammenhang zur betrieblichen Suchtprävention zu sehen. Letztere sollte zwingend integrierter Bestandteil jeglicher betrieblicher Gesundheitsmanagementprogramme sein.

Investieren in Gesundheit und in Qualifikation

Beschäftigte gehen immer häufiger krank zur Arbeit. Sie haben, um das zu schaffen, sehr individuelle Strategien entwickelt. So verschleppen sie ihre Gesundung bis zum Wochenende oder sie nehmen wegen ihrer Krankheit Urlaub. Die Gründe hierfür sind durchaus unterschiedlich und variieren je nach beruflicher Stellung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. So haben Arbeitskräfte mit geringer Qualifizierung deutlich häufiger Angst, ihren Job zu verlieren, als Erwerbstätige mit höherem beruflichen Status. Führungskräfte geben dagegen überdurchschnittlich häufig zuviel Arbeit als Grund an, trotz Krankheit arbeiten gegangen zu sein.

Die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes lässt sich verkleinern, wenn die berufliche Qualifikation steigt. Aus diesem Grund ist neben den Investitionen in die Gesundheit ein weiteres wichtiges Feld die berufliche Qualifikation. Auch deswegen fordern die DGB-Gewerkschaften in Bayern ein Gesetz zur beruflichen Weiterbildung, gegen welches sich insbesondere die Vereinigung der bayerischen Wirtschaft jedoch sperrt.

Zeit- und Leistungsdruck verursacht psycho-soziale Belastungen

Ohne die Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung, die körperliche Belastungen minimieren, vernachlässigen zu wollen, gilt es in Zukunft verstärkt auf psychosoziale Belastungen einzugehen. Nach der Betriebsrätebefragung 2008 des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung stehen die Beschäf-

tigten in vier von fünf deutschen Betrieben ständig unter hohem Zeit- und Leistungsdruck. Ebenfalls in vier von fünf Betrieben hat die psychische Belastung der Mitarbeiter in den vergangenen drei Jahren zugenommen.⁶

Verantwortlich für diese Entwicklung sind vor allem fehlendes Personal, aber auch neue Formen der Arbeitsorganisation. So galten flache Hierarchien in den vergangenen Jahren häufig als Zaubermittel für flexiblere, eigenverantwortlichere und damit motiviertere Beschäftigte – aber das Gegenteil ist der Fall. Die neuen Freiheiten bezahlten viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Arbeitsverdichtung und Leistungsdruck.

Durch die Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise wird sich das Problem der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz noch weiter verschärfen. Die Verdichtung der Arbeitszeit und die Intensivierung der Arbeit bedeutet: Immer mehr, immer schneller, in immer kürzerer Zeit und mit immer weniger Menschen. Die Folgen sind: völlige Verausgabung, Arbeiten am Rande des Limits, reduzierte Erholungszeiten und »Work-life-imbalance«.

Abbildung 1: Viele Beschäftigte arbeiten unter Druck



Angaben von Betriebsräten, repräsentativ für Betriebe mit mehr als 20 Beschäftigten und Betriebsrat; Quelle: WSI-Betriebsrätebefragung 2008; Hans-Böckler-Stiftung 2009

⁶ »WSI-Betriebsrätebefragung 2008. Innovationsfähigkeit, Arbeitsbedingungen und Gesundheit im Betrieb«, in: Böckler Impuls, Ausgabe 6/2009, S. 1.

Doping und Sucht in Gesundheitsberufen

Die Arbeitsbelastung der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen und konkret am Arbeitsplatz Krankenhaus ist gerade in jüngster Zeit vielfältig dargestellt worden. Diesbezüglich lässt sich vor allem der Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals einerseits und den Auswirkungen dieser Bedingungen auf die Qualität der Patientenversorgung andererseits nicht mehr von der Hand weisen.⁷

Die Frage, ob z.B. Pflegepersonal und Ärztinnen und Ärzte Probleme mit Suchtsubstanzen haben, kann auf internationaler wie nationaler Ebene bejaht werden. Im Ausland allerdings liegen hierzu und auch zur Frage, ob und wie dies geändert werden kann, jedoch mehr Daten vor. Die Situation und das inländische Dilemma brachte ein Beitrag im MDR-Politmagazin FAKT schon im Jahr 2002 auf folgenden Nenner:

»Ärzte sind stärker suchtfähig als die Normalbevölkerung. Amerikanische Studien belegen das. Für Deutschland gibt es keine Zahlen. Angenommen, dass nur rund 5 Prozent der Ärzte süchtig sind, hieße das: Über 17.000 süchtige Ärzte praktizieren in Deutschland. Jeder von ihnen ist eine potentielle Gefahr für seine Patienten. Die Kunstfehlerquote dieser Ärzte liegt 10-100-mal höher, so Schätzungen. Die übliche Reaktion der Kollegen: Wegschauen.«⁸

Fünf Jahre später, also 2007, fasste ein Beitrag über Arztmythen – so Bernhard Braun in seinem »Forum Gesundheitspolitik« – die Situation so zusammen:

»Etwa sieben bis neun Prozent der Ärzte in Deutschland stecken in der Suchtfalle, sagen vorsichtige Schätzungen. Legt man diese Zahl zugrunde, wären 30.000 deutsche Mediziner betroffen. Damit liegt der Anteil um ein dreifaches höher als in der restlichen Bevölkerung.«⁹

In der »Suchtfalle« sitzen nach derselben Quelle keineswegs alle Ärztinnen und Ärzte, sondern bevorzugt Klinikärzte, allen voran Chirurgen und Anästhesisten oder auch angehende Ärztinnen und Ärzte, welche Panikattacken oder Erwartungsdruck mit Alkohol oder Tablet-

⁷ Vgl. z.B. die Ergebnisse des »Pflege-Thermometer 2009«, nachzulesen unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf.

⁸ Vgl. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1473>

⁹ Ebd.

ten betäuben. Der Großteil der süchtigen Ärztinnen und Ärzte ist alkoholabhängig und männlich.

Dass über dieses für die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte und der eines Teils ihrer Patientinnen und Patienten vorhandene Problem auch genauer, offener, öffentlicher und hilfsbereiter kommuniziert und gehandelt werden kann, zeigen die in den USA veröffentlichten Ergebnisse einer fünfjährigen Kohortenstudie mit zwischen 1995 und 2001 in eine Suchttherapie aufgenommenen Ärztinnen und Ärzten. Nach dieser Studie entwickeln etwa 10% der US-Ärzte Suchtprobleme. Die primären Suchtsubstanzen waren Alkohol, Opiate und Stimulanzien wie Amphetamine.

Das zentrale Ziel der Studie war, die Effektivität der Gesundheitsprogramme für Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung mit Substanzabhängigkeit zu evaluieren. Als Endpunkte galten das vollständige Absolvieren des Programms, der mögliche weitergehende Alkohol- und Arzneimittelmisbrauch sowie der berufliche Status nach fünf Jahren.

Die Ergebnisse sahen so aus:

- 155 von 802 Ärzten (19,3%) mit bekannten Ergebnissen beendeten das Programm nicht, der Abbruch war meistens am Anfang der Behandlung.
- Von den 647 (80,7%), die die Behandlung beendeten und die unter Aufsicht und Kontrolle wieder ihrer ärztlichen Tätigkeit nachgingen, wurde auch nach fünf Jahren ein Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch mittels Urinuntersuchungen bei 126 (19%) Ärzten festgestellt; von diesen hatten 33 (26%) wiederholt positive Testergebnisse.
- Nach fünf Jahren Nachbeobachtung hatten 631 (78,7%) Ärzte noch eine Approbation und arbeiteten, 87 Ärzten (10,8%) wurde die Approbation entzogen, 28 (3,5%) waren pensioniert, 30 (3,7%) sind gestorben und 26 (3,2%) hatten einen unbekanntem Status.¹⁰

Sofern also weder die Öffentlichkeit noch »die Kollegen« das Problem verschweigen, sondern es als ernsthaftes gesundheitliches Problem behandeln und offen Hilfen anbieten und diese Hilfen auch angenommen werden, zeigen etwa drei Viertel der Ärztinnen und Ärzte mit Substanzabhängigkeit gute Prognosen nach dieser Therapie. Solche Programme scheinen eine angemessene Kombination von Behandlung, Unterstützung sowie Sanktionen zu enthalten, um die Abhängigkeit von Ärztinnen und Ärzten effektiv zu bewältigen.

¹⁰ Ebd.

Angesichts dieser Ergebnisse stellt sich noch mehr und dringlicher die Frage, warum es in Deutschland weder über die Häufigkeit von Substanzabhängigkeit von Ärztinnen und Ärzten, deren Auswirkungen auf die Gesundheit und soziale Situation und die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten genauere Daten gibt und warum weder Staat, Krankenhausarbeitgeber noch Ärzteverbände vergleichbare Angebote für diese Gruppe erkrankter Ärztinnen und Ärzte anbieten, noch einen spürbaren Druck auf die sich selbst und Dritte gefährdenden Ärzte ausüben, sich in Behandlung zu begeben oder die Ausübung ihres Berufes untersagt zu bekommen. Ein Blick in die USA zeigt, dass die Befürchtung, Ärztinnen und Ärzte verlören durch den offeneren Umgang mit ihren Suchtproblemen ihren »Heiligenschein« und entwerteten sich, eher unwahrscheinlich ist bzw. kulturell modifiziert werden kann.

Ein Anfang: Anästhesisten tun was

Umso spannender sind die aktuellen Veröffentlichungen des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA). Der Verband hat in seinem Organ die Ergebnisse mehrerer Befragungen zum Gefährdungspotenzial von Anästhesisten und Pflegepersonal in deutschen Kliniken veröffentlicht und bestätigt die amerikanischen sowie französischen Angaben über eine hohe Prävalenz¹¹ von Arzneimittelmissbrauch unter Anästhesisten in Deutschland.¹²

35% der Befragten kannten zumindest einen Fall einer schweren Opiat- oder Narkotika-Sucht im Kollegenkreis, davon waren 65% Anästhesisten. Noch erschreckender war für die Autoren die Tatsache, dass mindestens 20% ihrer Kollegen starben, bei bekannter Propofol-Abhängigkeit endeten sogar 60% der Fälle durch Suizid oder Überdosierung tödlich.

Diese Zahlen sprechen für sich, sind aber nicht neu. Trotz des offensichtlich oftmals tödlichen Ausgangs oder Verlustes der Berufsfähigkeit wird das Thema der Suchterkrankung bagatellisiert. Beispielswei-

¹¹ Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit ist eine Kennzahl der Gesundheits- und Krankheitslehre (Epidemiologie) und sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe (Population) definierter Größe an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind. (Anm. d. Hrsg.)

¹² Maier, Christoph/Scherbaum, Norbert (2009): Das Suchtrisiko bei Medizinern – ein Tabuthema?, in: *Anästhesiologie & Intensivmedizin* 2009, 50, S. 283-284.

se sind Schutzmaßnahmen in den deutschen Kliniken praktisch nicht realisiert. In vielen Krankenhäusern würde ein erhöhter Eigenverbrauch von Propofol oder Ketamin überhaupt nicht bemerkt werden. Auch das Bundesamt für Arzneimittelsicherheit (BfArM) sieht in Deutschland trotz dringender Warnungen z.B. aus England und Belgien keinen Handlungsbedarf beispielsweise bei Ketamin. Aufgrund der Ergebnisse der oben genannten Umfragen hat die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und der BDA beschlossen, dieses Thema systematisch aufzuarbeiten, und seit Mitte 2008 eine Arbeitsgruppe hierzu initiiert. Sie hat es sich zur Aufgabe gesetzt, möglichst rasch repräsentative Daten zur Prävalenz des Arzneimittelmisbrauchs bei Anästhesisten, Intensivmedizinerinnen und anderen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen zu erheben.

Wir ermuntern die Betriebs- und Personalräte in den Krankenhäusern ausdrücklich dazu, diese Aktivitäten zu unterstützen und durch eigene Maßnahmen, vor allem durch neue und diesen Realitäten angepasste Dienst- und Betriebsvereinbarungen, auch kliniköffentlich bekannt zu machen.

Denn leider stammt die »jüngste« umfassende Studie zum Suchtmittelmissbrauch am Arbeitsplatz Krankenhaus, die von Hirschbach an der TU München durchgeführt wurde, aus dem Jahr 1991.¹³ Sie trägt den Titel »Stress im Krankenhaus und Alkoholmissbrauch« und kommt auf der Basis von 900 befragten Ärzten und Pflegekräften zum Ergebnis, dass 16,2% der Ärztinnen und Ärzte ein Alkoholproblem haben. Bei besonders hohen Belastungen sind sogar 37% der Ärztinnen und Ärzte betroffen. Beim Pflegepersonal haben 6,7% und bei besonders hohen Belastungen sogar 15,5% ein Alkoholproblem.

Nach dieser Untersuchung ist das Risiko, »zur Flasche zu greifen«, dann recht hoch, wenn sich folgende vier Belastungen durch die Arbeit ergeben: Schichtdienst, Nacht- und Wochenenddienst, wenig Zeit für Erholungspausen und zu viele Patienten. Kommen noch psychische Belastungen dazu, wie z.B. ein hoher Anteil an sterbenden Patienten mit langen Liegezeiten, werden diese mit Alkohol betäubt.

¹³ Vgl. die Ergebnisse der Literaturrecherche bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., recherchiert am 7.11.2010 unter http://www.dhs.de/web/bibliothek/DHS_Bibliothek_Literaturliste_Code.php?code=%C4rzte.

Doping am Arbeitsplatz – die neue Form des Medikamentenmissbrauchs?

Die Ursachen für die Zunahme psychischer Erkrankungen und auch die Zunahme von Suchterkrankungen liegen im Wandel der Arbeitswelt und im Wandel der Lebenswelt. Wir wissen, dass die Ausgrenzung aus dem Arbeitsprozess in Form von Arbeitslosigkeit einen Risikofaktor darstellt, der Suchtmittelmissbrauch begünstigen kann. Wir wissen aber auch, dass Arbeitslosigkeit Rückwirkungen auf die Erwerbstätigen auslöst: Bei den Erwerbstätigen wird damit Angst vor der Arbeitslosigkeit ausgelöst. Zudem machen Erwerbstätige die Erfahrung, dass nicht nur Entlassungen, sondern auch der Wandel der Arbeitswelt zu einer Verdichtung bzw. Erhöhung der Arbeitsintensität führt. Damit entsteht sowohl mehr Leistungsdruck als auch Stress für die weiterhin Beschäftigten. Diese Tatsache – so Prof. Dieter Henkel vom Institut für Suchtforschung an der FH Frankfurt – kann zum Konsum von psychoaktiven Substanzen, also zum »Doping am Arbeitsplatz« führen.¹⁴

Seit ca. zwei Jahren wird das Thema »Neuro-Enhancement« (aus dem Englischen: to enhance = aufwerten, vermehren) in Deutschland intensiver diskutiert (vgl. dazu auch den Beitrag von Tim Pfeiffer-Gerschel und Alicia Casati in diesem Band). Der Begriff bezeichnet die Einnahme von Medikamenten ohne medizinische Indikation, um Stimmungen zu verbessern oder Konzentrations- und Leistungsfähigkeit zu steigern. Spätestens seit der Veröffentlichung des DAK-Gesundheitsreports 2009 wird das Phänomen des »Doping am Arbeitsplatz« thematisiert und diskutiert. In der repräsentativen Umfrage der DAK unter 3.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gaben fünf Prozent an, Substanzen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit oder des Wohlbefindens – ohne medizinische Notwendigkeit – zu konsumieren. Zwanzig Prozent finden, dass die Risiken der Mittel im Vergleich zum Nutzen auch bei Gesunden vertretbar seien. Zwei Prozent der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind demzufolge regelmäßige »Doper« am Arbeitsplatz. Hochgerechnet auf die Zahl der Beschäftigten bedeu-

¹⁴ Vgl. Unger, Christoph (2010): Das neue Opium fürs Volk, in: Rausch, Ausgabe 3/2010, S. 6.

tet dies, dass 800.000 Beschäftigte solche Medikamente regelmäßig einnehmen.¹⁵

Die Bereitschaft, Pillen zu schlucken, um so dem Leistungsdruck im Beruf standzuhalten, ist relativ hoch. Aber neben den medizinischen und wirtschaftlichen Aspekten gibt es bei »Neuro-Enhancement« auch eine ethische und gesellschaftliche Debatte: Ist der immer leistungsstarke und aufmerksame Arbeitnehmer nicht nur eine Wunschvorstellung der Zukunft, sondern schon gesellschaftliche Norm? Anders als im Leistungssport unterliegt Doping am Arbeitsplatz (noch?) keinen Sanktionen. Insofern stellt sich die Frage, ob die Einnahme von stimmungsaufhellenden und konzentrations- und leistungsverbessernden Medikamenten immer mehr das Image von »unproblematischen« Konsumgütern wie Espresso erhält.

Eine gesellschaftliche Debatte sowie die Vereinbarung (arbeits-)medizinischer Regeln sind zwingend nötig. Die Frage lautet, ob es in Zukunft erlaubt sein soll bzw. darf, die eigene Leistungsfähigkeit mit Medikamenten zu steigern. Hilfreich dabei ist ein arbeitssoziologischer Blick auf den gesellschaftlichen Kontext von »Neuro-Enhancement«, wie ihn die Soziologin Greta Wagner formuliert hat. In Zeiten ausgreifender Neoliberalisierungen mit der Folge brüchiger Berufsbiografien wird Selbstoptimierung – so Wagner – zur letzten scheinbar verlässlichen Investition. Die Subjektivierungsweisen, die mit Neoliberalisierung verbunden sind und mit dem Begriff des »unternehmerischen Selbst« analysiert werden, stellen nach Wagner die Optimierung des Selbst und das Management von Risiken in die Eigenverantwortung der Subjekte, folglich auch der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.¹⁶

Die DAK kommt in ihrem Gesundheitsreport zur Schlussfolgerung: »Konzentriert, kreativ, karrierebewusst: wer glaubt, immer perfekt sein zu müssen und verstärkt zur Leistungssteigerung auf Pillen zurückgreift, lebt gefährlich.« So sieht die DAK eine ausgewogene Work-Life-Balance als Schlüssel für die Gesunderhaltung der Arbeitnehmer an. »Nur ausgeglichene Mitarbeiter bleiben auf Dauer produktiv, leistungsfähig und motiviert.«¹⁷

¹⁵ Deutsche Angestellten Krankenkasse (Hrsg.): Gesundheitsreport 2009. Hamburg. http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2009.pdf.

¹⁶ Wagner, Greta (2010): neuro-enhancement – Queere Intervention?, in: prager frühling, Ausgabe 8, S. 46f.

¹⁷ DAK-Gesundheitsreport 2009, a.a.O., S. 108.

Was tun? Gewerkschaftliche Strategien gegen Suchtmittelmissbrauch und Doping am Arbeitsplatz

Im »Klassiker« der gewerkschaftlichen Suchtarbeit, dem »Suchtbuch« der IG Metall, wird Rita Rußland, damals beim Vorstand der IG Metall für diesen Themenbereich verantwortlich, mit einer nach wie vor treffenden Aussage aus dem Jahr 1982 zitiert:¹⁸

»Die Leistungsgesellschaft heute stellt an den Einzelnen immer höhere Forderungen und sie bringt Stress und Anonymität in der Arbeitswelt, im politisch-gesellschaftlichen Bereich und damit auch in der Familie. Das Zusammenleben wird komplizierter. Der Einzelne blickt nicht mehr durch. Und das ist der Nährboden für die sich immer stärker ausbreitende Volksseuche ›Sucht!«

Der Griff zur Pulle und zur Pille ist die Flucht aus der Realität. Wem die Arbeit zur Tretmühle wird, durch die er seine Existenz und die der Familie fristen muss, und wer noch dazu die Veranlagung des süchtigen Menschen in sich trägt, dem wird der Alkohol oder das Medikament leicht zum Verbündeten gegen die verhasste sinnlose Arbeit.«

Es stellt sich insofern die Frage, was gewerkschaftliche Interessenvertreter im Betrieb im Einzelnen in Bezug auf Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention und betrieblicher Gesundheitsmanagementprogramme tun können.

Sie können sicherlich nicht die weltweiten Veränderungen aufhalten, die wir inzwischen allzu trivial als »Folgen der Globalisierung« bezeichnen. Sicherlich können sie auch nicht das erledigen, was der Gesetzgeber regeln muss, nämlich regulierte Arbeitsmärkte und sichere gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen. Aber sie können in der Arbeitsorganisation und -gestaltung viel tun. Es geht hierbei vorrangig um zwei Dinge: die Bedingungen verändern und die Personen befähigen. Verhältnisse und Verhalten müssen gesundheitsförderlich beeinflusst werden. Die Arbeitsbedingungen müssen gesundheitsgerecht gestaltet werden, d.h. die Belastungen sind zu verringern und die salutogene (gesundheitsfördernde) Wirkung der Arbeit ist zu fördern.

Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention durchführen und gesundheitsgerechtes Verhalten fördern bedeutet, die Fähigkeit und

¹⁸ Rußland, Rita u.a. (1991): Das Suchtbuch für die Arbeitswelt. Alkohol, Medikamente, Drogen, Nikotin, Essstörungen, Spiel- und Arbeitssucht. Ursachen, Folgen, Maßnahmen. Hrsg. von der IG Metall. Schriftenreihe 126. Frankfurt a.M.

Autonomie des Einzelnen stärken, damit Belastungen angemessen kompensiert und Potenziale genutzt werden können. Potenziale im Unternehmen sind z.B. Partizipation und Transparenz. Aufgabenbezogene Ressourcen müssen ausgebaut werden: Handlungsspielraum erweitern, die Arbeit abwechslungsreicher gestalten, der Arbeit einen Sinn geben, die Zeitspielräume erweitern, die Arbeitszeiten vorhersehbar und verlässlich machen und die Beschäftigten sozial und beruflich unterstützen. Dazu gehört auch eine Wertschätzung und Anerkennung der Leistung der Beschäftigten.

In den Unternehmen sind in noch größerem Umfang Frühwarnsysteme für psychische Fehlbelastungen und Missbrauch von Suchtmitteln zu entwickeln, die auf allen Ebenen geeignete Interventionsmöglichkeiten schaffen. Schon beim Vorliegen von Befindlichkeitsstörungen bei den Beschäftigten, wie z.B. Erschöpfungsgefühlen, Gereiztheit, Kopfschmerz oder innerer Unruhe, sind Reaktionen erforderlich. Ziel dabei ist es, Fehlbelastungen zu beseitigen und individuelle Beschäftigungsfähigkeiten und Ressourcen der Beschäftigten zu stärken.

Der DGB und seine Gewerkschaften setzen sich weiterhin dafür ein, das Thema psychische Gesundheit, Suchtmittelmissbrauch und Doping in der Arbeitswelt zu enttabuisieren. Über Risikofaktoren und Gesundheitsgefährdungen muss in den Betrieben offen geredet werden können. Betriebsklima und Unternehmenskultur müssen dies befördern.

Stress- und Suchtprävention muss in alle betrieblichen Entscheidungen eingebaut und Teil einer präventiv gestalteten Arbeitsorganisation werden. Insbesondere eine ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung, die auch psychische und soziale Belastungen ermittelt, ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Einleitung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die Gefährdungsbeurteilung ist die Basis – die individuelle Beratung muss diese ergänzen. Um die individuellen Bewältigungsfähigkeiten der Beschäftigten im Umgang mit Belastungen zu entwickeln, ist eine Stärkung ihrer Gesundheitsressourcen eine wichtige Aufgabe. Dazu können die betriebliche Suchtprävention und die betriebliche Gesundheitsförderung beitragen. Sie ist eine wichtige ergänzende Maßnahme zur Primärprävention und trägt der komplexen Verursachung von Gefährdungen der psychischen Gesundheit Rechnung.

Ein neues Gesundheitsmanagement ist nötig

Dunkel, Kratzer und Menz kommen im Projekt »Partizipatives Gesundheitsmanagement« (PARGEMA¹⁹) zur Schlussfolgerung, dass ein neues Gesundheitsmanagement nötig sei. Betrieblicher Gesundheits- und Arbeitsschutz müsse sich mit der Motivlage von Beschäftigten auseinandersetzen, wenn Möglichkeiten der Prävention psychischer Belastungen und psychischer Erkrankungen gefunden und betrieblich umgesetzt werden sollen.²⁰

Woran kann Prävention ansetzen, die darüber hinausgehen will, den Umgang mit psychischen Belastungen als Privatsache der Beschäftigten zu begreifen, fragen die Wissenschaftler. Als Lösungsansätze benennen sie daher drei wesentliche Organisationsfelder, welche für ein neues Gesundheitsmanagement zu bearbeiten sind.

Führungsverhalten kann bei den Beschäftigten sowohl Stress erzeugen als auch Stress verhindern. Führungskräfte können die Überforderungstendenzen ergebnisorientierter Steuerungsformen noch verschärfen – etwa durch demotivierendes (und unter Bedingungen hochgradig intrinsisch motivierter Beschäftigter ganz und gar überflüssiges) Disziplinierungsverhalten –, sie können aber auch als Coach und Unterstützer eines gleichermaßen erfolgsorientierten wie eigenverantwortlichen Leistungshandelns ihrer Mitarbeiter aktiv werden.

»Gesundheitsförderliches Führen« – so Dunkel, Kratzer und Menz – wäre deshalb ein wichtiger Ansatzpunkt für Prävention. Um hier etwas zu bewirken, sei es allerdings notwendig, die Belastungs- und Beanspruchungssituation von Führungskräften selbst zum Thema zu machen und darüber zum einen die Führungskräfte selbst zu entlasten, zum anderen aber auch deren Sensibilität für das Thema »psychische Belastungen« zu steigern.

Zum zweiten muss am *Problembewusstsein der Beschäftigten* selbst angesetzt werden: Nur dann, wenn den Beschäftigten die Problematik der »interessierten Selbstgefährdung« bewusst wird, kann aus Selbst-

¹⁹ Einzelheiten dazu und zu den vorliegenden Publikationen des Projektes finden sich auf der Projekthomepage www.pargema.de.

²⁰ Dunkel, Wolfgang/Kratzer, Nick/Menz, Wolfgang (2009): Arbeit und Gesundheit in Zeiten des Umbruchs – Ergebnisse aus dem Projekt PARGEMA, in: Gesundheit in Zeiten der Krise – BKK-Gesundheitsreport 2009, S. 57-61. http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/BKK_Gesundheitsreport_2009.pdf.

steuerung, (die auf die Optimierung der eigenen Leistung ausgerichtet ist) Selbstreflexion (die auf eine Balance von Leistung und Gesundheit auszurichten wäre) werden und für die eigene Strategie zur Bewältigung der Anforderungen am Arbeitsplatz genutzt werden.

Zum dritten schließlich müssen Möglichkeiten eröffnet werden, *Leistungsanforderungen* und den Beschäftigten zur Verfügung stehende Ressourcen von Seiten der Betriebe so zu *gestalten*, dass Stressoren reduziert werden. Es führt kein Weg daran vorbei, die tendenziell maßlosen markt- und ergebnisbezogenen Erfolgsziele immer wieder am Maßstab ihrer menschlichen und organisationalen »Leistungsfähigkeit« zu überprüfen. Dies kann nur über – so die Autoren – »ehrliche« Rückkopplungsprozesse hinsichtlich Leistungsmöglichkeiten und Ressourcen von unten nach oben erfolgen – etwa durch Zielvereinbarungen, die ihrem Namen wirklich gerecht werden und nicht bloße Vorgaben sind. Hierfür ist ein Umdenken notwendig: Arbeits- und Gesundheitsschutz kann nicht mehr getrennt von Leistungssteuerung gedacht und praktiziert werden, Leistungspolitik muss sich auch an Kriterien von Gesundheit und Wohlbefinden orientieren.

Leistungsverdichtung und belastende Arbeitsbedingungen tragen erheblich zum Entstehen von Suchterkrankungen bei. Daher sollte eine nachhaltige Einbindung der betrieblichen Suchtprävention in das Betriebliche Gesundheitsmanagement angestrebt und eine Verzahnung aller Themenfelder (Arbeits- und Gesundheitsschutz, Betriebliches Eingliederungsmanagement, betriebliche Suchtprävention, betriebliche Gesundheitsförderung) in den Betrieben umgesetzt werden.

Nur dann ist betriebliches Gesundheitsmanagement mehr als nur ein Reparaturbetrieb.

Marianne Giesert/Tobias Reuter

Drogenkonsum im Kontext sozialer Ungleichheit

Mit dem Konsum illegaler Drogen assoziieren wir in der Regel den »klassischen Junkie«: mittellos, verwahrlost, arbeitslos, sozial benachteiligt. Auf den Alkoholiker wird man in unserer Gesellschaft nur aufmerksam, wenn dieser sich nach langer »Abhängigkeitskarriere« zu seiner Krankheit bekennt bzw. sich in Behandlung begibt. Raucher sind noch gesellschaftlich akzeptiert, Medikamentenabhängige werden als »stille Süchtige« nicht bemerkt und die Einnahme von leistungssteigernden Mitteln scheint in unserer Gesellschaft, zumindest teilweise, erwünscht zu sein. Das Spektrum an Abhängigkeitserkrankungen wird täglich breiter. Dabei ist der Weg in die Krankheit bei gesellschaftlich akzeptierten Drogen meist unauffällig und wird von Familie, Freunden und Kollegen nicht wahrgenommen, bzw. nicht thematisiert.

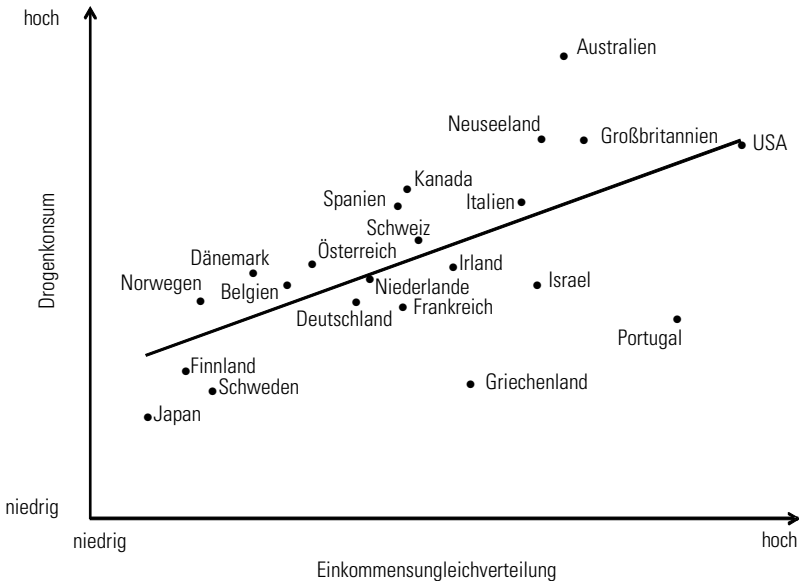
In diesem Kontext wird übermäßiger Drogenkonsum oft mit sozialer Ungleichheit in Verbindung gebracht. Wilkinson und Pickett (2009) gehen in ihrem Buch »Gleichheit ist Glück« auf diesen Zusammenhang ein und zeigen in ihrer Studie eine deutliche Tendenz: Eine erhöhte Einkommensungleichverteilung geht mit einem erhöhten Konsum illegaler Drogen einher. Abbildung 1 veranschaulicht diese Beziehung.

Diese Ergebnisse stützen sich auf den Welt-Drogen-Report (vgl. UNODC 2007). Die Hochachse zeigt den durchschnittlichen Drogenkonsum, die Längsachse die Einkommensungleichverteilung ausgewählter Länder. Die eingezeichnete Linie gibt letztlich die steigende Tendenz des Zusammenhangs wieder.

Die Daten beziehen sich auf den Konsum illegaler Drogen wie Opiate (z.B. Heroin), Kokain, Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen. Was nicht berücksichtigt wird, sind so genannte legale Drogen, z.B. Alkohol, Nikotin und diverse Medikamente, obwohl – oder vielleicht sogar auch wegen – ihrer Verbreitung und häufigen Nutzung in allen gesellschaftlichen Schichten.

Zwar lassen die Ergebnisse keinen Zweifel daran, dass größere soziale Ungleichheit mit einem erhöhten Drogenkonsum zusammenhängt, jedoch ist unklar, ob und welche Personengruppen innerhalb der Gesell-

Abbildung 1: Grad der Einkommensungleichverteilung in Abhängigkeit vom durchschnittlichen Drogenkonsum



Quelle: Wilkinson/Pickett 2009: 89

schaft im besonderen Maße davon betroffen sind und welche Gründe für diesen Missbrauch angeführt werden können.

Was steckt hinter diesen Daten? Zur Interpretation kann die bekannte Argumentationslinie herangezogen werden, dass Drogenkonsum vor allem in Bevölkerungsschichten mit geringen Einkommen stattfindet. Dies wird bezüglich des Konsums der legalen Droge Alkohol durch zahlreiche Studien bestätigt. Dort sind es insbesondere erwerbslose Männer mit niedrigem Schulabschluss, die von Alkoholsucht betroffen sind (vgl. Barsch 2007: 10). Als Erklärungszusammenhang kann beispielsweise die Perspektivlosigkeit und die daraus resultierende Flucht in eine drogeninduzierte Scheinwelt genannt werden.

Jedoch hängt Drogenkonsum auch mit anderen Phänomenen zusammen. Insbesondere die Einnahme von leistungssteigernden Mitteln ist mittlerweile in unserer Gesellschaft weit verbreitet und betrifft nicht nur den Profisport, sondern umfasst auch den Breiten- und Freizeitsport sowie den beruflichen Alltag. In diesem Kontext steht der Begriff

der »Einkommenssucht« (vgl. Wilkinson/Pickett 2009: 88). Menschen, die viel verdienen, wollen oft immer mehr Besitz und Reichtum anhäufen. Dadurch haben sie immer weniger Zeit für gesunde Lebensbedingungen, die es ihnen erlauben, z.B. Zeit mit der Familie und Freunden zu verbringen, sportliche Tätigkeiten auszuüben etc. Steigender Erfolgsdruck, Versagensängste oder die Furcht vor einem möglichen sozialen Abstieg lassen immer mehr Personen zu verbotenen Substanzen greifen. Mit diesem Phänomen beschäftigt sich auch der DAK Gesundheitsreport 2009. Dort ist die Rede von »Doping am Arbeitsplatz«, womit der zunehmende Arzneimittelmisbrauch zur Steigerung oder Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit im Beruf gemeint ist (s. hierzu auch den Beitrag von Katrin Krämer in diesem Buch). Es ist bei den »typischen Fällen« der Entwicklung eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit davon auszugehen, dass zumindest bei Beginn der Medikamenteneinnahme eine ärztliche Verordnung wegen einer Erkrankung vorlag. Im Gegensatz dazu liegen beim Beginn der Medikamenteneinnahme zur kognitiven Leistungssteigerung (doping the mind), die mit Begriffen wie »Hirndoping«, »Psycho- oder Neuro-Enhancement« tituliert werden, meist keine Krankheitssymptome vor (vgl. hierzu auch die Beiträge von Tim Pfeiffer-Gerschel/Alicia Casati und Tilmann Holzer).

Die Menschen sind durch die Anforderungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen zu »ManagerInnen« ihres Lebens geworden. Freiheiten sind gewachsen, Anforderungen im Beruf, in der Familie und in der Gesellschaft gestiegen, ständige Leistungsbereitschaft, Flexibilität und Mobilität ist gefragt.

Wir benötigen Zeit und vielfache Möglichkeiten, Fähigkeiten zu entwickeln, um mit den gestiegenen Anforderungen der Arbeits- und Lebensbedingungen fertig zu werden bzw. uns mit ihnen auseinanderzusetzen. Diese Anforderungen sind komplex und verlangen ein hohes Maß an Selbstreflexion, Selbstbewusstsein und auch den dazugehörigen Handlungsspielraum, aktiv Entscheidungen für die Gestaltung des eigenen Lebens zu treffen. Viele fühlen sich diesen Bedingungen in unserer Gesellschaft mittlerweile nicht mehr gewachsen und treten mit Hilfe von Medikamenten und anderen Drogen die Flucht aus der Realität an bzw. versuchen ihre Leistung zu steigern. Ist dies sinnvoll? Klar muss dabei sein, dass es »die« Pille für alle Lebenslagen nicht geben wird!

Gefordert sind mit Blick in die Arbeitswelt Präventionsprogramme im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Körperliche und psychische Gefährdungen sollen frühzeitig entdeckt und Entlastungsmöglichkeiten

gestaltet werden (Gefährdungsbeurteilung). Die Menschen müssen gestärkt werden, um Krisen und Konflikte zu bewältigen. Sie müssen lernen, mehr auf sich selber zu hören, Signale der Überforderung bei sich und anderen frühzeitig zu erkennen und Unterstützung von anderen zu fordern und selber zu geben.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Drogenkonsum lässt sich klar herstellen, aber das alleinige Heranziehen von Einkommensunterschieden wird diesem komplexen Sachverhalt nicht gerecht. Soziale Ungleichheit sowie Drogenkonsum manifestieren sich in vielfältiger Weise. Um die Ursachen zu erkennen und dem entgegensteuern zu können, ist eine sensible, differenzierte Betrachtung vor allem auch unserer Lebens- und Arbeitsbedingungen notwendig. Gestaltungsmaßnahmen müssen dabei am Verhalten und gleichzeitig an den Verhältnissen ansetzen.

Literatur

- Barsch, G. (2007): Drogenkonsum und soziale Ungleichheit: Verschränkungen zwischen sozialer Lage und Geschlecht in den Blick nehmen, in: Dollinger, B./Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialforschung, S. 213-234.
- UNODC (2007): United Nations Office on Drugs and Crime, Annual Report 2007.
- Wilkinson, R./Pickett, K. (2009): Gleichheit ist Glück – Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Berlin: Tolkemitt Verlag.

Tilman Holzer

Prävention von Hirndoping am Arbeitsplatz

Hirndoping – die Leistungsfähigkeit der Mitte an der »final frontier«?

Das so genannte Hirndoping erfreut sich spätestens seit dem Jahr 2009 eines großen Medieninteresses. Der »Gesundheitsreport 2009« der DAK problematisierte als Schwerpunktthema »Doping am Arbeitsplatz«. Die Autoren des Reports beschreiben die scheinbar neue Ausgangslage zu Beginn des 21. Jahrhunderts wie folgt: »Körper- und Hirnfunktionen beeinflussen zu können, um den wachsenden Anforderungen am Arbeitsplatz zu genügen, scheint heutzutage nicht mehr nur ein Wunschtraum zu sein. Verstärkt wird dies durch neuro-pharmakologische Erfolge. Eine im Auftrag der DAK für diesen Gesundheitsreport durchgeführte bundesweite Befragung von gut 3.000 Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren ergab: Gut 43,5% der Befragten ist bekannt, dass Medikamente, die z.B. zur Linderung und Behandlung von alters- und krankheitsbedingten Gedächtniseinbußen oder Depressionen entwickelt wurden, auch bei Gesunden wirken können.« (DAK 2009: 37)

Weitere Befragungen und Studien, insbesondere aus den USA, deuten auf drei ähnliche Entwicklungen hin: Erstens wird über ein größeres Interesse an »Hirndoping« in der (arbeitenden) Bevölkerung berichtet. Zweitens steigt die gesellschaftliche Akzeptanz für dieses alltägliche Doping. Und drittens weisen insbesondere Studien unter Studierenden und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern auf einen tatsächlichen Anstieg in der medikamentösen Praxis des Hirndopings hin.¹

Während der Mensch als Mängelwesen in den vergangenen Jahrhunderten meist mit seiner körperlichen Ausstattung haderte, so beklagt sich der moderne Mensch in der Wissensgesellschaft zunehmend über

¹ Vgl. hierzu den Beitrag von Tim Pfeiffer-Gerschel und Alicia Casati in diesem Band, deshalb erfolgt an dieser Stelle keine Diskussion der Prävalenz von Hirndoping im In- und Ausland.

sein scheinbar unzureichendes kognitives Leistungsvermögen. Die Motivation zum Hirndoping ist, dass zeigen die bisherigen Umfragen, unter Wissenschaftlern, Studierenden und mit Einschränkungen Oberstufenschülern am höchsten. In der beruflichen Praxis entsteht »berufsbedingt« in Unternehmensberatungen und bestimmten, stark am individuellen Wettbewerb ausgerichteten Unternehmen wie beispielsweise den Investmentabteilungen im Bankengeschäft ein »natürliches« Interesse an Wegen zur Leistungssteigerung. Das Motiv für Hirndoping ist bei Wissenschaftlern meist, eine bestimmte, eher kurze Phase der Hochleistung zu befördern, während in den stark wettbewerbsorientierten Beratungsunternehmen die permanent geforderte Höchstleistung durch pharmakologische Unterstützung länger aufrecht erhalten werden soll. Für die ganz überwiegende Anzahl der Schüler und auch die meisten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hingegen ist Hirndoping kein für ihren beruflichen Alltag relevantes Problem. Verschiedene Faktoren deuten jedoch darauf hin, dass Hirndoping in Zukunft eher eine größere Verbreitung finden wird. Zu diesen Faktoren zählen der zunehmende, insbesondere der individualisierte Leistungsdruck an einzelnen Arbeitsplätzen, der härtere Wettbewerb um gute Schulnoten als Zugangsvoraussetzung zu höheren Bildungsanstalten sowie strukturelle Reformen, wie z.B. der Bologna-Prozess mit seiner hohen Prüfungsichte. Verstärkt werden diese Faktoren durch eine latent bejahende Diskussion von Hirndoping unter einigen Neurowissenschaftlern und Neuroethikern.

Hirndoping ist mehr als Arzneimittelmissbrauch

Was aber ist Hirndoping? Ist der Konsum bzw. Missbrauch von Ritalin mit der Tasse Kaffee bzw. mit dem sprichwörtlichen Kokainkonsum der Banker gleichzusetzen? Was unterscheidet Hirndoping von Arzneimittel- bzw. Drogenmissbrauch? Ist »Neuro-Enhancement« oder »Cognitive Enhancement« mit Hirndoping gleichzusetzen?

Die umfassendste und aktuellste Definition liefert der Mainzer Professor für Psychiatrie Klaus Lieb: »Unter Hirndoping versteht man den Versuch gesunder Menschen, die Leistungsfähigkeit des Gehirns durch die Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten zu verbessern. Dabei ist die Einnahme nicht medizinisch indiziert, die Substanzen wurden nicht ärztlich verordnet und der Konsum erfolgt nicht aus

Genussgründen. Als Hirndoping bezeichnet man daher auch nicht den Konsum von Koffein oder pflanzlichen Produkten wie Extrakten des Baumes *Ginkgo biloba*, die auch zur geistigen Leistungssteigerung eingenommen werden, aber frei verkäuflich sind.« (Lieb 2010: 25)

Dieser Definition ist hinsichtlich der Motivation für Hirndoping, also der Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gehirns, nachdrücklich beizupflichten. Hingegen ist die Beschränkung auf »verschreibungspflichtige Medikamente« zu eng gefasst und das implizite Kriterium hierfür, die Rechtslage nach Arzneimittelgesetz, eine sozial konstruierte Trennlinie, die verschiedene Substanzen, die zum Doping am Arbeitsplatz eingesetzt werden, letztlich ausschließt. Zu diesen Substanzen zählen beispielsweise verschiedene Amphetamine und Kokain, beide dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt. Derartige Substanzen werden auch zu Genussgründen eingesetzt, aber auch seit Jahrzehnten zur Leistungssteigerung am Arbeitsplatz. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Verwendung von Kokain unter Bankern, aber auch an den Kokainmissbrauch von Christoph Daum sei erinnert.² Günter Amendt schreibt hierzu treffend: »Diese Droge ist der Treibstoff der New Economy, sie ist überall, wo in Hochgeschwindigkeit gearbeitet wird und Akteure mit Super-Egos am Werk sind.«³ Ein ähnliches Argument betrifft die rezeptfrei erhältlichen leistungssteigernden Arzneimittel wie die von Klaus Lieb selbst angesprochenen Koffeintabletten. (Lieb 2010: 22) Diese werden zwar zur Leistungssteigerung verwendet, seien, so Lieb, aber kein Hirndoping, da »Koffeintabletten frei verkäuflich und nicht verschreibungspflichtig sind und Koffein nicht zur Behandlung von Erkrankungen entwickelt wurde.« (ebd.) Dennoch werden Koffeintabletten zielgerichtet zum Hirndoping eingesetzt und sind aufgrund ihrer pharmakologischen Wirksamkeit auch dafür geeignet. Die legalistische Definition von Lieb muss aber sowohl alle leistungssteigernden Betäubungsmittel, alle freiverkäuflichen Arzneimittel (wie Koffeintabletten) und alle (noch) nicht durch das Arzneimittelgesetz, aber z.B. im Ausland via Internet bereits bestellbaren Substanzen per Definition ausschließen. Da diese Substanzgruppen eine mehr oder weniger große Relevanz für die Praxis des Hirndopings in Betrieben besitzen, ist Liebs Definition zu eng gefasst. Aus diesen Gründen wird die Definition von Lieb wie folgt erwei-

² Genterczewsky 2008 beschreibt Kokaindealer im bürgerlichen Milieu in Frankfurt am Main.

³ Günter Amendt in Berliner Zeitung vom 24.10.2000.

tert: »Unter Hirndoping versteht man den Versuch gesunder Menschen, die Leistungsfähigkeit des Gehirns durch die Einnahme von psychoaktiven Substanzen zu verbessern. Dabei ist die Einnahme nicht medizinisch indiziert, die Substanzen wurden nicht ärztlich verordnet und der Konsum erfolgt nicht aus Genussgründen.« Dabei sind die zentralen Kriterien zur Identifizierung von Hirndoping die Motivation zur Einnahme bestimmter Substanzen als auch deren Wirksamkeit, diese ist jedoch auf keine bestimmte Wirkungsweise beschränkt, da die pharmakologische Leistungssteigerung des Gehirns verschiedene Ausprägungen annehmen kann.

Wie soll die Gesellschaft, wie sollen Arbeitnehmer und Betriebe mit Hirndoping umgehen?

Am einfachsten zu beantworten ist diese Frage für Substanzen, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt sind: Deren Verwendung mit dem Ziel des Hirndoping ist illegal. Gleichfalls dürfen verschreibungspflichtige Arzneimittel nur zur Therapie von bestimmten Krankheiten eingesetzt werden und nicht zum Hirndoping (Ritalin, Modafinil). Beide Substanzgruppen werden dennoch durch illegale Beschaffung zu Hirndopingzwecken eingesetzt. Hier stellen sich in erster Linie kriminalistische Fragen hinsichtlich der Unterbindung des illegalen Handels mit diesen Substanzen zu Zwecken des Hirndopings. Da die ethische Diskussion zu Hirndoping den rechtlichen Status der betroffenen Substanzen aber latent ausklammert, soll hierzu grundsätzlich Stellung bezogen werden. Erstens ist die Einnahme von psychoaktiven Substanzen zu Genusszwecken so alt wie die Menschheit, gleichfalls die kontroverse Geschichte ihrer rechtlichen Regelung.⁴ Während sich insbesondere Psychiater und andere Neurowissenschaftler meist sehr kritisch zur Einnahme von psychoaktiven Substanzen zu Genusszwecken äußern, so ist die Bewertung des Hirndopings in derselben Wissenschaftlergruppe deutlich positiver. Am deutlichsten kam dies in einer Umfrage des führenden Fachmagazins Nature zum Ausdruck: 80% der Befragten stimmten der Freigabe von Hirndoping für Erwachsene zu.⁵ Dieser Auffassung ist aus mehreren Gründen zu widersprechen. Erstens besteht

⁴ Exemplarisch Seddon 2010 und für Deutschland Holzer 2007.

⁵ Nature-Umfrage, bei Lieb 2010: 125.

beim regelmäßigen Hirndoping im Gegensatz zum maßvollen Genusskonsum (von z.B. einem Glas Wein) die Gefahr der Schädigung Dritter durch die Einnahme von hochwirksamen psychoaktiven Substanzen. Das Urteilsvermögen kann sich unter dem Einfluss dieser Substanzen verändern, zu den typischen Phänomenen bei langfristiger Amphetamin-Einnahme zählen beispielsweise Paranoia, Appetitverlust und Herzkreislaufbeschwerden. Während der Appetitverlust unter dem Aspekt des Hirndopings wenig relevant erscheint, kann Paranoia zu äußerst problematischen Folgen führen. In der Literatur ist hierfür das typische Beispiel die Erschießung von vier kanadischen Soldaten durch zwei US-Soldaten in Afghanistan im Jahr 2003. Die amerikanischen Soldaten verteidigten ihr »eingeschränktes Urteilsvermögen« mit Bezug auf den Einfluss von Amphetaminen, welche sie als US-Kampfpiloten einnehmen mussten (The Independent 2003).

Die Einnahme von Substanzen zu Zwecken des Hirndopings ist immer mit Nebenwirkungen verbunden. Aber auch die normale intendierte Wirkung kann, insbesondere bei Dauereinnahme, Schädigungen hervorrufen. Die Dauereinnahme von Amphetaminen oder Ritalin kann zu einer Abhängigkeitserkrankung führen. Auch alltägliche und damit implizit »harmlose« Genussmittel besitzen erstens ein breites Wirkungsspektrum und können zudem durchaus problematische Nebenwirkungen entfalten. Koffein regt nicht nur das Zentralnervensystem an (der Hirndopingeffekt, ohne den die moderne Arbeitswelt kaum möglich wäre), sondern erhöht auch die Kontraktionskraft des Herzens, steigert die Herzfrequenz, verengt die Blutgefäße im Gehirn und erweitert sie an der Peripherie und regt die Peristaltik des Darms an. Bis 2004 war Koffein zudem auf der Liste der verbotenen Substanzen der Welt-Anti-Doping-Agentur aufgeführt. Die Einnahme von hohen Dosen Koffein kann zu speziellen Schlafstörungen, Abhängigkeit, Kopfschmerzen, Ermüdungserscheinungen, Gereiztheit und Konzentrationsstörungen führen. Ähnliches gilt in abgewandelter Form für alle anderen psychoaktiven Substanzen: Ihre Einnahme ist immer mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden und sollte daher nicht zu Zwecken des Hirndopings erfolgen. Hier ist die Wirkung dieser Substanzen erneut in den Blick zu nehmen. Meist werden durch Hirndoping die Sicherheitsreserven an physischer und psychischer Energie aktiviert. Dadurch wird für einen zusätzlichen Zeitraum Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, indirekt die Fähigkeit, sich zu erinnern, angeregt. Hirndoping steigert jedoch nicht die Intelligenz und senkt tendenziell die Kreativität.

tät. (Lieb 2010: 96) Da die Wirkung von Substanzen zu Hirndopingzwecken sich letztlich auf eine Ausschaltung von biologischen Warnsignalen konzentriert, welche Ermüdung anzeigen, stellt sich die Frage, warum Ermüdungssignale in bestimmten Teilen der heutigen Arbeitswelt mit allen Mitteln bekämpft werden wollen? Die Zunahme von psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz, von Burnout und ähnlichen Problemen zeigt einen erhöhten Bedarf an innerbetrieblichem Gesundheitsmanagement auf. Zudem müssen die gesellschaftlichen und arbeitsrechtlichen Ursachen in die Problemlösung miteinbezogen werden. Intoleranz gegenüber Hirndoping ist innerbetrieblich in erster Linie eine Frage der guten Betriebs- und Verwaltungskultur.

Maßnahmen zur Prävention von Hirndoping

Je nach rechtlichem Status der verwendeten Substanzen gestaltet sich die Prävention des Hirndopings auf der Angebotsseite unterschiedlich. Der Handel mit Substanzen, die dem Betäubungsmittel- und Arzneimittelgesetz unterliegen, wird kriminalpolizeilich bekämpft (Sürmann 2007). Gleiches gilt für den illegalen Handel im Internet, hier wird die Arbeit von Zoll- und Bundeskriminalamt in Kooperation mit Euro- und Interpol zunehmend effektiver. Das Internet ist keineswegs ein rechts- oder kontrollfreier Raum, auch international ist die Bekämpfung des illegalen Arzneimittelhandels sinnvoll und möglich. Betrieblich bieten sowohl die Instrumente des Gesundheitsmanagements als auch der betrieblichen Suchtprävention vielfältige und noch zu wenig genutzte Möglichkeiten, einerseits die Auslöser für Hirndoping präventiv zu reduzieren und andererseits konkrete Fälle des leistungssteigernden Substanzmissbrauchs als inakzeptabel zu thematisieren. Insbesondere die betriebliche Suchtprävention an Hochschulen und stark wissensbasierten Unternehmen und Verwaltungen steht hier vor einigen Herausforderungen. Da Urinkontrollen für leitende Angestellte insbesondere in den Risikobranchen des Hirndopings aus prinzipiellen Gründen nicht in Frage kommen, sollte dies reziprok auch für Auszubildende gelten.

Literatur

- Amendt, Günter (2000): Kokain ist überall, wo in Hochgeschwindigkeit gearbeitet wird, in: Berliner Zeitung vom 24.10.2000.
- DAK (Hrsg.) (2009): Gesundheitsreport (2009). Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt Doping am Arbeitsplatz. Hamburg.
- Genterczewsky, Claudia (2008): Kokaindealer im bürgerlichen Milieu, in: Wense, Bernd: Drogenmärkte. Strukturen und Szenen des Kleinhandels, Frankfurt a.M.
- Holzer, Tilman (2007): Die Geburt der Drogenpolitik aus dem Geist der Rassenhygiene. Deutsche Drogenpolitik von 1933 bis 1972, Norderstedt.
- Lieb, Klaus (2010): Hirndoping. Warum wir nicht alles schlucken sollten, Mannheim.
- Maher, Brendan (2008): Look who's doping, in: Nature, 452: 674-675.
- Seddon, Toby (2010): A History of Drugs. Drugs and Freedom in the Liberal Age, Abingdon.
- Sürmann, Heike (2007): Arzneimittelkriminalität – ein Wachstumsmarkt? Köln.
- The Independent (2003): US pilots in friendly fire case »were given amphetamines«, 3.1.

Katrin Krämer

Doping am Arbeitsplatz: Ergebnisse des DAK Gesundheitsreports 2009

Doping am Arbeitsplatz – Leistungssteigerung durch Psycho- und Neuro-Pharmaka?

Im Februar 2009 hat die Deutsche Angestellten-Krankenkasse DAK den Gesundheitsreport¹ mit dem Schwerpunktthema »Doping am Arbeitsplatz« veröffentlicht und damit eine Debatte in der Öffentlichkeit belebt.² Der Report griff die aufkeimende Berichterstattung über Phänomene wie »Gehirn-Doping«, »Brain Booster« und »Neuro-Enhancement« auf. Mit dem Begriff »Enhancement« wird ein sehr breites Spektrum an Methoden, Möglichkeiten, Interventionen sowie Visionen zur »Steigerung«, »Verbesserung«, »Stärkung« oder »Erhöhung« körperlicher Fähigkeiten und psychischer Befindlichkeiten bei primär Gesunden in Abgrenzung zu einer indizierten Therapie eingekreist.

Trotz eines Defizits an epidemiologischen Daten suggerierte die Berichterstattung, dass das Phänomen weit verbreitet sei. Speziell das Ergebnis einer Online-Befragung des amerikanischen Wissenschaftsmagazins Nature wurde ohne entsprechende Gewichtung, Einordnung und Bewertung vielfach beachtet und gesamtgesellschaftlich übertragen: Jede/r fünfte befragte WissenschaftlerIn gab an, ohne medizinische Notwendigkeit bereits Medikamente eingenommen zu haben, um Konzentration, Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen anzuregen (Mahler 2008).

¹ Vgl. DAK (2009). Dort sind auch weiterführende Literaturangaben erhältlich.

² Das Thema »Doping am Arbeitsplatz« wurde 2009 nach Veröffentlichung des DAK Gesundheitsreports im Bundestag im Rahmen einer Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 16/12490) notiert. Die Bundesregierung bekundete in ihrer Antwort (Drucksache 16/12624) die Absicht, der Problematik in Zukunft Beachtung zu schenken.

Wirkstoffe, denen nachgesagt wird, dass sie die berufliche Belastbarkeit steigern, indem sie kognitive und emotionale Funktionen über ein normales Maß hinaus verbessern, wecken Begehrlichkeiten (vgl. Schleim 2008). Dabei ist der Wunsch, Gehirnfunktionen im Sinne einer Steigerung und Veränderung der Wahrnehmung zu beeinflussen, nicht neu. Allerdings erschien der DAK neu, dass sich offenbar Methoden, Mittel und nicht zuletzt auch Zielsetzungen ändern: Die Wunschvorstellung einer gesteigerten beruflichen Performance wird zum Ziel. Und als manipulierende Substanzen geraten verschreibungspflichtige Arzneimittel, meist mit psychotropen und neurotropen Wirkstoffen, in den Fokus. Speziell der Bezug zur Arbeitswelt veranlasste die DAK, diese Beobachtungen unter dem Label »Doping am Arbeitsplatz« zu subsumieren.

Zur Eingrenzung von »Doping am Arbeitsplatz«

Die Themenstellung des DAK Gesundheitsreports 2009 erforderte zunächst eine inhaltliche Eingrenzung, um hieraus konkrete empirische Fragestellungen abzuleiten. Zu diesem Zweck wurde die im Hochleistungssport verwendete Definition der Welt-Anti-Doping-Agentur WADA auf die Arbeitswelt übertragen.³ Demzufolge bedeutet »Doping am Arbeitsplatz« die systematische Einnahme körperfremder Substanzen – wie Arzneimittel – mit dem Ziel der Leistungssteigerung bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit.

Für Zwecke der empirischen Fassbarkeit wurde der Fokus ausschließlich auf Medikamentendoping gerichtet, und hier speziell auf verschreibungspflichtige psycho- und neurotrope Pharmaka. Ein weiteres Kriterium lag in der Bedingung, dass die Medikamenteneinnahme medizinisch nicht indiziert sein sollte. Das heißt, mit der Medikamenteneinnahme sollte nicht die Therapie einer diagnostizierten Krankheit im Vordergrund stehen.⁴

³ Vgl. Nationale Anti-Doping-Agentur Deutschland NADA 2004.

⁴ Bewusst ausgegrenzt wurden Themen wie »Doping im Breitensport«, Lifestyle-Medikamente für Haarwuchs, Faltenreduktion, Potenz und Gewichtsreduktion (z.B. Botulinumtoxin, kurz: BOTOX, Viagra®, Appetitzügler etc.), wie auch frei verkäufliche Arzneimittel oder illegale Drogen sowie »Alltagsdoping« mittels Kaffee und Alkohol keinen Schwerpunkt im DAK Gesundheitsreport 2009 darstellen.

Vor diesem Hintergrund standen folgende drei Fragestellungen im Blickpunkt:

- Gewinnen pharmakologische Aufbau- und Leistungshilfen an Bedeutung bzw. wie verbreitet ist die Einnahme von leistungssteigernden und stimmungsaufhellenden Medikamenten bei gesunden Berufstätigen?
- Handelt es sich bei potenten Verordnungen von Psycho- und Neuro-Pharmaka um eine sinnvolle Therapie oder verordnetes Doping?
- Was sind Auslöser und verstärkende Faktoren von »Doping am Arbeitsplatz« und damit Ansatzpunkte für die betriebliche Prävention?

Zur Beantwortung der Fragen wurde aufgrund der begrenzten epidemiologischen Datenlage eigens eine Online-Befragung im Herbst 2008 entwickelt und durchgeführt.

Der repräsentative Querschnitt umfasste 3.000 aktiv Erwerbstätige im Alter zwischen 20 und 50 Jahren. Ergänzt wurden die Befragungsdaten um Auswertungen von DAK-Leistungsdaten aus dem Bereich Arzneimittel.

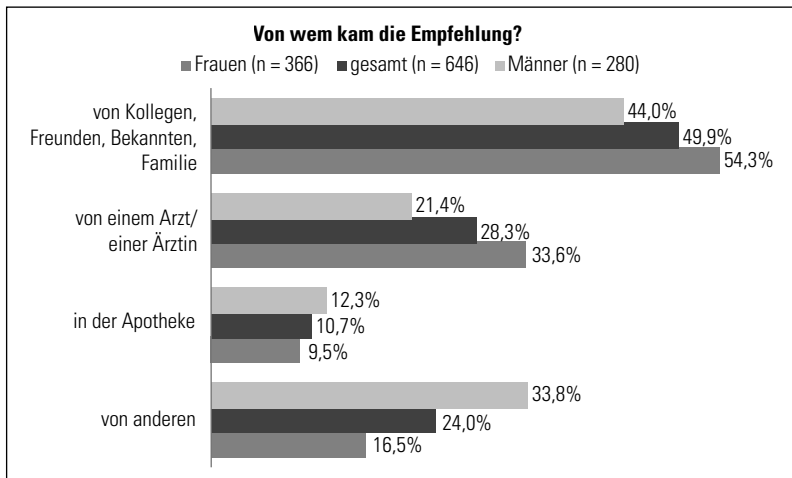
Gewinnen pharmakologische Aufbau- und Leistungshilfen an Bedeutung? Ergebnisse der DAK-Bevölkerungsbefragung

Eines der bemerkenswerten Ergebnisse der DAK-Bevölkerungsbefragung war, dass mit rund 44% nahe jede/r Zweite meinte, dass Arzneimittel, die zur Linderung und Behandlung von z.B. alters- und krankheitsbedingten Gedächtniseinbußen oder Depressionen entwickelt wurden, auch bei Gesunden wirken würden. Nahezu jede fünfte Person (18,5%) kannte persönlich mindestens eine Person, die bereits derartige Arzneimittel ohne medizinisch triftige Gründe eingenommen hat bzw. einnimmt.

Ein auffälliger Befund aus der Befragung war zudem, dass mehr als jede fünfte Person (21,4% bzw. n = 646) persönlich bereits die Erfahrung gemacht hatte, vorrangig im direkten sozialen Umfeld wie Familie oder Kollegen, dass ihr/ihm ohne Therapienotwendigkeit derartige Medikamente empfohlen wurden (vgl. Abbildung 1). Gut ein Viertel der Befragten gab zudem an, dass die Empfehlung nicht nur von KollegInnen, FreundInnen oder von ÄrztInnen stammte, sondern

Abbildung 1: Befragte, differenziert nach Quelle der Empfehlung insgesamt und differenziert nach Geschlecht

(Mehrfachantworten möglich; Basis: nur Befragte, die bereits eine Empfehlung erhalten haben (n = 646))



Quelle: DAK Gesundheitsreport 2009

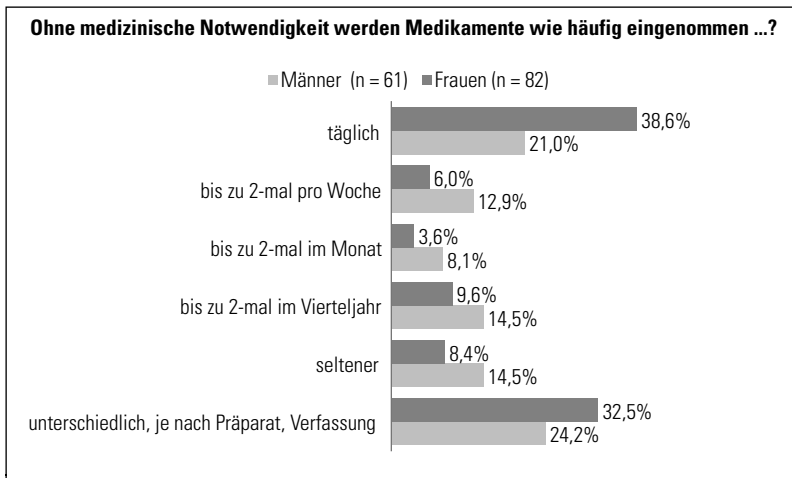
– allgemein gefragt – von anderen Quellen.⁵ Zu nennen sind hier die vielfältigen Optionen des Internets, speziell die einschlägigen Diskussionsforen.

Rund 5% der aktiv Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren konnten nach eigenen Angaben als »DoperIn« identifiziert werden. Dabei »dopen« mehr berufstätige Frauen als Männer. Weitere beachtenswerte Geschlechterunterschiede zeigten sich beispielsweise dahingehend, dass Männer häufiger Medikamente gegen Gedächtniseinbußen, Müdigkeit, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen einnahmen. Frauen tendierten stärker zu Arzneimitteln gegen depressive Verstimmungen und nahmen potente Medikamente im Vergleich zu den Männern häufiger täglich ein. Ein beachtlicher Teil der Befragten machte die Häufigkeit der Einnahme hingegen vom Präparat bzw. Wirkstoff oder der persönlichen Verfassung abhängig (vgl. Abbildung 2).

⁵ Im Rahmen der Befragung wurde die Antwortkategorie »von anderen« nicht näher spezifiziert.

Abbildung 2: Befragte, differenziert nach Häufigkeit der Medikamenteneinnahme, insgesamt und differenziert nach Geschlecht

(Mehrfachantworten möglich; Basis: nur Befragte, die die potenten Medikamente ohne medizinisch triftige Gründe einnehmen bzw. bereits eingenommen haben (n = 143))



Quelle: DAK Gesundheitsreport 2009

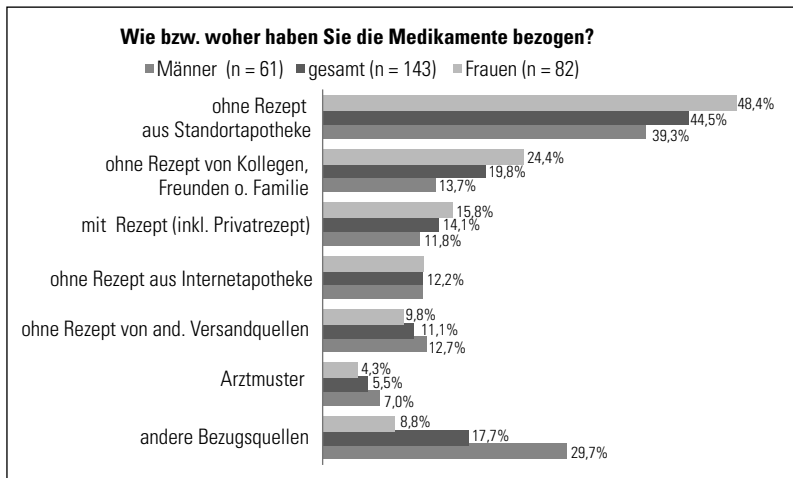
Die Definition von »Doping am Arbeitsplatz« machte es erforderlich, die Gruppe der selbstbenannten »DoperInnen« weiter einzugrenzen. Dies erfolgte hauptsächlich über die Frage nach dem Bezug der Arzneien (vgl. Abbildung 3).

Als Bezugsquelle dominierte die Standortapotheke. Hier hatten insgesamt 44,5% (Frauen: 48,4%; Männer: 39,3%) der Befragten die jeweiligen Präparate ohne Rezept bezogen. Da es sich hier nur um freiverkäufliche, apothekenpflichtige Medikamente handeln konnte, die entsprechend der inhaltlichen Eingrenzung keine »dopingrelevanten« Arzneien darstellen, wurde dieser Personenkreis aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Als weitere Bezugsquelle wurden, insbesondere in der Gruppe der Frauen, sehr häufig wieder KollegInnen, FreundInnen oder die Familie genannt. Auch hatten 14,1% die Präparate über Arztrezepte bezogen. Da angenommen wurde, dass der Zugang zu so genannten Enhancement-Mitteln vorrangig über Privatrezept erfolge, überraschte der Befund, dass in der Gruppe »mit Rezept« das Privatrezept nur

Abbildung 3: Befragte, differenziert nach Bezug der Arzneien, insgesamt und differenziert nach Geschlecht

(Mehrfachantworten möglich; Basis: nur Befragte, die potente Medikamente ohne medizinisch triftige Gründe einnehmen bzw. bereits eingenommen haben (n = 143))



Quelle: DAK Gesundheitsreport 2009

eine untergeordnete Rolle spielte.⁶ Internetapotheken standen bei den Bezugsquellen mit über 12% an dritter Stelle der Nennungen. Mehr als jede/r Zehnte gab an, dass Enhancement-Mittel ebenfalls ohne Rezept von anderen Versandquellen bezogen wurden.

Alles in allem zeigt sich, dass die Bezugsquellen vielfältig sind und ein nicht unerheblicher Teil die Enhancement-Mittel abseits geregelter Formen der Arzneimittelversorgung bezog. Speziell das Internet bietet Möglichkeiten des Bezugs von Arzneimitteln aller Art unter Umgehung und Missachtung der einschränkenden Vorschriften.⁷

⁶ Versicherten in der GKV werden erstattungsfähige Arzneimittel auf Kassenrezept verordnet. Stellt die Verordnung hingegen keine Kassenleistung dar, können auch Versicherte in der GKV ein Privatrezept erhalten. Hierbei handelt es sich dann um eine Eigenleistung des Versicherten.

⁷ Nach einer Studie der Organisation European Alliance for Access to Safe Medicines EAASM im Jahr 2008 boten 102 von 116 Anbietern im Internet den Versand verschreibungspflichtiger Medikamente ohne Rezept an. Dies entspricht einem Anteil von nahezu 90%. Testweise bestellt wurden Arzneimittel gegen Demenz und Lifestylemedikamente. Vgl. <http://v35.pixelcms.com/>

Ein erstes Zwischenfazit: Wie weit verbreitet ist »Doping am Arbeitsplatz« nun wirklich?

Basierend auf den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung und den zugrunde gelegten Ein- und Ausschlusskriterien ergibt sich folgendes Bild:

- Etwa ein Prozent »dopte« nach eigenen Angaben regelmäßig bis täglich und beschaffte sich zugleich die Präparate abseits geregelter Formen der Abgabe von Arzneimitteln.
- Etwa ein weiteres Prozent nahm potente Arzneimittel teils gezielt ein – in Abhängigkeit vom Präparat und der persönlichen Verfassung – und teils auch auf (Privat-)Rezept trotz fehlender medizinischer Notwendigkeit.

Nach diesen Ergebnissen gruppierte der DAK Gesundheitsreport 2009 etwa 2,0% aller Befragten als »DoperIn« ein. Dies entspricht – bezogen auf die Erwerbstätigenpopulation im Alter von 20 bis 50 Jahren des Jahres 2008 – rund 540.000 Berufstätigen in Deutschland, die gezielt mit Arzneimitteln nachhelfen.

Verordnete Psycho- und Neuro-Pharmaka: sinnvolle Therapie oder verordnetes Doping?

Unklar bleibt nach den Befragungsergebnissen, ob und inwieweit ÄrztInnen Gesunden derartige potente Medikamente ohne medizinische Notwendigkeit verordnen. Dieser Frage wurde im Rahmen der Analysen der Arzneiverordnungen der DAK-versicherten Erwerbstätigen des Jahres 2007 im Abgleich mit den Diagnosen der niedergelassenen ÄrztInnen nachgegangen.⁸ Die Analysen basieren auf den Arzneiverordnungen, die seitens der Apotheken bei der DAK – Kassenleistung und Erstattungsfähigkeit vorausgesetzt – eingereicht werden. Selektiert wurden die Versicherten, die eine Verordnung eines ausgewählten potenten Wirkstoffs erhalten haben. Im Weiteren ging es um die Frage, inwieweit die Diagnosedaten die medizinische Notwendigkeit

ams/assets/312296678531/455_EAASM_counterfeiting%20report_020608.pdf (Zugriff: 9. Januar 2009).

⁸ Dies setzt in der Praxis eine hohe Qualität bei der Dokumentation von Diagnosen voraus.

der Verordnung bestätigen. Demnach musste mindestens eine Diagnose dem therapeutischen Anwendungsgebiet gemäß Arzneimittelzulassung entsprechen.⁹

Die Analyse, ob spezifische Verordnungen zu Lasten der DAK den Daten nach medizinisch begründet waren, erfolgte im ersten Schritt durch die Verknüpfung der Verordnungen mit den ambulanten ärztlichen Diagnosen der Jahre 2007 und 2006. Einbezogen wurden die Wirkstoffe Methylphenidat, Modafinil, Piracetam, Fluoxetin und Metoprolol.¹⁰ blieb dieser Abgleich ohne Ergebnis, wurde nach entsprechenden Diagnosenennungen in den Krankenhaus- und anschließend in den Arbeitsunfähigkeitsdaten der erwerbstätigen DAK-Versicherten gesucht.

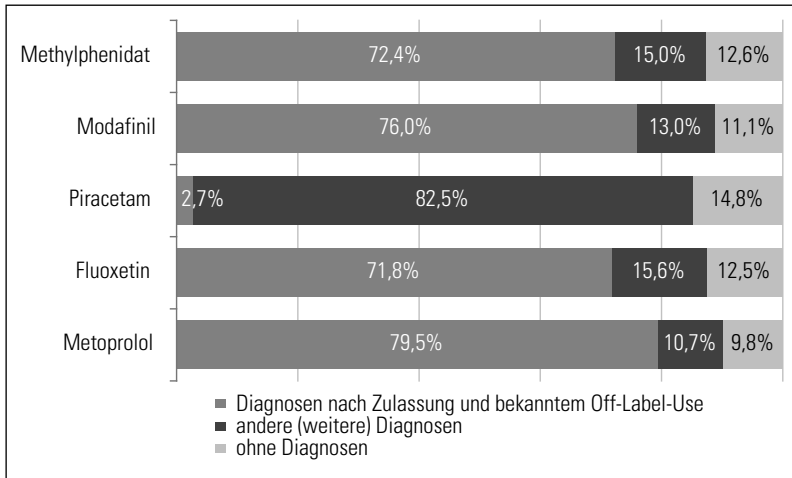
Eine Verordnung wurde praktisch als begründet angesehen, wenn eine spezifische Diagnose im Verordnungsquartal oder zwei Quartale vor bzw. nach der Verordnung kodiert wurde. Diesem »therapeutischen Enhancement« wurden Versicherte mit Verordnungen gegenübergestellt, bei denen die Leistungsdaten weitere und damit zulassungsüberschreitende sowie ggf. auch keine Diagnosen aufwiesen. Teils wissenschaftlich anerkannter Einsatz von Arzneien außerhalb des zugelassenen Anwendungsgebietes, so genannter Off-Label-Use, wurde der zulassungsgemäßen Anwendung gleichgestellt.¹¹

⁹ Das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung GKV ist an den Krankheitsbegriff gebunden. Die gesetzlichen Krankenkassen sind demnach nur zur Übernahme der Behandlungskosten verpflichtet, wenn körperliche Funktionsstörungen vorliegen oder wenn eine Regel-Abweichung so gravierend ist, dass die Teilnahme am sozialen Leben eingeschränkt wird. Die Entscheidung über eine Verordnung eines Arzneimittels liegt damit prinzipiell bei einem Arzt und ist durch entsprechende Indikation in Form von Diagnosen zu begründen.

¹⁰ Hierbei handelt es sich um eine Auswahl an Wirkstoffen, die hinsichtlich ihres »Dopingpotenzials« in der Literatur und im Rahmen von ExpertInnenbefragungen für den DAK Gesundheitsreport 2009 Erwähnung fanden. Zudem stellte diese Auswahl die Schnittmenge zweier zentraler »Dopingziele« dar: 1.) Wirkstoffe zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten und 2.) Wirkstoffe zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens.

¹¹ Beispielsweise Methylphenidat wird zulassungskonform zur Behandlung von bestimmten Formen der Schlafstörung (Narkolepsie) und bei hyperkinetischen Störungen bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS bei Kindern ab sechs Jahren und im Rahmen einer Weiterführung der Therapie bei Jugendlichen im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie verwendet. Die Anwendung des Wirkstoffs Methylphenidat zur Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter, bei Depressionen oder Essstörungen stellt einen Off-Label-Use bzw. eine zulassungsüberschreitende Anwendung dar.

Abbildung 4: Versicherte mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2007 differenziert nach Wirkstoffen und Diagnoseangaben



Quelle: DAK Gesundheitsreport 2009

Als wesentliches Ergebnis des Vergleichs bleibt festzuhalten, dass sich bei allen hier untersuchten Wirkstoffen gewisse Inkonsistenzen in Bezug auf die Arzneiverordnungen und Diagnosen zeigten. Besonders groß war diese »Lücke« der medizinisch nicht nachvollziehbaren Verordnungen beim Antidementivum Piracetam (vgl. Abbildung 4).

Dass auch bei dem Wirkstoff Methylphenidat die Daten für mehr als ein Viertel der Versicherten mit mindestens einer entsprechenden Verordnung keine adäquate Diagnose aufwiesen und damit nicht die erforderliche Begründung enthielten, deutet auf mögliche Fehl- und Überversorgungen hin. Dieses Ergebnis ist umso bemerkenswerter angesichts der Bestimmungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung BtMVV in Bezug auf Vertrieb, Dokumentation und Höchstmengen der Verschreibung. Erwartet wurde daher, dass nahezu alle Versicherten mit mindestens einer Verordnung Diagnosen aufweisen, die einer Anwendung im Sinne der Arzneimittelzulassung entsprechen.

Ungeachtet fehlender Vergleichsstudien und der Tatsache, dass nur wenige Versicherte, die im Jahr 2007 durchgängig bei der DAK versichert waren, eine derartige Verordnung erhielten – beim Wirkstoff Methylphenidat zählte die DAK nur 0,35 Betroffene je 1.000 Versicher-

te (DAK 2009) –, wurde durch den Abgleich von Verordnungen und Diagnosen eine Anwendung verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Sinne von »Doping am Arbeitsplatz« nicht widerlegt. Daher und unter Berücksichtigung der Bevölkerungsbefragung schließt die DAK nicht aus, dass Versicherte Arzneimittel zum Zwecke der Wunscherfüllung für eine verbesserte kognitive Leistungsfähigkeit und/oder höhere psychische Belastbarkeit verordnet bekommen.

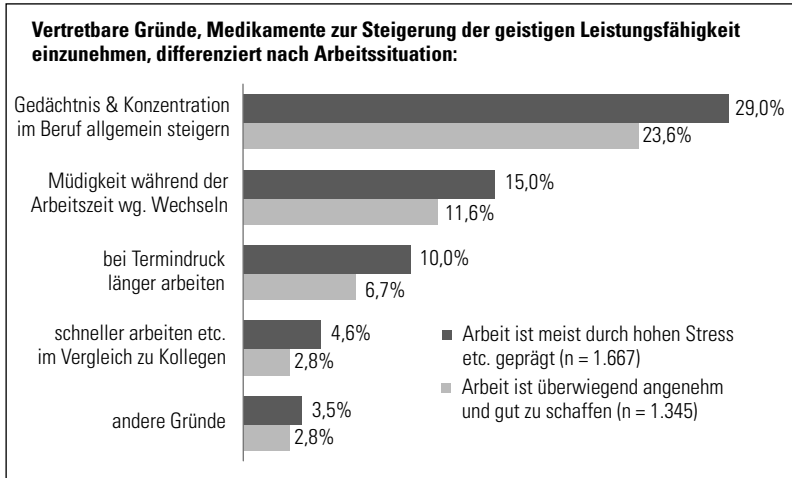
Auslöser und verstärkende Faktoren: Welche Ansatzpunkte für eine betriebliche Prävention von »Doping am Arbeitsplatz« zeigen sich?

Die Frage nach den Ursachen, Auslösern und verstärkenden Faktoren von »Doping am Arbeitsplatz« ist mehrschichtig. Neben der Verfügbarkeit bzw. dem Bezug potenter verschreibungspflichtiger Medikamente sind individuelle und arbeitsweltliche Faktoren und damit auch wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklungen in Betracht zu ziehen. Die Klärung dieser Kernfrage war auch Gegenstand der Bevölkerungsbefragung. Den Ergebnissen nach könnte eine verstärkte Prävention von organisationsbedingten psychischen Belastungen wie z.B. Zeit- und Termindruck sowie auch ein berufsbezogenes Coaching, insbesondere im Sinne einer problemorientierten Stressbewältigung, für die Reduktion auslösender Belastungssituationen zielführend sein. Folgender Befund stützt dieses Argument: Die Befragungsteilnehmer wurden in zwei Gruppen unterteilt; die erste schätzte ihre Arbeitssituation als überwiegend angenehm und gut zu schaffen ein (44,6% bzw. n = 1.345). Kennzeichnend für die zweite Gruppe war hoher Stress sowie auch Angst um den Arbeitsplatz und Konkurrenz unter Kollegen (55,3% bzw. n = 1.667). Der Vergleich der zwei Gruppen zeigt, dass stark stressbelastete Beschäftigte nahezu alle Gründe für eine Medikamenteneinnahme ohne medizinisch triftige Gründe vertretbarer einschätzen als die erste Gruppe. Die Frage wurde den Erwerbstätigen differenziert nach zwei Wirkrichtungen gestellt (vgl. Abbildungen 5 und 6).

Bemerkenswert war bei nahezu allen abgefragten Gründen der Geschlechtsunterschied (vgl. DAK 2009). Frauen schätzten nahezu alle abgefragten Gründe als vertretbarer ein als die befragten Männer. Lediglich was die Konkurrenzsituation am Arbeitsplatz anbetraf, schätzten etwas mehr Männer als Frauen die Einnahme von Medikamenten zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit als vertretbar ein.

Abbildung 5: Akzeptanz, Medikamente zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit einzunehmen, differenziert nach Arbeitssituation

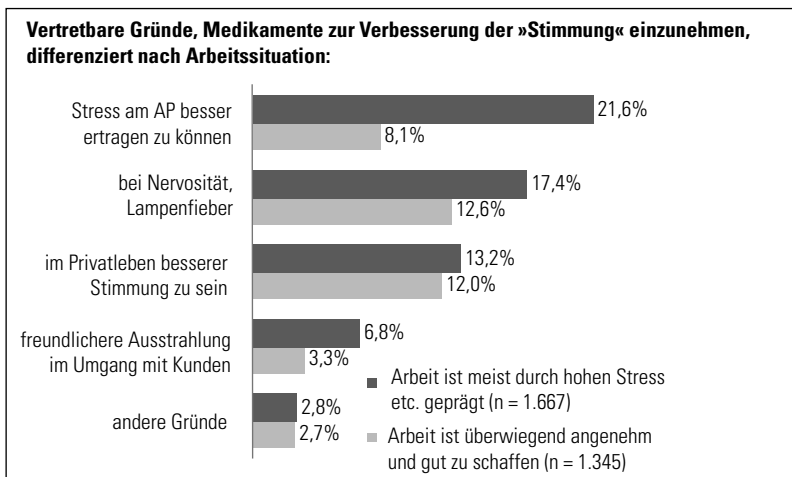
(Angaben in %, Mehrfachantworten möglich; N = 3.017)



Quelle: DAK Gesundheitsreport 2009

Abbildung 6: Akzeptanz, Medikamente zur Verbesserung der »Stimmung« einzunehmen, differenziert nach Arbeitssituation

(Angaben in %, Mehrfachantworten möglich; (N = 3.017))



Quelle: DAK Gesundheitsreport 2009

Wie ist dieses Ergebnis zu interpretieren? Neigen Frauen eher zum »Doping am Arbeitsplatz« oder spiegeln die Zahlen lediglich eine vermeintlich positivere Einstellung von Frauen gegenüber Medikamenten »an sich« wider?

Eng verknüpft mit diesem Argument sind Erkenntnisse dahingehend, dass stets mehr Frauen als Männer zur Gruppe der regelmäßigen ArzneimittelanwenderInnen zu zählen sind. Zudem bekommen Frauen häufiger mehr Medikamente verordnet als Männer und entwickeln häufiger eine Medikamentenabhängigkeit.

Fazit und Perspektiven

Greifen Beschäftigte aufgrund erhöhter psychischer Belastungen in der Arbeitswelt zu aufputschenden, konzentrationssteigernden oder beruhigenden Arzneien? Der DAK Gesundheitsreport zeigt auf, dass die Akzeptanz für »Doping am Arbeitsplatz« hoch ist. Gut jede/r Vierte hält die Einnahme von Medikamenten zur Steigerung von Gedächtnis und Konzentration im Beruf für vertretbar. Knapp 20% akzeptieren Stimmungsaufheller, um beruflichen Stress und Konflikte am Arbeitsplatz besser aushalten zu können. Mit etwa 1-2% »DoperInnen« unter den aktiv Erwerbstätigen ist das Phänomen »Doping am Arbeitsplatz« jedoch (noch) nicht sehr weit verbreitet. Viele Befragte fürchten die Nebenwirkungen derartiger Medikamente, wodurch sich der vermeintliche Vorteil aufheben würde.

Dennoch signalisieren die Ergebnisse insgesamt, dass es gesellschaftlich zunehmend akzeptiert wird, Medikamente einzunehmen, um Stress, Leistungsdruck und schlechte Stimmung im Alltag besser zu bewältigen. Speziell arbeitsweltbezogene Faktoren wie Leistungsdruck und Konkurrenz etc. erhöhen die Akzeptanz. »Doping am Arbeitsplatz« für mehr Motivation, Emotion, Kognition und damit einhergehend für eine höhere Stressresistenz stellt jedoch nur eine Scheinlösung dar im Gegensatz zu betrieblichen Ansätzen. Zu nennen wäre hier z.B. eine Optimierung der Arbeitsorganisation und des Führungsverhaltens. Das Kernproblem – der alltägliche Umgang mit stetigen Leistungsanforderungen, deren Bewältigung bis hin zur Entwicklung dysfunktionaler Kompensationsmechanismen – würde im Zuge eines akzeptierten und verbreiteten »Dopings am Arbeitsplatz« hingegen nur auf die individuelle Ebene verlagert werden. Mit anderen Worten:

»Doping am Arbeitsplatz« ist keine Alternative zum Abbau von arbeitsbedingten psychischen Belastungen.

Nicht von der Hand zu weisen ist, dass die in der Diskussion stehenden Psycho- und Neuro-Pharmaka und die Verfestigung derart pathologischer Verhaltensweisen auf lange Sicht nicht unerhebliche Gesundheitsrisiken und ein Suchtpotenzial in sich bergen. Ein wirkungsvolles Doping dieser Art ohne Risiken und Nebenwirkungen gleicht einer Utopie. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass sich durch eine zunehmende Medikalisierung der Gesellschaft und die Entwicklung nebenwirkungsärmerer Medikamente dieser Trend in Zukunft beschleunigen wird. Betriebliche Angebote der Suchtprävention sollten dem zuvor kommen und dieser Problematik künftig mehr Beachtung schenken. Darstellungen zur Wirksamkeit von Gehirndoping sollten – nicht zuletzt aufgrund mangelnder belastbarer empirischer Befunde – kritisch hinterfragt und entsprechend gewichtet werden. Außerdem wäre eine zurückhaltende Berichterstattung in den Medien in Bezug auf vermeintliche pharmakologische »Wundermittel« wünschenswert.

Literatur

- DAK (Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Hrsg.) (2009): Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz. URL: www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2009.pdf, Zugriff 19.10.2010.
- Maher, B. (2008): Poll results: look who's doping. *Nature* 452: 674-675.
- Nationale Anti-Doping-Agentur Deutschland (NADA) (2004): Welt Anti Doping Code. Inoffizielle Übersetzung der Welt-Anti-Doping-Agentur WADA. Bonn. URL: www.wada-ama.org/static/PDF/OtherLanguages/Code_deutsch.pdf, Zugriff 26.6.2008.
- Schleim, S. (2008): Mehrheit für IQ-Doping. URL: www.brainlogs.de/blogs/blog/menschen-bilder/2008-11-18/mehrheit-f-r-iq-doping2, Zugriff 27.11.2008.

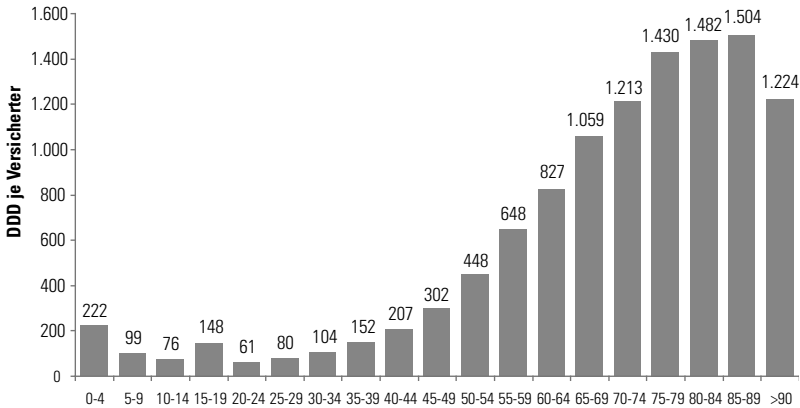
Tim Pfeiffer-Gerschel/ Alicia Casati

Medikamentenmissbrauch und »Neuro-Enhancement«

Problematischer und mit Abhängigkeit verbundener Arzneimittelkonsum rückte während der letzten Jahre zunehmend in den Fokus der öffentlichen Debatte. Etwa 4-5% aller häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotenzial (Glaeske 2008), wobei Schmerzmittel (Analgetika) und so genannte Beruhigungs- und Schlafmittel (Sedativa, Hypnotika) die wichtigste Rolle einnehmen (Rösner/Steiner/Kraus 2008). Allerdings häufen sich Hinweise, nach denen auch Neuroleptika und Antidepressiva zunehmend in einer nicht indizierten Weise konsumiert werden. Die Schätzungen zur Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland variieren von etwa 700.000 Betroffenen (Schwabe 2007) bis zu 1,9 Millionen arzneimittelabhängigen Personen (Kraus/Augustin 2001; Soyka et al. 2005). Weitere 1,7 Millionen müssen als mittel- bis hochgradig gefährdet eingestuft werden, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln. Damit liegt die Zahl der in Deutschland von Medikamentenabhängigkeit betroffenen Personen vermutlich in einer vergleichbaren Größenordnung wie die der Alkoholabhängigen (vgl. dazu www.dhs.de). Trotz dieser großen Verbreitung wird diese oft als »stille Sucht« bezeichnete Erkrankung im Gegensatz zur Abhängigkeit von Drogen und Alkohol in der Öffentlichkeit deutlich seltener wahrgenommen (Rabbata 2005).

Seit vielen Jahren stellt der Arzneimittelverordnungsreport (Schwabe/Paffrath 2010) regelmäßig Informationen zu Verordnungen und zum Verbrauch von Medikamenten zur Verfügung, die auf Daten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) basieren. Durch die jährliche Berichterstattung mit einer vergleichbaren Methodik ist es mit Hilfe des Arzneimittelreports auch möglich, Trends und aktuelle Entwicklungen des Konsums von Arzneimitteln nachzuvollziehen. Unberücksichtigt bleiben bei diesen Erhebungen allerdings diejenigen Medikamente, die ohne Rezept z.B. in Apotheken erworben werden (»Over-the-counter«-Verkauf). Auch wenn in den meisten Fällen die Entwicklung einer Medika-

Abbildung 1: Arzneimittelverbrauch in DDD (Defined Daily Doses) je Versicherten in der GKV



Quelle: Coca/Nink 2010

mentenabhängigkeit im Zusammenhang mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (vor allem aus den Gruppen der Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Schmerzmittel) steht, weisen auch Präparate, die ohne Rezept verkauft werden (z.B. Schmerzmittel) ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko auf. Insgesamt ist davon auszugehen, dass etwa jeder zwanzigste erwachsene Bundesbürger akut von einer Medikamentenabhängigkeit oder dem Missbrauch von Medikamenten mit einem Suchtpotenzial betroffen ist (Bundesärztekammer 2007).

Der Konsum von Arzneimitteln – noch unabhängig von Missbrauch oder Abhängigkeit – ist nicht gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt. Den Daten des Arzneimittelreports ist zu entnehmen, dass der Pro-Kopf-Verbrauch von Medikamenten insgesamt mit zunehmendem Alter erheblich steigt (Abbildung 1).

So ist der Pro-Kopf-Verbrauch von Medikamenten in der Altersgruppe zwischen 70 und 74 Jahren mehr als zehnmal so hoch wie in der Vergleichsgruppe der 30 bis 34-Jährigen. Etwa 80% der Verordnungen von Benzodiazepinen¹ betreffen über 60-jährige Patienten (Jahnsen/

¹ Benzodiazepine sind eine Gruppe von Arzneimittelwirkstoffen, die als Entspannungs- und Beruhigungsmittel (Tranquilizer) oder als Schlafmittel (Hypnotika) verabreicht werden und zur Abhängigkeit führen können.

Glaeske 2002; Lohse/Müller-Oerlinghausen 2008), und in den USA wird etwa ein Viertel der verschreibungspflichtigen Medikamente an ältere Menschen verkauft (v.a. gegen chronische Schmerzen, Schlaflosigkeit und Angststörungen) (Culberson/Ziska 2008).

Andere Informationen zum Konsum von Arzneimitteln in der Allgemeinbevölkerung stammen aus den Erhebungen des Bundesgesundheitssurveys, die aber bereits mehr als zehn Jahre zurückliegen, und dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA), einer Befragungsstudie unter 18- bis 64-Jährigen Erwachsenen, die regelmäßig im Abstand von etwa drei Jahren im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführt wird. Basierend auf Daten des Bundesgesundheitssurveys nahmen bereits 1998 unter den 18-79-jährigen deutschen Erwachsenen 3,4% der Frauen und 1,4% der Männer täglich »Beruhigungsmittel« und 1,8% der Frauen und 0,7% der Männer täglich Hypnotika ein (Knopf/Melchert 2003). Aktuelle Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2006 zufolge nehmen 0,9% der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren täglich Schlafmittel, ebenso viele täglich Beruhigungsmittel. Der tägliche Konsum von Analgetika wird von 2,8% der Erwachsenen berichtet (Rösner/Steiner/Kraus 2008). Eine Abschätzung des Ausmaßes des missbräuchlichen Konsums von Medikamenten ist allein mit diesen Daten allerdings nicht möglich, da z.B. der häufige Konsum allein noch keinen Rückschluss auf einen angemessenen oder missbräuchlichen Gebrauch ermöglicht. Um hier zu verlässlichen Aussagen zu kommen, ist die Einbeziehung ergänzender Variablen wie Einstellungs- oder Gebrauchsmuster unabdingbar. Verlässliche Daten zum missbräuchlichen Konsum von Medikamenten liegen überwiegend nur in Form von Einzelstudien vor. Im ESA 2006 wurden Hinweise auf problematisches Konsumverhalten mit Hilfe des »Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM)« (Watzl et al. 1991) erhoben (vgl. dazu: Rösner/Steiner/Kraus 2008). Demnach weisen knapp 5% aller Befragten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren einen problematischen Arzneimittelkonsum auf (Tabelle 1). Bei 7,0% der Erwachsenen, die innerhalb der letzten zwölf Monate vor Befragung mindestens einmal Medikamente genommen haben, ergeben sich Hinweise auf einen problematischen Konsum von Medikamenten. Die Kriterien des problematischen Konsums von Medikamenten werden häufiger von Frauen erfüllt. Auch ein höheres Lebensalter (> 60 Jahre) ist im ESA 2006 häufiger mit problematischem Medikamentenkonsum assoziiert (Rösner/Steiner/Kraus 2008).

Tabelle 1: Prävalenz problematischer Medikamenteneinnahme (letzte zwölf Monate)

	Geschlecht			Altersgruppen						
	Ge- samt	Män- ner	Frau- en	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Gesamt- stichprobe ¹	4,7	4,0	5,6	3,7	3,5	2,6	3,9	4,7	5,9	8,4
Konsu- menten ²	7,0	6,3	7,5	5,3	5,4	3,8	5,4	7,0	9,5	13,4

¹ Umfang der Gesamtstichprobe: N = 7.473

² Konsumenten: Mindestens einmaliger Konsum von Arzneimitteln während der letzten zwölf Monate; Umfang der Konsumentenstichprobe: n = 5.014

Quelle: Rösner/Steiner/Kraus 2008

Darüber hinaus stellen Jugendliche, junge Erwachsene und Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Personen mit substanzbezogenen Störungen wichtige Risikogruppen für die Entwicklung von Störungen aufgrund des Konsums von Arzneimitteln dar. Auch Frauen (Simoni-Wastila/Ritter/Strickler 2004) und vor allem ältere Menschen (Ruhwinkel 2009) sind überdurchschnittlich häufig von Arzneimittelabhängigkeit betroffen. Auch Soyka und Kollegen (2005) vermuten, dass vor dem Hintergrund einer erheblichen Verbreitung von Hypnotika unter den über 65-Jährigen (Laux/Dietmaier 2006) möglicherweise von einer erheblich höheren Prävalenz² der Arzneimittelabhängigkeit ausgegangen werden muss. Die bislang zitierten epidemiologischen Quellen schließen diese Altersgruppe nicht mehr ein. Hinzu kommt, dass grundsätzlich für die Ergebnisse aus epidemiologischen Studien mit einer Unterberichterstattung gerechnet werden muss (vgl. dazu: Neumark et al. 2007; De Leeuw 1992), sodass von einer noch größeren Verbreitung des Medikamentenkonsums und -missbrauchs ausgegangen werden kann, als er sich in diesen Daten widerspiegelt. Obwohl sich die Verordnungsmengen insbesondere von Benzodiazepinen im Laufe der letzten zehn Jahre insgesamt mehr als halbiert haben, ist

² Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit ist eine Kennzahl der Gesundheits- und Krankheitslehre (Epidemiologie) und sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe (Population) definierter Größe an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind.

nach wie vor von einem deutlich überproportionalen Medikamentenverbrauch bei älteren Menschen auszugehen.

Das Ausmaß des Missbrauchs insbesondere verschreibungspflichtiger Medikamente steigt offensichtlich insgesamt während der letzten Jahre an (Kuehn 2007). Das National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) gibt die Zahl der Einwohner der USA, die einen Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente betreiben, für 2003 mit 15,1 Mio. an und weist darauf hin, dass sich diese Zahl seit 1992 verdoppelt hat (CASA 2006). Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung in den USA kamen für einen schädlichen Gebrauch oder Abhängigkeit von Sedativa und Tranquillantien unter Erwachsenen zu Prävalenzen von 1,1% bzw. 1,0% (Huang et al. 2006). Angaben für die Zwölfmonatsprävalenz des Missbrauchs von Sedativa und/oder Tranquillantien liegen für die USA bei 2,3% (Becker/Fiellin/Desai 2007).

Ebenfalls aus den USA liegen Berichte vor, nach denen der missbräuchliche Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente vermutlich bereits unter Schülern ein ernstes Problem darstellt und unter College-Studenten die Lebenszeitprävalenz des missbräuchlichen Konsums von Benzodiazepinen 7,8% beträgt (McCabe 2005; McCabe/Boyd/Young 2007). Unter Personen, die verschreibungspflichtige Medikamente missbräuchlich verwenden, sind auch andere psychische Störungen, die auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung weiterer substanzbezogener Störungen einschließen, relativ häufig (Huang et al. 2006; Levine 2007; McCabe 2008). Aktuelle Studien belegen, dass Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol, Cannabis, Kokain, Stimulantien oder Sedativa/Hypnotika bei beiden Geschlechtern mit dem Missbrauch verschreibungspflichtiger Opiate assoziiert sind (Tetrault et al. 2008). Darüber hinaus gibt es aus Nordamerika Hinweise, dass verschreibungspflichtige Medikamente (v.a. Opioidanalgetika, d.h. starke Schmerzmittel, aber auch Benzodiazepine und Stimulantien) in zunehmendem Maße auf den illegalen Schwarzmarkt drängen (Haydon et al. 2005).

Auch wenn insbesondere Störungen aufgrund des Konsums von Benzodiazepinen – aber auch anderen Medikamenten – kein neues Thema sind, befinden sich Benzodiazepin-Abhängige – wie auch Personen mit anderen Medikamentenabhängigkeiten – nur selten in suchtmmedizinischer Behandlung. Holzbach (2008) nimmt als Ursachen für die bundesweit geringe Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen durch Arzneimittelabhängige die fehlende Abwägung zwischen den Vor-

und Nachteilen einer Langzeitbehandlung und die Überschätzung der Belastung durch den Entzug an.

Medikamentenabhängige stellen eine eigenständige Gruppe innerhalb der Suchtpatienten dar, da es sowohl in der Krankheitsentstehung als auch in der Krankheitsverarbeitung Unterschiede z.B. zu alkoholabhängigen Patienten gibt. So bleibt die Abhängigkeit aufgrund des sozial meist unauffälligen Verhaltens der Betroffenen z.B. häufig wesentlich länger unerkannt und wird auch durch die Betroffenen häufig negiert. Auch erfolgt der Zugang zu Medikamenten in der Regel durch Kontakt mit dem medizinischen System und nicht über Schwarzmärkte oder den freien Markt. Auch Veränderungen konzeptueller Rahmenbedingungen nehmen möglicherweise Einfluss auf die missbräuchliche Verwendung von Medikamenten. So steigen die in Deutschland verordneten Mengen an Substitutionsmitteln (Methadon, Buprenorphin) parallel zum Ausbau der Angebote zur Substitutionsbehandlung in den letzten Jahren kontinuierlich an (Böger/Schmidt 2008). Aber auch die Verordnungsmengen anderer verschreibungspflichtiger Medikamente (vor allem: Opioide/Analgetika) zeigen während der letzten Jahre erhebliche Zuwachsraten (Böger/Schmidt 2008), sodass – auch auf dem Schwarzmarkt – von einer erhöhten Verfügbarkeit dieser Arzneimittelgruppen ausgegangen werden muss.

Zusätzlich zu den bereits seit vielen Jahren bekannten Problemen des Missbrauchs von Analgetika und Benzodiazepinen entwickeln sich in letzter Zeit auch neue Trends des missbräuchlichen Konsums von Medikamenten wie z.B. der missbräuchliche Konsum von Antidepressiva (Küfner et al. 2009) oder der Konsum, um leistungssteigernde Effekte zu erzielen (»Doping«) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

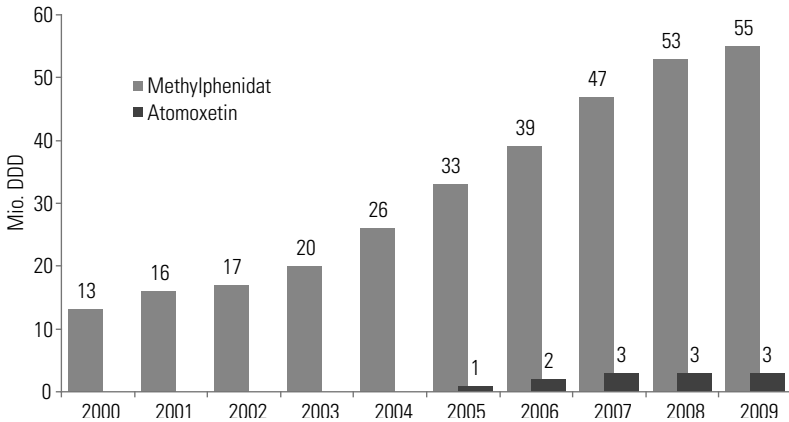
Doping am Arbeitsplatz hat sich als ein neueres Phänomen des Arzneimittelmisbrauchs in den letzten Jahren entwickelt. Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als zwei Millionen Menschen in Deutschland schon einmal zu Arzneimitteln gegriffen haben, um ihre Leistung am Arbeitsplatz zu steigern (DAK Gesundheitsreport 2009, vgl. dazu den Beitrag von Katrin Krämer in diesem Band). Um diesem neuen Trend im Arzneimittelmisbrauch entgegenzuwirken, existiert in Deutschland seit 2007 das Gesetz zur Besserung der Bekämpfung des Dopings im Sport (BGBl) sowie eine Dopingmittel-Mengen-Verordnungen. Hauptziel dieses Gesetzes ist es, die international vernetzten kriminellen Strukturen an ihren Aktivitäten zu hindern.

In vielen »typischen« Fällen der Entwicklung eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von Medikamenten ist davon auszugehen, dass es sich zumindest zu Beginn des Konsums um eine Medikamenteneinnahme im Zusammenhang mit einer Erkrankung und aufgrund ärztlichen Rats gehandelt hat. Auch bei der Teilgruppe, die Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum frei verkäuflicher Medikamente entwickelt, dürfte in der überwiegenden Zahl der Fälle zunächst der Aspekt der (Selbst-)Medikation im Vordergrund gestanden haben.

Das unter Begriffen wie »Hirndoping«, »Psycho- oder Neuro-Enhancement« oder »doping the mind« bekannte Phänomen der Medikamenteneinnahme zur Leistungssteigerung steht im Gegensatz dazu nicht im Zusammenhang mit der Intention, Krankheitssymptome im weitesten Sinne zu behandeln. Es existieren verschiedene Definitionen zur Beschreibung des Phänomens, denen gemein ist, dass es sich bei »Neuro-Enhancement« um biomedizinische Maßnahmen handelt, die das Ziel haben, die (kognitive, motivationale oder emotionale) Leistungsfähigkeit eines (gesunden) Individuums über das normale, gesunde Maß hinaus zu steigern. Einige Forscher beschränken den Fokus der Betrachtung auf die Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente und differenzieren damit Neuro-Enhancement deutlich vom Konsum anderer (frei verkäuflicher) Substanzen wie z.B. Kaffee (Koffein) oder Ginkgo Biloba. Insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum von Medikamenten erfolgt in diesem Fall eine Begriffsbestimmung über die Vorgaben rechtlicher Rahmenbedingungen, die sich regional oder international unterscheiden können und es dann erheblich erschweren, Daten miteinander vergleichen zu können.

Grundsätzlich sind der Missbrauch und die medizinisch nicht-indizierte Einnahme von Arzneimitteln keine neuen Phänomene. In der Vergangenheit dominierten in diesem Zusammenhang allerdings Substanzen wie Beruhigungs- und Schlafmittel oder Schmerzmittel. Auch der Konsum von so genannten Stimulantien zur Leistungssteigerung hat eine lange (vor allem militärische) Tradition. So wurden bereits in den 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts Stimulantien an Mitglieder der Streitkräfte verschiedener Länder ausgegeben. In den letzten Jahren hat sich diese Tradition z.B. im Golfkrieg unter Soldaten der US-Streitkräfte fortgesetzt, bei denen z.B. auch die Substanz Modafinil zur Anwendung kam, die im medizinischen Rahmen nur eine eng umschriebene Indikation bei der selten auftretenden Narkolepsie (Schlafkrankheit) hat.

Abbildung 2: Verordnungen von Psychostimulantien zu Lasten der GKV (in DDD) zwischen 2000 und 2009



Quelle: Lohse/Müller-Oerlinghausen 2010

Stimulantien, die zur Verbesserung von Kognition und Aufmerksamkeitsleistungen verordnet werden, weisen in den letzten Jahren auch deutliche Zuwächse bei den Verordnungsmengen auf. Bekanntester Vertreter dieser Gruppe ist das Methylphenidat (Ritalin®), dessen Verordnungsmengen in der GKV sich innerhalb des letzten Jahrzehnts mehr als vervierfacht haben (Abbildung 2).

Andere Substanzen, die im Zusammenhang mit Neuro-Enhancement genannt werden, gehören zu den Gruppen der Antidepressiva (z.B. so genannte selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer wie Fluoxetin) oder der Antidementiva (z.B. Donepezil). Grob lassen sich Substanzen zur Optimierung der kognitiven Fähigkeiten (z.B. Methylphenidat, Modafinil, Piracetam oder Memantine) von Arzneimitteln unterscheiden, die zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens eingesetzt werden (z.B. Fluoxetin oder β -Rezeptor-Blocker wie Metoprolol). In der wissenschaftlichen Fachwelt hat bereits 2008 ein Beitrag von Greely und Kollegen (2008) in der angesehenen Zeitschrift »Nature« für Aufsehen gesorgt, in dem die Autoren sich für einen »verantwortlichen Umgang mit Arzneimitteln zur kognitiven Leistungssteigerung durch Gesunde« aussprachen und darauf hinwiesen, dass es sich dabei bereits um eine an (zumindest an US-amerikanischen) Universitäten verbreitete Praxis handele. Auch Verweise auf die (gezielte) Einnahme

von Stimulantien durch amerikanische Soldaten wurden bemüht und die Anzahl von Studenten, die bereits Erfahrungen mit Psychostimulantien hätten, auf bis zu 25% geschätzt. Tatsächlich liegen nur wenige Daten zur Verbreitung des Konsums von Stimulantien durch Gesunde vor. Aus den USA werden unterschiedliche Zahlen genannt, die zwischen 3% und 11% unter Studenten schwanken – es sei dahingestellt, inwieweit Erhebungen unter Studenten repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung sein können.

Für Deutschland liegen noch weniger Daten vor, vieles spricht jedoch (noch) für eine geringere Verbreitung des Phänomens als in den USA. Von Lieb (2010) wurden vor kurzem Ergebnisse einer Erhebung an Schülern und Studenten vorgelegt. Demnach hatten rund 4% der Studienteilnehmer bislang mindestens einmal versucht, ihre Konzentration, ihre Aufmerksamkeit oder ihre Wachheit mit Hilfe von legalen oder illegalen Substanzen zu steigern. Dabei wurden häufiger illegal zu erwerbende Psychostimulantien (Amphetamine, Kokain, Ecstasy) zur geistigen Leistungssteigerung eingenommen als verschreibungspflichtige Psychostimulantien. Mehr als 80% der Befragten würden den Ergebnissen der Erhebung nach einer leistungssteigernden und frei verfügbaren Pille ohne Nebenwirkungen positiv gegenüber stehen. Einschränkend muss man auch hier wieder anmerken, dass es sich ausschließlich um Schüler und Studenten gehandelt hat (und nicht z.B. um Arbeitnehmer mit Schichtdiensten, Vertreter aus Berufsgruppen mit hohen körperlichen Anforderungen oder Berufstätige z.B. aus kreativen Berufen oder Arbeitsfeldern wie der Finanzwelt). Darüber hinaus basiert die scheinbar hohe Bereitschaft zur Einnahme (die keinen Rückschluss auf den tatsächlichen Konsum erlaubt) auf der Frage nach einem (hypothetischen) frei verfügbaren Arzneimittel ohne Nebenwirkungen – eine Kombination, die schwer realisierbar erscheint.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die Studienlage zu praktisch allen Arzneimitteln, die im Zusammenhang mit »Neuro-Eenhancement« gegenwärtig diskutiert werden, uneinheitlich und unbefriedigend ist. Als Beispiel sei angeführt, dass bestimmte Medikamente natürlich erfolgreich die Wachheit von Versuchspersonen über das natürliche Maß hinaus steigern konnten (zeitlich) – unberücksichtigt blieb aber in mehreren Studien die Tatsache, dass Wachheit allein keinen Rückschluss auf die Fähigkeit des Individuums erlaubt, reflektierte Entscheidungen treffen zu können bzw. seine eigene Leistungsfähigkeit nicht zu überschätzen.

Die umfangreichsten Daten zum Thema »Doping am Arbeitsplatz« wurden bislang von der DAK im Rahmen ihres Gesundheitsreports 2009 (DAK 2009). Demnach wurden etwa jedem fünften deutschen Arbeitnehmer bislang mindestens einmal ohne medizinische Notwendigkeit derartige Medikamente zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit oder psychischen Befindlichkeit vom Arzt empfohlen, etwa 17% haben solche Medikamente auch schon einmal eingenommen. 2,2% der Erwerbstätigen »dopen« dabei nach eigenen Angaben regelmäßig. Zunehmend wird die Diskussion um den Einsatz von Medikamenten zur Leistungssteigerung bei Gesunden speziell am Arbeitsplatz auch in Deutschland diskutiert, und einige namhafte Wissenschaftler aus unterschiedlichen Fachbereichen stehen dem Phänomen pharmakologischer »Leistungsoptimierung« durchaus positiv gegenüber (z.B. Galert et al. 2009) oder erweitern das Spektrum der Diskussion auf die Optimierung sozialer Interaktion oder sexueller Leistungsfähigkeit (Normann et al. 2010). Es erscheint wichtig festzuhalten, dass die Wünsche nach pharmakologischer Bewusstseinerweiterung, Steigerung der Emotionalität und Kreativität de facto nicht realisiert werden, sondern die grundlegenden (ethischen und medizinischen) Diskussionen sich in der Regel um Leistung, Durchhaltevermögen und Effizienz drehen.

In einem vor kurzem erschienenen Beitrag setzt sich Soyka (2009) mit dem zunehmend propagierten Einsatz von Pharmaka zur Leistungssteigerung bei Gesunden auseinander. Er weist auf eine ganze Reihe von ethischen Implikationen hin, die aus Forschungsansätzen resultieren, die jeden Bereich menschlichen Zusammenlebens pharmakologisch optimierbar betrachten.

Auch Normann und Kollegen (2010) setzten sich kritisch mit dem Thema Neuro-Enhancement auseinander und betonen, dass bisher bei einem Großteil der Medikamente weder die Wirkungen noch die Risiken wirklich gut bekannt und nachgewiesen seien. Unklar bleiben nach Einschätzung der Autoren auch die unter dem Begriff der »Verbesserung« kognitiver und emotionaler Leistungen und Zustände angestrebten Wirkungen und Effekte. Förstl (2009) weist auf die Prinzipien ethischer Vorbehalte gegen eine »unnatürliche« Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit hin, die aus einem Druck zur Einnahme von leistungssteigernden Medikamenten in Beruf und Freizeit resultieren können, und thematisiert mögliche aus dem Konsum resultierende Defizite in anderen Leistungs- und Motivationsbereichen (beim Einzelnen und auch für die Gesellschaft), weitgehend unklare Langzeitfolgen

und Langzeitstörungen, mögliche Rebound³-Effekte und denkbare neuropsychiatrische Konsequenzen.

Insbesondere die große Zahl ethischer, aber auch medizinischer Fragen lassen »Neuro-Enhancement« gegenwärtig noch weit entfernt von einem gut kontrollierbaren und in der Breite einsetzbaren Ansatz erscheinen. Inwieweit handelt es sich bei den Versprechungen der Befürworter um Übertreibungen, was ist mit den Langzeitfolgen, welche Nebenwirkungen treten für das Individuum und die Gesellschaft auf, welche Rolle spielen Ärzte in diesem Zusammenhang und welche Rolle sollen sie zukünftig spielen, wie groß ist das Risiko der Entwicklungen von Suchterkrankungen, handelt es sich nicht nur um die Folge eines wachsenden Drucks nach äußerer Konformität und wer hat verlässliche Daten? Sicher ist aber, dass die Büchse der Pandora geöffnet ist und insbesondere betriebliche Präventionsprogramme, die sich bislang im Wesentlichen auf Alkohol und Nikotin konzentriert haben, sich zukünftig auch mit Fragen der pharmakologischen Leistungssteigerung und Emotionsregulation befassen sollten – wissend, dass unsere Erfahrungen und Interventionsangebote in diesen Bereichen der Erweiterung bedürfen. Tabletteneinnahme kann man in der Regel nicht riechen – die Ursachen und Folgen des Konsums sollten uns jedoch nicht unberührt lassen.

Literatur

- Becker, W./Fiellin, D./Desai, R. (2007): Non-medical use, abuse and dependence on sedatives and tranquilizers among U.S. adults: psychiatric and socio-demographic correlates, in: *Drug and Alcohol Dependence*, 90, S. 280-287.
- Böger, R./Schmidt, G. (2008): Analgetika, in: *Arzneimittelverordnungs-Report 2008*, hrsg. von U. Schwabe und D. Paffrath, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 231-247.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007): *Medikamente – Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Ein Leitfaden für die Praxis*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

³ Wird nach längerer Einnahme ein Medikament plötzlich abgesetzt, tritt mitunter das ursprünglich behandelte Leiden schnell wieder auf. Dieses Wiederaufleben wird als Rebound-Effekt bezeichnet. Nach dem Absetzen eines Schlafmittels zum Beispiel leiden die Betroffenen bei einem Rebound-Effekt erneut an Schlaflosigkeit.

- CASA (2006): Controlled Prescription drug abuse at epidemic level, in: *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 20, S. 61-64.
- Coca, V./Nink, K. (2010): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht, in: *Arzneimittelverordnungs-Report 2010*, hrsg. von U. Schwabe und D. Paffrath, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 933-946.
- Culberson, J./Ziska, M. (2008): Prescription drug misuse/abuse in the elderly, in: *Geriatrics*, 63, S. 22-31.
- DAK (Hrsg.) (2009): Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz. Hamburg/Berlin.
- De Leeuw, E. (1992): Data quality in mail, telephone, and face to face surveys. Amsterdam: TT-Publikaties.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009): Drogen- und Suchtbericht 2009. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Förstl, H. (2009): Neuro-Enhancement. Gehirndoping, in: *Der Nervenarzt*, 80 (7), S. 840-846.
- Galert, T./Bublitz, C./Heuser, I./Merkel, R./Repantis, D./Schöne-Seifert, B./Talbot, D. (2009): Das optimierte Gehirn, in: *Gehirn & Geist*, 11, S. 1-2.
- Glaeske, G. (2008): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, in: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2008*, Geesthacht: Neuland, S. 73-95.
- Greely, H./Sahakian, B./Harris, J./Kessler, R./Gazzaniga, M./Campbell, P./Farah, M. (2008): Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. in: *Nature*, 456, S. 702-705.
- Haydon, E./Rehm, J./Fischer, B./Monga, N./Adlaf, E. (2005): Prescription drug abuse in Canada and the diversion of prescription drugs into the illicit drug market, in: *Canadian Journal of Public Health*, 96, S. 459-461.
- Holzbach, R. (2008): Qualifizierter Entzug bei Medikamentenabhängigkeit, in: *Sucht*, 54 (6), S. 362.
- Huang, B./Dawson, D./Stinson, F./Hasin, D./Ruan, W./Saha, T. et al. (2006): Prevalence, Correlates, and Comorbidity of Nonmedical Prescription Drug Use and Drug Use Disorders in the United States: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, S. 1062-1073.
- Jahnsen, K./Glaeske, G. (2002): Benzodiazepine – noch immer zu hoch und zu lange dosiert?, in: *Sucht aktuell*, 9 (2), S. 5-10.
- Knopf, H./Melchert, H. (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Kraus, L./Augustin, R. (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, in: *Sucht*, 47 (Sonderheft 1), S. 3-86.
- Kuehn, B. (2007): Prescription drug abuse rises globally, in: *The Journal of the American Medical Association*, 297, S. 1306.
- Küfner, H./Rösner, S./Pfeiffer-Gerschel, T./Casati, A. (2009): Missbrauch von

- Antidepressiva bei Suchtpatienten in psychosozialen Beratungsstellen, in: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 11 (3), S. 106-114.
- Laux, G./Dietmaier, O. (2006): Praktische Psychopharmakotherapie. München: Urban & Fischer.
- Levine, D. (2007): »Pharming«: the abuse of prescription and over-the-counter drugs in teens, in: Current Opinion in Pediatrics, 19, S. 270-274.
- Lieb, K. (2010): Hirndoping: Warum wir nicht alles schlucken sollten. Mannheim: Artemis & Winkler.
- Lohse, M./Müller-Oerlinghausen, B. (2008): Hypnotika und Sedativa, in: Arzneimittel-verdordnungs-Report 2010, hrsg. von U. Schwabe und D. Paffrath. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 605-618.
- Lohse, M./Müller-Oerlinghausen, B. (2010): Psychopharmaka, in: Arzneimittelverdordnungs-Report 2010, hrsg. von U. Schwabe und D. Paffrath, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 797-842.
- McCabe, S. (2005): Correlates of nonmedical use of prescription benzodiazepine anxiolytics: results from a national survey of U.S. college students, in: Drug and Alcohol Dependence, 79, S. 53-62.
- McCabe, S. (2008): Screening for Drug Abuse Among Medical and Nonmedical Users of Prescription Drugs in Probability Sample of College Students, in: Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 162, S. 225-231.
- McCabe, S./Boyd, C./Young, A. (2007): Medical and nonmedical use of prescription drugs among secondary school students, in: Journal of Adolescent Health, 40, S. 76-83.
- Neumark, Y./Lopez-Quintero, C./Grinshpoon, A./Levinson, D. (2007): Alcohol drinking patterns and prevalence of alcohol-abuse and dependence in the Israel National Health Survey, in: Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 44, S. 126-135.
- Normann, C./Boldt, J./Maio, G./Berger, M. (2010): Möglichkeiten und Grenzen des pharmakologischen Neuroenhancements, in: Der Nervenarzt, 81 (1), S. 66-74.
- Rabbata, S. (2005): Präventionsgesetz: Verordnete Vorbeugung. Deutsches Ärzteblatt 102 (8) A-477 /B-407 /C-377.
- Rösner, S./Steiner, S./Kraus, L. (2008): Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006, in: Sucht 54 (Sonderheft 1), S. 47-56.
- Ruhwinkel, B. (2009): Medikamente im Alter, in: Sucht Magazin, 3, S. 18-19.
- Schwabe, U. (2007): Arzneimittelsucht – Wird das Ausmaß maßlos überschätzt? [online]. Ärztezeitung 26.4.2007, verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2007/04/26/077a0602.asp?cat=> [letzter Zugriff: 31.8.2009].
- Schwabe, U./Paffrath, D. (Hrsg.) (2010): Arzneverordnungs-Report 2010. Berlin: Springer.
- Simoni-Wastila, L./Ritter, G./Strickler, G. (2004): Gender and Other Factors

- Associated with the Nonmedical Use of Abusable Prescription Drugs, in: *Substance Use & Misuse*, 39 (1), S. 1-23.
- Soyka, M. (2009): Neuro-Enhancement aus suchtmedizinischer Sicht, in: *Der Nervenarzt*, 81 (7), S. 837-839.
- Soyka, M./Queri, S./Küfner, H./Rösner, S. (2005): Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige?, in: *Der Nervenarzt*, 76, S. 72-77.
- Tetrault, J./Desai, R./Becker, W./Fiellin, D./Concato, J./Sullivan, L. (2008): Gender and non-medical use of prescription opioids: results from a national US survey, in: *Addiction*, 103, S. 258-268.
- Watzl, H./Rist, F./Höcker, W./Miehle, K. (1991): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten, in: Heide, M./Lieb, H. (Hrsg.): *Sucht und Psychosomatik*, 123-139. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses. Bonn: Nagel.

I Betriebliche Strategien

Knut Becker

Legale Suchtformen

Solange Arne nur die
Arbeitssucht
hatte
war er im
Betrieb hoch
angesehen
Als er anfang
zu saufen
Amphetamine nahm
um sich die
Leistungsfähigkeit
zu erhalten
war er immer
noch gefragt
Erst als er
wegen der
Amphetamine
und der Sauferei
seine
Arbeitssucht
aufgab
schmissen
sie ihn raus

Eva Zinke

Betriebliche Strategien bei Medikamentenabhängigkeit

Medikamentenabhängigkeit wird auch als »stille Sucht« bezeichnet und ist in der Arbeitswelt ein tabuisiertes Thema. Als unauffällige Sucht wird sie selbst von der unmittelbaren Umgebung über längere Zeiträume hinweg nicht wahrgenommen. Medikamentenabhängige begreifen sich häufig nicht als abhängig, da sie die Tabletteneinnahme wegen empfundener Krankheitssymptome als legitim empfinden, insbesondere wenn sie ärztlich verordnet wird.

Der Griff zur Tablette zur Stressbewältigung ist gesellschaftlich weitgehend akzeptiert. Für das betriebliche soziale Umfeld ist es daher auch schwierig, eine Medikamentenabhängigkeit zu erkennen und rechtzeitig zu intervenieren bzw. vorbeugend tätig zu werden. Anders als bei riskantem Alkoholkonsum oder einer Alkoholabhängigkeit müssen Konzepte und Strategien der Suchtprävention und Suchthilfe die Besonderheiten bei einem problematischen Medikamentengebrauch berücksichtigen. Weiterhin fehlen für die Betriebe zugeschnittene und gut aufbereitete Informationen über Wirkungen und Nebenwirkungen von psychisch wirksamen, d.h. psychotropen Medikamenten, insbesondere die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sowie die Risiken von Unfallgefahren bei der Arbeit. Große Unsicherheiten bestehen auch im Umgang mit Kollegen oder Kolleginnen mit psychischen Störungen wie Burnout, Depression oder Angststörungen.

Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sind 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen in der Bundesrepublik medikamentenabhängig. Weitere 1,7 Millionen müssen als mittel- bis hochgradig gefährdet eingestuft werden, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln. Die Bundesärztekammer geht davon aus, dass etwa jeder zwanzigste erwachsene Bundesbürger akut von einer Medikamentenabhängigkeit oder dem Missbrauch von Medikamenten mit Suchtpotenzial betroffen ist. So ist die Verschreibung von Antidepressiva seit 20 Jahren kontinuierlich angestiegen – als Folge einer symptomorientierten Behandlung z.B. von Unruhe, Spannungen, unklaren depressiven Verstimmungszuständen.

Psychische Störungen sind die dritthäufigste Ursache für Fehlzeiten. Der Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse zeigt, dass zwischen 2006 und 2009 psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen deutlich zugenommen haben und dies sich auch in den Arzneimittelverordnungen niederschlägt. Die Zahl der in diesem Zeitraum verschriebenen »Arzneimittel zur Behandlung des Nervensystems« ist um 33% gestiegen. Ärzte verordnen bei Frauen doppelt so häufig Antidepressiva wie bei Männern. Von der Bundesärztekammer wurde inzwischen erkannt, dass Medikamentenabhängigkeit in Zusammenhang mit der ärztlichen Verschreibungspraxis ein ernst zu nehmendes Problem darstellt. Daher wurde von ihr ein Leitfaden herausgegeben, um Ärzte über problematische Arzneimittelgruppen zu informieren, frühe Anzeichen von Arzneimittelmisbrauch und -abhängigkeit bei Patienten zu erkennen und gezielte Interventionen einzuleiten.

Es ist zu vermuten, dass der Anstieg ärztlicher Verordnungen von dämpfenden, leistungssteigernden oder schmerzlindernden Arzneimitteln in Zusammenhang steht mit den Veränderungen in der Arbeitswelt, in der komplexe Anforderungen, Leistungsdruck, hohe Erwartungen und Erfolgszwang ständig zunehmen. Längere Arbeitszeiten, Arbeiten nach Feierabend und im Urlaub führen zu Dauerüberbelastungen und einer gestörten Work-Life-Balance. Ein gesunder Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung, um Stressbelastungen abzubauen, gelingt immer seltener. Psychosomatische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, Angststörungen, chronische Schmerzzustände und psychovegetative Störungen, sind die Folgen.

Hinter einer Medikamentenabhängigkeit steht häufig der Wunsch, im Alltag zu funktionieren und leistungsfähig zu sein. Von Medikamentenabhängigkeit Betroffene sind daher eher angepasst, sozial integriert und nicht selten ausgesprochen leistungsorientiert. Präsentismus, d.h. arbeiten, obwohl man krank ist, ist ein Phänomen, das in den vergangenen Jahren vermehrt beobachtet wird.

Aber auch ohne Krankheitshintergrund greifen gesunde Beschäftigte zu leistungssteigernden Medikamenten, um die Konzentration und Merkfähigkeit zu steigern, die Stimmung aufzuhellen, Stresssituationen besser zu meistern oder um Konflikte am Arbeitsplatz besser aushalten zu können. Hinweise darauf gibt eine 2009 von der DAK veröffentlichte Umfrage zu »Doping am Arbeitsplatz«, bei der rund 3000 Arbeitnehmer im Alter zwischen 20 und 50 Jahren befragt wurden. Bevorzugt eingenommen werden insbesondere Medikamente gegen Angst, Nervosität

und depressive Verstimmungen, die freiverkäuflich über Apotheken oder das Internet erworben werden können oder über Privatrezepte erhältlich sind. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen stellt fest, dass die im weitesten Sinne »aktivierenden« oder atypischen Psychopharmaka deutlich »im Aufwind« sind. Vermutlich werden bestimmte Antidepressiva oder auch Psychostimulantien keineswegs nur von Patienten eingenommen, sondern auch Gesunde meinen, sich mit diesen Mitteln bessere Konzentrations- und Denkfähigkeiten verschaffen zu können.

Besonderheiten bei Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

In der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) wird Sucht als Abhängigkeitssyndrom definiert. Dabei handelt es sich um eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln:

- Craving (fast unbezwingbares Verlangen nach Substanzkonsum)
- Kontrollverlust
- Toleranzentwicklung
- anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen
- dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben
- körperliches Entzugssyndrom.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf die Einnahme eines einzelnen Suchtstoffes beziehen oder auf die Einnahme von Kombinationen unterschiedlicher Substanzen mit Suchtpotenzial. Da Arzneimittel in Zusammenhang mit ärztlichen Verordnungen stehen, wird Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit in Fachkreisen weiter präzisiert:

Danach wird unter Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit das Einnehmen von bestimmten Arzneimitteln verstanden, ohne dass dafür eine medizinische Notwendigkeit besteht, oder aber die Einnahme höherer Dosierungen als für die Behandlung einer Krankheit notwendig wäre. Zwischen einer Medikamentenabhängigkeit und der Abhängigkeit von anderen Suchtmitteln wie Alkohol, Nikotin oder illegale Drogen gilt es daher zu unterscheiden, und dies muss im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe berücksichtigt werden:

- Psychotrope Medikamente sind keine Genussmittel, deren Anwendung nach eigener Entscheidung erfolgt, sondern Heilmittel, die meist verschrieben und auf ärztlichen Rat hin eingenommen werden. Im

Vertrauen auf den Arzt stellen auch Betroffene, die seit Jahren abhängig sind, ihren Medikamentengebrauch häufig nicht in Frage.

- Menschen, die über längere Zeit psychotrope Medikamente einnehmen, werden in ihrem sozialen Umfeld als krank, aber nicht als süchtig betrachtet. Häufig liegen der Medikamenteneinnahme gesundheitliche Beeinträchtigungen zu Grunde, um die Leistungsfähigkeit trotz Beschwerden aufrecht zu erhalten. Medikamentenmissbrauch und Dauerkonsum wird von Angehörigen und Kollegen daher mitgetragen, sofern er überhaupt auffällt.
- Viele Medikamentenabhängige leben lange Zeit unauffällig und sind sozial gut oder sehr gut angepasst. Dadurch wird eine frühzeitige Intervention versäumt und die Entwöhnung erschwert. Unauffällige Niedrig-Dosis-Abhängigkeit sowie Effekte, die beim Absetzen von Medikamenten mit Suchtpotenzial entstehen können, erschweren den Umgang mit diesen Medikamentengruppen.

Die Gruppe der Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial umfasst insbesondere:

- Schmerzmittel (Benzodiazepine)
- Beruhigungs- und Schlafmittel (Sedativa, Hypnotika)
- Entspannungs- und Beruhigungsmittel (Tranquillizer)
- Aufputschmittel (Amphetamine, Ephadrine)
- Mittel gegen Grippe/Erkältungen
- Appetitzügler

Für Außenstehende ist dies eine große Herausforderung. So erfordert der Entzug von den gewohnten Medikamenten vom Einzelnen und von seinem Umfeld ein hohes Maß an Disziplin und Kooperationsbereitschaft mit den begleitenden Ärzten. Auch wenn nach einer Entgiftungstherapie die körperliche Abhängigkeit von den Medikamenten überwunden ist, bleibt potenziell die psychische Abhängigkeit für den Rest des Lebens bestehen.

Die DHS empfiehlt bei Medikamenteneinnahme die 4K-Regel, um Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit vorzubeugen:

- klare Indikation (das Medikament nur einnehmen, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht)
- kleinste notwendige Dosis
- kurze Anwendung (maximal 14 Tage)
- kein abruptes Absetzen

Darüber hinaus sind betriebliche Präventionsmaßnahmen notwendig, die im Vorfeld von Abhängigkeit und an einem ganzheitlichen Ver-

ständnis von Krankheitsentwicklung ansetzen und den Arbeitsbereich mit einbeziehen.

Betriebliche Intervention bei Medikamentenabhängigkeit

Im Betrieb ist ein frühzeitiges und konsequentes Vorgehen notwendig, sobald Auffälligkeiten deutlich werden, möglichst bevor es zu arbeitsrechtlichen Schritten kommt. Bereits in der Phase eines riskanten Konsums sollte über auffällige Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen mit der betroffenen Person geredet werden. Dazu ist es auch erforderlich, eine klare und eindeutige Haltung einzunehmen, und dies bedeutet: Ich habe einen suchtfährdeten Mitarbeiter vor mir, der fachgerechte Hilfe braucht (siehe Übersicht 1).

Bei einem riskanten Gebrauch psychotroper Medikamente ist das Spektrum an möglichen Auffälligkeiten sehr breit. Oft sind es die Nebenwirkungen bei dauerhaftem Gebrauch eines Medikamentes, die mit einer Auffälligkeit in Zusammenhang stehen wie z.B. Stürze, Unfallfolgen oder Gefühlsverflachung, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Verbunden sind die Auffälligkeiten mit Leistungseinbußen, Fehlerhäufungen und Unzuverlässigkeit sowie Überforderung und Vermeidung schwieriger Situationen. Um gesundheitliche Gefährdungen abzuwenden, sollte schon bei ersten Auffälligkeiten, die auf mögliche gesundheitliche Störungen schließen lassen, durch den Vorgesetzten eine Intervention in Form eines Gesprächs erfolgen. Auch wenn ein eindeutiger Zusammenhang zum Medikamentenkonsum oder Suchtverhalten noch nicht belegbar ist, sind der Anlass für ein solches Gespräch immer die Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten sowie das Signal der Besorgnis, verbunden mit Hilfeangeboten.

In der betrieblichen Praxis der Suchtprävention und Suchthilfe haben sich Interventionsgespräche nach einem Stufenplan bewährt (s. Übersicht 2). Den Stufengesprächen können Fürsorge- und Klärungsgespräche vorausgehen. Diese sind *nicht* Teil des Stufenverfahrens. Sie sind dem Stufenverfahren vorgelagert und ermöglichen es dem Vorgesetzten, bei Auffälligkeiten frühzeitig tätig zu werden. Die betroffene Person bekommt eine erste Rückmeldung, dass im Arbeitsumfeld die Auffälligkeiten registriert werden, und hat die Chance einer Verhaltenskorrektur ohne »Gesichtsverlust«. Solche frühzeitigen Signale sollen den Einstieg in eine Suchtkarriere verhindern bzw. dienen der Einlei-

Übersicht 1: Mögliche Auffälligkeiten bei Medikamentenabhängigkeit

Sozialverhalten	seelische Verfassung	Leistungsverhalten	Gesundheitszustand
<ul style="list-style-type: none"> ■ starke Rückzugstendenz ■ Stimmungsschwankungen ■ Teilnahmslosigkeit bis hin zur Gleichgültigkeit ■ Große Scheu vor Konflikten ■ Überangepasstheit und Korrektheit ■ Starre Verhaltensmuster, geringe Flexibilität gegenüber veränderten Situationen/ Anforderungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Häufiges Klagen, dass alles zuviel sei ■ Starre Gefühlsverfassung, bei der weder Freude noch Trauer empfunden wird ■ Selbstzweifel und Minderwertigkeitsgefühl ■ Gefühl, von Menschen und Situationen durch eine hohe Mauer abgetrennt zu sein ■ Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit ■ Häufiges Klagen über Ängste vor Personen/ Anforderungen ■ Versagensängste ■ Abrupter Wechsel zwischen Passivität, Resignation und erhöhter Aggressivität 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arbeitsverhalten: schnell den Überblick verlieren, Arbeitsgänge nehmen zunehmend mehr Zeit in Anspruch ■ Arbeitsqualität lässt nach, Fehler häufen sich ■ Konzentrationsprobleme, Abschweifen der Gedanken ■ Unzuverlässigkeit ■ Unpünktlichkeit ■ Häufiges unentschuldigtes Fehlen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Innere Spannungen und Nervosität nehmen zu ■ Permanentes Erschöpft- und Kaputtsein ■ Häufiges Klagen über Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit ■ Unerklärliches Herzrasen ■ Schweißausbrüche ■ Verwaschene Sprache ■ Trunkene Reaktionen ohne Alkoholfahne

Quelle: eigene Zusammenstellung

tung weiterer Interventionen sowie begleitender betrieblicher Hilfe bei fortgesetztem Risikoverhalten.

Der Stufenplan kommt zur Anwendung, sobald Auffälligkeiten in Verbindung mit Medikamentenkonsum oder Suchtverhalten gebracht werden können. Ziel des Stufenplans ist es:

- die betroffene Person mit den Auffälligkeiten zu konfrontieren
- ihr deutlich zu machen, welche Änderungen im Arbeitsverhalten erwartet werden

Übersicht 2: Interventionsgespräche nach einem Stufenplan

Fürsorgegespräch	Interventionsleitfaden		
Klärungsgespräch			
Stufenplan	Beteiligte**	Hilfeangebot	Sanktionen
1. Intervention	a) Vorgesetzter *betroffene Person	Informationsmaterial Hinweis auf interne/ externe Beratung Rückmeldegespräche	Keine
2. Intervention	a) Vorgesetzte b) BR-Mitglied* c) Suchtbeauftragter* * betroffene Person	Aufforderung: Kontaktaufnahme zur Suchtberatung Rückmeldegespräche	Keine
3. Intervention	a) Vorgesetzte b) BR-Mitglied* c) Suchtbeauftragter* d) Personalabteilung * betroffene Person	Auflage: Aufsuchen der Suchtberatung Rückmeldegespräche	Abmahnung (sofern die Voraus- setzungen dafür vorliegen)
4. Intervention	a) Vorgesetzte b) BR-Mitglied* c) Suchtbeauftragter* d) Personalabteilung * betroffene Person	Schriftliche Auflage, eine Beratungsstelle aufzusuchen Fallbegleitung Regelmäßige Rück- meldegespräche	Abmahnung (sofern die Voraus- setzungen dafür vorliegen)
5. Intervention	a) Vorgesetzte b) BR-Mitglied* c) Suchtbeauftragter* d) Personalabteilung * betroffene Person	Sofortige Einleitung einer Therapie ggf. Angebot der Wie- dereinstellung nach einer Therapie Rückmeldegespräche	Androhung bzw. Einleitung des Kündi- gungsverfahrens

** Bei schwerbehinderten Personen ist die Schwerbehindertenvertretung zu beteiligen

* Die betroffene Person muss mit der Teilnahme einverstanden sein.

Quelle: Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe. Handbuch der IG Metall 2007

■ Konsequenzen aufzuzeigen, die sich aus einem fortgesetzten Fehlverhalten zukünftig ergeben

■ Hilfe anzubieten und Perspektiven zu eröffnen

Die Feststellung einer Medikamentenabhängigkeit und die Beantragung einer Therapie erfolgt in der Regel über eine Suchtberatungsstelle. Je nach Schwere der Erkrankung kann die Therapie bei einer Medikamentenabhängigkeit größere Zeiträume in Anspruch nehmen als bei Alkoholkranken (bis zu einem Jahr). Es hilft den erkrankten Kollegen

und Kolleginnen sehr, wenn der betriebliche Kontakt auch während der Behandlungsphase nicht unterbrochen wird. Kommen diese nach längerer Krankheit wieder in den Betrieb zurück, ist es sinnvoll, die Nachsorgemaßnahmen bei Suchterkrankungen mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement zu verknüpfen. Dies bedeutet beispielsweise:

- Die Arbeitsgruppe ist auf die Rückkehr der betroffenen Person so vorzubereiten, dass eine Integration ermöglicht wird.
- Der Arbeitsplatz ist durch einen Gefährdungsbeurteilung in Bezug auf die psychischen Belastungen zu überprüfen.
- Die Sozial- oder Suchtberatung ist in das Betriebliche Eingliederungsmanagement einzubinden, um fachliche Hilfestellungen zu geben.
- Von Seiten der Vorgesetzten sind weiterhin in regelmäßigen Abständen Fürsorge- oder Mitarbeitergespräche mit der betroffenen Person zu vereinbaren.

Wie ist mit einem Rückfall umzugehen?

Eine Suchttherapie ist keine Garantie, dass Betroffene in bestimmten Situationen nicht wieder zu einem Suchtmittel greifen. Auch nach einer erfolgreichen Therapie kommt es vor, dass sich die betroffene Person überschätzt und es hier zu einem Rückfall kommt. Wird eine betroffene Person nach einer abgeschlossenen Therapie am Arbeitsplatz erneut wegen Medikamentenmissbrauchs auffällig, muss zeitnah ein Gespräch stattfinden. Dieses Gespräch knüpft dabei an die zweite Stufe des Interventionsplans an. Entsprechend sind die im Stufenplan vorgesehenen Beteiligten einzuladen. Ziel des Gespräches ist es, die betroffene Person zu stabilisieren und gleichzeitig zur Kontaktaufnahme mit einer Suchtberatungsstelle und/oder Selbsthilfegruppe zu verpflichten. Für die betroffene Person ist dies der therapeutische Weg, den Rückfall aufzuarbeiten und dadurch eine Stabilität gegenüber dem Suchtmittel zu gewinnen.

Ein Rückfall liegt nicht vor, wenn eine medikamentöse Behandlung nach einer Therapie erforderlich ist oder die betroffene Person auf Arzneimittel ohne Suchtpotenzial eingestellt ist. In diesem Fall bedarf es jedoch eines Beratungsgesprächs mit dem Betriebsarzt, der ggf. in Kontakt mit dem behandelnden Arzt treten kann. Es muss auch abgewogen werden, ob eine externe psychologische Begleitung ratsam ist. Bei Unsicherheiten kann man auch den Integrationsfachdienst hinzuziehen.

Bei Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit sollte beachtet werden:

- In den Gesprächen in Zusammenhang mit einem riskanten Medikamentenkonsum soll keine Diagnose der Erkrankung gestellt und auch nicht erfragt werden. Es reicht, wenn als Anlass für das Gespräch die Sorge um die betroffene Person geäußert wird und die Veränderung bzw. Auffälligkeit benannt wird. Dabei sollte der betroffenen Person empfohlen werden, sich von einem Arzt, Betriebsarzt oder einer Beratungsstelle beraten zu lassen. Hilfreich ist es, wenn Adressen von den örtlichen Suchtberatungsstellen bereits vorliegen.
- Bei Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit ist es sinnvoll, dass im Rahmen der Interventionsgespräche die fachliche Kompetenz des Betriebsarztes genutzt wird. Dieser kann, wenn erforderlich, Kontakt zum behandelnden Arzt aufnehmen. Voraussetzung ist, dass der behandelnde Arzt eine Schweigepflichtentbindung von der betroffenen Person erhält.
- Beim Abschluss von Vereinbarungen im Rahmen der Interventionsgespräche ist darauf zu achten, dass die jeweiligen Punkte für die betroffene Person einhaltbar sind, und zwar im Sinne von realistischen Schritten. Die betroffene Person sollte daher, in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt bzw. dem Psychotherapeuten, die Inhalte mitformulieren. Auf der Seite des Betriebes ist es wichtig, dass es einen verantwortlichen Ansprechpartner gibt, der mit Fragen der Suchtprävention und Suchthilfe vertraut ist.

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement hat zum Ziel, Beschäftigte, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, durch ein Eingliederungsverfahren zu unterstützen. Beim BEM handelt es sich um ein Angebot, das der Arbeitgeber machen muss, das aber für die betroffene Person freiwillig ist. Das heißt, nur mit Zustimmung der betroffenen Person und in Abstimmung mit dem Betriebsrat, ggf. unter Hinzuziehung der Schwerbehindertenvertretung und des Betriebsarztes, werden Maßnahmen vorgeschlagen und durchgeführt, um zukünftig erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Insofern bietet das BEM auch die rechtliche Grundlage, suchtfährdeten und -kran-

ken Beschäftigten bei längerer Arbeitsunfähigkeit oder nach einer stationären Therapie Eingliederungsmaßnahmen anzubieten. Medikamentenabhängige sind daher eine Zielgruppe für das BEM. Das Angebot der Durchführung eines BEM kann vom Beschäftigten auch abgelehnt werden, ohne dass ihm dadurch Nachteile entstehen dürfen. Bei einer möglichen krankheitsbedingten Kündigung kann sich die Nichtteilnahme am BEM allerdings negativ auswirken.

Es ist daher zu empfehlen, das BEM weiterhin durch ein Verfahren im Falle von Suchtgefährdung oder -erkrankung zu konkretisieren und zu ergänzen. Es ist die Stärke der betrieblichen Suchthilfekonzepte, insbesondere des Stufenplans, dass sie unter Berücksichtigung der Besonderheiten von Suchterkrankungen eine Verbindlichkeit gegenüber der betroffenen Person herstellen. Im Betrieb muss darauf geachtet werden, dass die Verfahren des BEM und des Suchtpräventionsprogramms aufeinander abgestimmt werden und die beteiligten Personen kooperieren. Im Rahmen der BEM-Gespräche sollte daher auch auf die Problematik von Medikamenten, Nebenwirkungen und Auswirkungen auf die Arbeitssicherheit eingegangen werden.

Suchtfördernde Arbeitsbedingungen verhindern

Belastende Arbeitsbedingungen können zu einem »riskanten« Gesundheitsverhalten beitragen und die Entstehung von Suchterkrankungen mit verursachen oder verstärken. Gerade in hoch belastenden und sehr angespannten Stresssituationen ist oft der Griff zu suchtfördernden Stoffen wie Nikotin, Alkohol oder Tabletten nicht weit, um kurzfristig eine stimulierende, entspannende oder schmerzlindernde Wirkung zu erreichen.

Von der Einnahme von psychotropen Medikamenten, neben Alkoholabhängigkeit das zweitgrößte Suchtproblem, sind rund zwei Drittel Frauen betroffen. Statistiken über Arzneimittelverordnungen zeigen, dass Frauen bis zu zweimal häufiger als Männer ärztliche Rezepte für Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva und Schmerzmittel erhalten. Männer dagegen tendieren eher zum Konsum von Psychostimulantien. Aber auch Jugendliche werden schon früh an Medikamente gewöhnt und sie sollten als Zielgruppe im Rahmen der Ausbildung auf Medikamentenmissbrauch und ihre Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und Arbeitssicherheit hingewiesen werden.

Als die größte Gesundheitsgefahr des 21. Jahrhunderts wird von der Weltgesundheitsorganisation der Stress, insbesondere am Arbeitsplatz und als Folge von Arbeitslosigkeit, genannt. Dies sind die Ergebnisse der Auswertung internationaler Studien, die einen Zusammenhang zwischen arbeitsbedingtem Stress und psychischen Gesundheitsstörungen aufzeigen.

Eine im März 2010 veröffentlichte Studie der Bundespsychotherapeutenkammer kommt zu dem Schluss, dass Erwerbstätige bei der Kombination aus hohen Anforderungen (z.B. Zeitdruck, Komplexität der Aufgaben, Verantwortung) und geringem Einfluss auf den Arbeitsprozess überdurchschnittlich häufig psychische Erkrankungen entwickeln. Auch kommt es zu einer Häufung psychosomatischer Beschwerden, wenn ein gravierendes Ungleichgewicht zwischen Einsatz im Beruf (Verausgabung) und Entlohnung sowie Anerkennung (z.B. Gehalt, Wertschätzung der Person, Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit) besteht. Die psychische Gesundheit des Menschen ist dann besonders gefährdet, wenn er an seinem Arbeitsplatz zwischen hoch verdichteten Arbeitsanforderungen und komplexen Abhängigkeiten erlebt, dass er mit seinen Entscheidungen und Handlungen wenig oder nichts bewirkt.

Arbeitswissenschaftliche Studien zeigen übereinstimmend, dass gewerbliche Beschäftigte und Angestellte gleichermaßen von psychischen Fehlbelastungen betroffen sind: Beide arbeiten in gleichem Maße unter hohem Leistungs- und Termindruck, müssen vielfach mehrere Arbeiten zugleich bewältigen und häufige Unterbrechungen bei der Arbeit verkraften. Sie haben Angst selbst vor kleinen Fehlern, die große finanzielle Risiken nach sich ziehen können, und müssen permanent bis an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit arbeiten (siehe Übersicht 3).

In der betrieblichen Praxis liegt der Schwerpunkt bei Suchtpräventionsmaßnahmen vor allem auf der individuellen Hilfe und Unterstützung von Suchtgefährdeten und Suchterkrankten. Primärpräventive Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung geraten selten in das Blickfeld und werden eher vernachlässigt. Das ist vor dem Hintergrund, dass der Gebrauch von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungs- oder Aufputzmitteln ein wichtiger Indikator für betriebliche Belastungen und Gesundheitsrisiken ist, besonders problematisch.

Gute Möglichkeiten, den suchtfördernden Arbeitsbedingungen vorzubeugen, bietet das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG). Es verpflichtet den Arbeitgeber zu Arbeitsschutzmaßnahmen zur Verhütung von Unfäl-

Übersicht 3: Arbeitsbelastungen, die Stress auslösen können und damit suchtgefährdend sind:	
<p>1. Stressoren aus der Arbeitsaufgabe</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ zu hohe quantitative und qualitative Anforderungen ■ fehlende Eignung, mangelnde Berufserfahrung ■ Zeit- und Termindruck ■ unvollständige, partialisierte Aufgaben ■ Informationsüberfluss ■ Arbeitstempo ■ unklare Aufgabenübertragung, widersprüchliche Anweisungen ■ unerwartete Unterbrechungen und Störungen ■ defekte Arbeitsmittel ■ fehlende Erholung und Entspannung 	<p>2. Stressoren aus der Arbeitsrolle</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Verantwortung ■ Konkurrenzverhalten unter den Mitarbeitern ■ fehlende Unterstützung und Hilfeleistungen ■ Enttäuschung, fehlende Anerkennung (Gratifikationskrisen) ■ Konflikte mit Vorgesetzten und Mitarbeitern ■ Belastungen durch Führungsprobleme
<p>3. Stressoren aus der materiellen Umgebung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Umgebungseinflüsse: Lärm, mechanische Schwingungen, Kälte, Hitze, Beleuchtung, chemisch-toxische Stoffe, elektromagnetische und ionisierende Strahlen usw. ■ Arbeitsgestaltung ■ komplexe technische Systeme: Überforderung des menschlichen Denk- und Urteilsvermögens oder Überschreitung der Informationsaufnahme und Informationsverarbeitungskapazität 	<p>4. Stressoren aus der sozialen Umgebung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Betriebsklima ■ Wechsel der Umgebung, der Mitarbeiter/ Vorgesetzten und des Aufgabenfeldes ■ strukturelle Veränderungen im Unternehmen ■ Informationsmangel ■ Konflikte mit Kunden und Lieferanten ■ Mobbing
<p>5. Stressoren aus der Arbeitsplatzeinbindung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Isolation (Einzelarbeitsplatz) ■ Dichte (Großraumbüro) 	<p>6. Stressoren aus dem Personensystem</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Angst vor Aufgaben, Misserfolg, Tadel und Sanktionen ■ ineffiziente Handlungsstile ■ familiäre, private Konflikte

Quelle: IG Metall: Gesundheit schützen und fördern. Handlungshilfe zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, 2003

len und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit. Ziel des Arbeitsschutzgesetzes ist es, die Arbeitsbedingungen an die Voraussetzungen des Menschen anzupassen und seine Persönlichkeit zu fördern. Um arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu vermeiden, müssen nach § 5

Abs. 1 ArbSchG alle mit der Arbeit verbundenen Gefährdungen ermittelt und beurteilt werden. Dazu gehören auch die Gefährdungen durch Arbeitsbedingungen, die mit hohen Stressbelastungen verbunden sind und eine Einnahme psychotroper Arzneimittel fördern.

Ergänzend bietet die betriebliche Gesundheitsförderung unterschiedliche Möglichkeiten, um suchtfördernde Arbeitsbedingungen aufzuspüren. Beispielsweise können bei einer Gefährdungsermittlung oder einer Mitarbeiterbefragung Fragen zum psychischen Stress, zum Stressverhalten und Suchtmittelkonsum aufgenommen werden.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung können weitere begleitende Maßnahmen als Alternativen zur Einnahme von Medikamenten angeboten werden, z.B. Angebote, um durch Stress- und Selbstmanagement angemessene Bewältigungsstrategien für Belastungssituationen zu entwickeln. Auch Gesundheitszirkel bieten die Möglichkeit, im kleinen, geschützten Rahmen von Beschäftigten vor Ort die Belastungen der Arbeit und die Gefahr von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit zu thematisieren und Lösungen zum Abbau von psychischen Fehlbelastungen zu finden. Dabei können die Betriebe auch die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen, insbesondere zum Stressmanagement, zur Suchtprävention und zum gesundheitsgerechten Führungsverhalten. Die betriebliche Gesundheitsförderung lässt sich daher unmittelbar mit der betrieblichen Suchtprävention verbinden.

Arbeitssicherheit und Medikamenteneinnahme

Unter Medikamenteneinfluss besteht eine erhöhte Selbst- und Fremdgefährdung und gesteigertes Unfallrisiko. Die Berufsgenossenschaften weisen in den Unfallverhütungsvorschriften auf den Zusammenhang von Medikamenteneinnahme und Risiken der Arbeitssicherheit hin (siehe Kasten).

Im Betrieb ist die Aufmerksamkeit vor allem auf jene Medikamente zu richten, die Einfluss auf die Reaktions-, Wahrnehmungs- und Leistungsfähigkeit und damit auch die Arbeitsfähigkeit und Arbeitssicherheit haben können. Bei der Einnahme von psychisch wirksamen Medikamenten kann der Unfallversicherungsschutz entfallen, auch wenn die Medikamente nach ärztlicher Verschreibung eingenommen wurden. Ausschlaggebend ist, wie sich die Medikamenteneinnahme – wie beim

§ 15 BGV A1: Allgemeine Unterstützungspflichten und Verhalten

- (1) Die Versicherten sind verpflichtet, nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Unternehmers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sowie für Sicherheit und Gesundheitsschutz derjenigen zu sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen betroffen sind.
 - Die Versicherten haben die Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu unterstützen.
 - Versicherte haben die entsprechenden Anweisungen des Unternehmers zu befolgen.
 - Die Versicherten dürfen erkennbar gegen Sicherheit und Gesundheit gerichtete Weisungen nicht befolgen.
- (2) Versicherte dürfen sich durch den Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Mitteln nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.
- (3) Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten

Alkohol – auf die Fahrtüchtigkeit oder Arbeitsfähigkeit auswirkt und ob sie die »allein wesentliche Ursache« eines Unfalls ist.

Im Rahmen einer Unterweisung am Arbeitsplatz sollte insbesondere bei Fahr- und Steuertätigkeiten auf die mögliche Gefährdung der Arbeitssicherheit, und Arbeitsfähigkeit, durch Medikamenteneinnahme hingewiesen werden. Auch sollte die Empfehlung ausgesprochen werden, sich ggf. vom behandelnden Arzt beraten zu lassen. Hinweise kann auch der Beipackzettel geben, wenn z.B. von der Teilnahme im Straßenverkehr oder von der Bedienung von Maschinen nach Einnahme des Arzneimittels abgeraten wird. Bei Unsicherheiten, ob die Eignung für diese Arbeit gewährleistet ist, kann man den Betriebsarzt zu Rate ziehen.

Vorgesetzte sollten Beschäftigte, die aus der Krankheit wieder in den Betrieb zurückkommen, im Rahmen eines Fürsorgegespräches darauf hinweisen, dass sie – wenn weitere Medikamenteneinnahme ärztlicherseits notwendig ist – die Nebenwirkungen beachten sollen, um mögliche Gefährdungen am Arbeitsplatz oder auf dem Arbeitsweg zu vermeiden. In Situationen, in denen eine akute Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch Medikamente vorliegt, ist zu beachten:

- Bei Hinweisen darauf, dass ein Beschäftigter unter akutem Einfluss von Medikamenten steht, hat der Vorgesetzte unmittelbar zu prüfen,

ob eine sicherheitsrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt oder ob der Beschäftigte die Arbeit fortsetzen kann.

- Vorgesetzte sind gehalten, auch den Hinweisen aus dem Kreis der Beschäftigten nachzugehen.
- Als Kriterium für die Entscheidung reicht der »Beweis des ersten Anscheins« aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung des Vorgesetzten. Ein Nachweis der Medikamenteneinnahme ist nicht erforderlich.
- Der Vorgesetzte zieht mindestens eine weitere Person, möglichst aus dem Betriebsrat, hinzu (Beweishilfe).
- Der Beschäftigte wird auf die Möglichkeit hingewiesen, sich zum Gegenbeweis die Eignung für die Tätigkeit (betriebs-)ärztlich bestätigen zu lassen.
- Wird der Beschäftigte nach Hause entlassen, trägt der Arbeitgeber die Verantwortung für den sicheren Heimweg.

Verfügbarkeit von Arzneimitteln über die Medikamentenausgabe im Betrieb

Einen aktuellen Überblick, in welchen Betrieben Medikamente, insbesondere bei Befindlichkeitsstörungen (z.B. Schmerz- oder Grip-petabletten), ausgegeben werden, gibt es nicht. Betriebe sollten prüfen, ob überhaupt Medikamente ausgegeben werden sollen, da dies in die Hände des behandelnden Arztes gehört. Es sollte auf alle Fälle der Betriebsarzt eingebunden werden, um die Medikamentenausgabe zu überprüfen und Kriterien zu entwickeln, die einem unkritischen Umgang vorbeugen.

Die im Rahmen der Ersten Hilfe zu führenden Verband- und Medikamentenbücher müssen regelmäßig ausgewertet werden. Sie geben Aufschluss über Unfallgefährdungen und besonders belastende Arbeitsbereiche, die durch Medikamente kompensiert werden sollen.

Qualifizierung der Personalverantwortlichen

Veränderungen oder Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Medikamenten werden in der Regel vom unmittelbaren Arbeitsumfeld bemerkt. Eine entscheidende Rolle spielen die unmittelbaren Vorgesetzten, denn

sie sind die erste offizielle Instanz, wenn im Arbeitsbereich ein Eingreifen bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Sozialverhalten erforderlich wird. Vorgesetzte haben im Rahmen der Fürsorgepflicht nach § 618 BGB darauf zu achten, dass die Gesundheit der Mitarbeiter bei der Arbeit nicht gefährdet wird. Das Arbeitsschutzgesetz konkretisiert die Ausgestaltung der Fürsorgepflicht.

In Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch und -abhängigkeit haben Vorgesetzte die Aufgabe, Gespräche mit der betroffenen Person zu führen. Eine Betriebsvereinbarung, die auch einen Interventionsstufenplan beinhaltet, gibt dem Vorgesetzten einen verlässlichen Handlungsleitfaden bei der Gesprächsführung mit einem auffälligen und gefährdeten Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin. Der Interventionsstufenplan sollte durch einen praktischen Leitfaden, der konkrete Hilfestellungen gibt, ergänzt werden. Insbesondere hierbei ist eine Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat bzw. Personalrat und ggf. der Schwerbehindertenvertretung erforderlich und der Vorgesetzte hat diese im konkreten Fall einzubeziehen.

Erhalten Vorgesetzte eine Qualifizierung zur Mitarbeiterführung, ist das Thema Suchtprävention und -hilfe unbedingt zu berücksichtigen. Auf der Grundlage eines betrieblichen Suchtpräventionsprogramms sollten vertiefende Seminare angeboten werden. Vorgesetzte werden dadurch befähigt, ihre Verantwortung in der Mitarbeiterführung wahrzunehmen und bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz frühzeitig das Gespräch mit den Mitarbeitern zu suchen. Sie erhalten eine kritische Haltung gegenüber einem »Co-Verhalten« bei Suchtgefährdeten und können abwägen, wann bei Auffälligkeiten eine Intervention angebracht ist. Vorgesetzte erhalten ebenfalls praktische Sicherheit bei der Führung von Fürsorge-, Klärungs- und Stufenplangesprächen sowie Hinweise, wo sie im Betrieb praktische Hilfestellungen und Unterstützung erhalten können.

Empfehlenswert ist auch die Durchführung von Workshops, in denen neben Personalverantwortlichen, Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung

- Suchtbeauftragte/Sozialberatung/Gesundheitsbeauftragte
- Ansprechpersonen für Suchtfragen
- Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Betriebsarzt
- Personalmanagement

einbezogen werden mit dem Ziel:

- einen bisher blinden Fleck in der betrieblichen Suchtarbeit auszu-leuchten und für das Problemfeld riskanter Medikamentenkonsum, Auswirkungen auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie Gefahren der Medikamentenabhängigkeit zu sensibilisieren.
- geeignete Formen der Zusammenarbeit bei der Suchtprävention und -hilfe zu entwickeln, Verantwortlichkeiten zu klären und geeignete Ver-fahrensweisen auf der Grundlage einer Betriebsvereinbarung zum BEM und zum Suchtpräventionsprogramm zu vereinbaren
- einen bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit Arzneimitteln zu fördern, durch Bereitstellung von Ressourcen für Informations- und Schulungsmaßnahmen unter Berücksichtigung von Zielgruppen
- das Arzneimittelangebot im Betrieb kritisch zu überprüfen
- die Wahrnehmung für psychische Stressbelastungen zu schärfen und aktiv den Arbeits- und Gesundheitsschutz und die Gesundheitsför-derung im Betrieb zu unterstützen
- die Pflege außerbetrieblicher Kontakte zu fördern, insbesondere mit:
 - Ambulanzen für psychische Erkrankungen
 - behandelnden Ärzten/Therapeuten
 - Integrationsfachdiensten
 - Krankenkassen
 - Rentenversicherung
 - dem regionalen überbetrieblichen »Suchtnetzwerk«.

Information und Beratung über Medikamentengebrauch und -missbrauch am Arbeitsplatz

Medikamente im Arbeitsleben sind ein sehr komplexes Thema und für »Laien« schwer zugänglich. Bei den Informationsmaterialien ist darauf zu achten, dass unterschiedliche Zielgruppen berücksichtigt werden müssen und die Materialien verständlich und ansprechend aufbereitet sind. Wenn erforderlich, sollten auch Informationen für ausländische Beschäftigte in deren Landessprache aufbereitet werden. Um eine höhere Sensibilität zu erreichen, eignen sich auch sehr gut Informationsveranstaltungen und Ausstellungen, die in Zusammenarbeit mit Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Suchtberatungsstellen, Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft und der betrieblichen Suchtbe-ratung organisiert werden. Themen können sein:

- Wirkungsweise und Gefahren psychisch wirksamer Arzneimittel
- Welche Arzneimittel machen welche Probleme unter dem Aspekt der Arbeitssicherheit?
- Welche Nebenwirkungen können in Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit auftreten?
- Alternativen zum vorschnellen Griff zur Tablette, wo finde ich kompetente Beratung?
- Sucht und Abhängigkeit haben viele Ursachen – Faktoren, die den Weg in eine Medikamentenabhängigkeit begünstigen
- Arbeitssicherheit und Tabletteneinnahme – wo kann ich mich im Betrieb informieren?
- Welche Informationen benötige ich von meinem Hausarzt, wenn er mir Tabletten verschreibt?

In diesem Rahmen können Beschäftigte betriebliche und außerbetriebliche Ansprechpartner mit den jeweiligen Unterstützungsangeboten persönlich kennenlernen und sich ausführlich informieren.

Rolle der Betriebsräte

Im Rahmen der Suchtprävention ist die Rolle der Mitglieder des Betriebsrats nicht immer einfach. Vor allem bei Interventionen, wenn Beschäftigte durch einen riskanten Medikamentengebrauch auffällig geworden sind und disziplinarische Folgen anstehen. In solchen Situationen kann das Betriebsratsmitglied schnell in einen Loyalitätskonflikt geraten. Was in Konfliktsituationen ein solidarisches und angemessenes Handeln der Interessenvertretung erfordert, kann in Verbindung mit einem riskanten Suchtmittelgebrauch schnell zu einem kontraproduktiven Co-Verhalten führen. Mitglieder von Betriebsräten, die sich mit der Suchtprävention und -hilfe befassen wollen, sollten sich für diese Aufgabe qualifizieren, damit sie kompetent bei Suchtfragen handeln können.

Es ist wichtig, dass der Betriebsrat eine klare Haltung in Abstimmungsprozessen der Intervention bei Arzneimittelmisbrauch oder -abhängigkeit einnimmt. Seine Aufgabe ist es, auf der Grundlage eines vereinbarten Stufenplans das konsequente Vorgehen zu unterstützen, denn nur dieses bietet eine wirkliche Hilfe. Er muss aber gleichzeitig darauf achten, dass die Belange und Rechte der betroffenen Person gewahrt werden. Der Betriebsrat hat im Rahmen seiner Überwachungs- und Mitbestimmungsrechte ebenfalls eine Gestaltungsfunktion, die er

für die betriebliche Suchtprävention und -hilfe, den Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung nutzen sollte.

Was kann der Betriebsrat im Rahmen der Suchtprävention- und -hilfe tun?

- Eine Betriebsvereinbarung »Suchtprävention und -hilfe«/»Suchtpräventionsprogramm« abschließen.
- Sich an der Entwicklung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Betriebsvereinbarung »Suchtpräventionsprogramm« beteiligen und die Umsetzung und Einhaltung der Ziele überprüfen.
- Die Beschäftigten an der Entwicklung und Umsetzung des Suchtpräventionsprogramms beteiligen.
- Eine klare Haltung einnehmen bei Abstimmungsprozessen der Intervention bei Auffälligkeiten. Gleichzeitig darauf achten, dass die Belange und Rechte der betroffenen Person gewahrt werden.
- Sich einsetzen für eine Qualifizierung der Vorgesetzten und an die Qualifizierung seiner eigenen BR-Mitglieder in Sache Suchtprävention und -hilfe denken.
- Darauf hinwirken, dass die Rahmenbedingungen für den Einsatz und die Arbeit der Suchtbeauftragten und/oder die Ansprechpersonen für Suchtfragen gegeben sind. Das betrifft die fachlichen Voraussetzungen (insbesondere Qualifizierung, Beauftragung, Freistellung, fachliche Weisungsfreiheit und Schweigepflicht) sowie die räumlichen und sachlichen Bedingungen für die Beratungstätigkeit.
- Den Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und die Schwerbehindertenvertretung in das Suchtpräventionsprogramm einbinden.
- Für Transparenz und Akzeptanz der Suchtprävention und -hilfe sorgen und die Belegschaft darüber informieren.
- Aktiv an Informationsveranstaltungen, Aktionen und Workshops zum Thema Suchtprävention und -hilfe teilnehmen.

Literatur

- BKK Bundesverband und DHS (Hrsg.) (2007): Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe. Schlaf- und Beruhigungsmittel am Arbeitsplatz – Informationen und Hilfen für betriebliche Multiplikatoren. Hamm/Essen.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007): Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis, Köln.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2010): Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank – BPtK-Studie zu psychischen Belastungen in der Modernen Arbeitswelt, Berlin.
- DAK (Hrsg.) (2009): Gesundheitsreport (2009). Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt Doping am Arbeitsplatz. Hamburg.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2010): Jahrbuch Sucht, Geesthacht.
- IG Metall (Hrsg.) (1995): Medikamentenprobleme in der Arbeitswelt. Ein Handbuch für die betriebliche Praxis, Frankfurt a.M.
- IG Metall (Hrsg.) (2003): Gesundheit schützen und fördern. Handlungshilfe zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, Frankfurt a.M.
- IG Metall (Hrsg.) (2007): Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe. Handbuch der IG Metall, Frankfurt a.M.
- TKK Gesundheitsreport (2010): Hamburg.
- Zusammenfassung der Vorträge der Gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung »Schädlicher Medikamentengebrauch und Medikamentenabhängigkeit« der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, des Ministeriums für Gesundheit und Soziales, der Apothekerkammer Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt am 17. Januar 2009 in Magdeburg, in: Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 20 (2009) 4.

Sabine Heegner

**»Ich bin ein Mensch,
der gut helfen kann«**

**Co-Verhalten in der Beratungs-
arbeit von betrieblichen
SuchtberaterInnen**

Co-abhängiges oder Co-Verhalten spielt im betrieblichen Alltag betrieblicher Suchtberater eine Rolle, die nicht unterschätzt werden darf. Co-Verhalten führt zu Beratungsfehlern und ungünstigen Interventionen, die die Sucht weiter unterstützen. Darum ist es wichtig, betriebliche Suchtberatung mit viel Selbstreflexion zu begleiten.

Einerseits haben die Berater oft selbst eine Lebensgeschichte mit Suchterfahrungen, sei es eine eigene Abhängigkeitserkrankung, sei es als Angehörige oder Angehöriger. Andererseits haben sie sich die Aufgabe vorgenommen, ein unbeliebtes Thema anzurühren, das im betrieblichen Alltag sonst – aus Co-Verhalten? – eher totgeschwiegen wird.

Für betriebliche SuchtberaterInnen entstehen im Zusammenhang mit dem Thema Co-Abhängigkeit oder Co-Verhalten vier unterschiedliche Handlungsfelder:

- Die *Reflexion* der eigenen Rolle und Verhaltensweisen.
- Die *Vorgesetzten* brauchen eine *Beratung*, die ihnen dabei hilft, ihre Aufgaben, wie die Fürsorgepflicht, kompetent wahrzunehmen und nicht zu schweigen oder ein Auge zuzudrücken.
- Die *KollegInnen* der Abhängigen brauchen Aufklärung und Orientierung darüber, wie dem Abhängigen freundliche Konfrontation und Konsequenzen nützen können, und was sie selbst tun können (Prävention).
- *Familienangehörige*, die evtl. im Betrieb auftauchen, müssen in ihrem Leid gewürdigt werden, und auch sie brauchen Hinweise, wo sie selbst Hilfe bekommen können.

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, wie in der betrieblichen Suchtarbeit mit dem eigenen und dem Co-Verhalten von anderen konstruktiv umgegangen werden kann.

Definition von Co-Abhängigkeit

»Co-abhängig ist ein Mensch, der das Verhalten eines anderen Menschen auf sich hat einwirken lassen, und der davon besessen ist, das Verhalten dieses Menschen zu kontrollieren.« (Beattie 2009: 47)

Eine solche Definition wie die von Melody Beattie ist natürlich starker Tobak, insbesondere, wenn wir über betriebliche Suchtarbeit sprechen. Darum gibt es im Rahmen der Definition des Begriffes Co-Abhängigkeit eine Unterscheidung zwischen co-abhängigem und so genanntem Co-Verhalten. Im Arbeitszusammenhang wird es oft als zu stark empfunden, den Begriff »Co-Abhängigkeit« für z.B. konfliktscheues oder duldendes Verhalten von Führungskräften oder Kollegen zu benutzen. In diesem Fall wird dann eher der Begriff Co-Verhalten verwendet und damit beschrieben, dass es um einzelne Verhaltensweisen aus dem »Gesamtangebot« der Verhaltensweisen bei Co-Abhängigkeit geht.

Manchmal wird auch der Begriff »Helfersyndrom« im Zusammenhang mit BeraterInnen verwendet. Nach Wolfgang Schmidbauer hat ein vom Helfersyndrom Betroffener ein schwaches Selbstwertgefühl und ist auf seine Helferrolle fixiert; das Helfen wird zur Sucht (Psychologie heute 2/2009: 62). Die Veröffentlichungen von Schmidbauer setzen sich sehr konstruktiv mit den Schwierigkeiten von BeraterInnen auseinander. Wir verwenden dennoch diesen Begriff nicht, weil er – oft generalisiert – wenig hilfreich oder wertschätzend ist.

Bei den SuchtberaterInnen, die aus einem eigenen familiären Erfahrungshintergrund mit Sucht kommen, kann Co-Abhängigkeit, Co-Verhalten oder natürlich auch eine geklärte Rolle vorkommen.

Wenden wir uns jedoch weiter der Definition von Co-Abhängigkeit zu, so sehen wir, dass sie ein Gefühls- und Verhaltensmuster ist, das sich in einer dysfunktionalen Familienstruktur entwickeln kann, also in Familien mit abhängigkeitserkrankten oder anders psychisch erkrankten Mitgliedern. Co-Abhängigkeit entwickelt sich nicht von heute auf morgen, sondern ist ein Prozess, der Hand in Hand mit der allmählichen Suchtentwicklung des Partners oder Familienmitglieds einhergeht.

Die dysfunktionale Familie ist gekennzeichnet durch starre und extreme Regeln und Rollenzuschreibungen. Das ist eine Art Außenskelett, für die Familienmitglieder oft Voraussetzung, um in einer länger anhaltenden, belastenden und schmerzlichen Familiensituation bestehen zu können. Gefühle und offene Kommunikation werden durch die Starre unterdrückt.

In diesen Familien herrschen meist unausgesprochene Regeln, wie

- Über Gefühle spricht man nicht!
- Seine Gefühle zeigt man nicht!
- Sei stark, gut und perfekt!
- Sei selbstlos!
- Sei nicht kindisch!

Die Mitglieder dieser Familien retten sich in Verhaltensmuster, die ihnen erlauben, in diesem dysfunktionalen System zu überleben.

- Manche werden »Helden«, sie versuchen zu kontrollieren, zu ordnen und mit ihrer Stärke die aus den Fugen geratene Familie zusammenzuhalten und wieder ins Lot zu bringen.
- Manche werden »schwarze Schafe«, sie werden auffällig, vielleicht, damit der Fokus von Vater oder Mutter weggeht oder damit sie endlich bemerkt werden.
- Wieder andere werden »Träumer«. Sie verabschieden sich aus ihrer grausamen Realität, indem sie Bücher lesen oder sich im Spiel verlieren, sie erträumen ihre eigene Welt.
- Und es gibt die »Clowns«. Sie begegnen dem Ernst der Situation mit Unernst, versuchen das Schwere mit einem Witz, mit Ironie wegzuwischen.

Diese Muster können sich auch mischen.

Co-Abhängigkeit ist eine Beziehungsstörung. Bei allen co-abhängigen Verhaltensmustern können PartnerInnen oder Kinder der Erkrankten diese nicht wirkungsvoll mit der Realität der Erkrankung konfrontieren. Es sind Ausweichmanöver, um die scheinbare familiäre Ordnung aufrecht zu erhalten.

Co-Abhängige unterstützen ihre PartnerInnen oder Eltern bis zur eigenen Selbstaufgabe. Sie sind nicht in der Lage, die Aussichtslosigkeit ihres Verhaltens zu bemerken und es zu verändern. Je mehr sich der süchtige Mensch mit der Beschaffung des Suchtmittels und dem Konsum beschäftigt, desto mehr konzentriert sich die co-abhängige Person auf die Kontrolle des abhängigen Partners und auf die Eindämmung der psychosozialen Folgen.

Dies kann so weit führen, dass Co-Abhängige sich selbst nicht mehr fühlen und wahrnehmen – zumindest in der Beziehung zum Abhängigen, oft aber auch darüber hinaus. Dafür haben sie eine hohe Außenorientierung, riesige Antennen für alles, was andere Menschen angeht. Stellen wir uns Kinder vor, die nie wissen können, was im nächsten Moment von ihrem erkrankten Elternteil zu erwarten ist, z.B. Spaß, trunkene Aus-

gelassenheit, Gleichgültigkeit und Vergesslichkeit oder sexuelle bzw. gewaltsame Übergriffe. Oder wir stellen uns die Eltern von einer drogensüchtigen oder einer essgestörten Person vor, die pausenlos darüber grübeln, ob sie sich wieder Drogen besorgt hat, ob sie isst und das Essen auch bei sich behält etc., immer im Kreis herum. Natürlich und folgerichtig konzentriert sich die Aufmerksamkeit der Angehörigen auf die Außenwelt, um passend reagieren zu können. Dabei verlernen sie, sich um ihre eigenen Bedürfnisse zu kümmern.

Co-abhängige Menschen suchen sich später oft PartnerInnen mit Abhängigkeitserkrankungen, schließlich haben sie viel Übung im Umgang damit. Sie finden sich auch häufig, aufgrund ihrer eigenen inneren Entfremdung, in abhängigen Beziehungen. Der Partner oder Partnerin soll die eigene, gelernte innere Gefühlsleere auffüllen, indem er oder sie liebt, hilft und rettet, oder indem ich lieben helfen und retten kann. Nicht nur PartnerInnen und Kinder von suchtkranken Menschen können Co-Abhängigkeit entwickeln. Gefährdet sind auch Menschen mit einer familiären oder beruflichen Beziehung zu emotional oder geistig gestörten Persönlichkeiten. Das können sowohl Ärzte, Therapeuten, Fachkräfte in der Pflege als auch Eltern von verhaltensauffälligen Kindern etc. sein.

Co-Abhängigkeit verläuft üblicherweise in drei Phasen. Natürlich ist eine solche Beschreibung immer idealtypisch, die Übergänge sind fließend, und die Betroffenen gehen zwischen den Phasen hin und her. Dennoch hilft die Übersicht beim Verstehen.

Phase 1: Beschützen und Erklären

Co-Abhängige übernehmen Verantwortung für den Suchtkranken, sie schirmen sich und die Familie ab. Sie bagatellisieren, vermeiden, entschuldigen, beschützen, verleugnen, lenken ab oder kooperieren (indem sie z.B. Essgestörten Geld für Essen geben). Sie wollen retten, unterdrücken ihre eigenen Gefühle, und schon hier verlieren sie oft den eigenen Lebensinhalt.

Phase 2: Kontrolle

Trinkt der Suchtkranke wenig, so ist das Selbstwertgefühl der Co-Abhängigen gut. Flaschen werden markiert, um Trinkmengen zu kontrollieren. Soziale Kontakte werden unterlassen, weil dort der Suchtkranke unkontrolliert trinken könnte. Manche trinken sogar selbst, damit der Partner weniger bekommt. Das Essverhalten von Betroffenen wird

kontrolliert, z.B. wird ein magersüchtiges Mädchen ständig zum Essen angehalten. Der oder die Betroffene wird nur noch im Hinblick auf ihre Sucht oder Essstörung gesehen und bewertet, d.h. auf diese reduziert. Man konzentriert sich auf die Symptome, anstatt nach Lösungen oder Abhilfe zu suchen.

Phase 3: Anklage

Co-Abhängige sind am Ende. Sie fühlen sich ausgelaugt, sind oft selbst krank. Dafür geben sie dem Suchtkranken die Schuld, machen ihn zum Sündenbock für alle unangenehmen Gefühle. In dieser Phase sind Co-Abhängige gut ansprechbar für fachliche Behandlung.

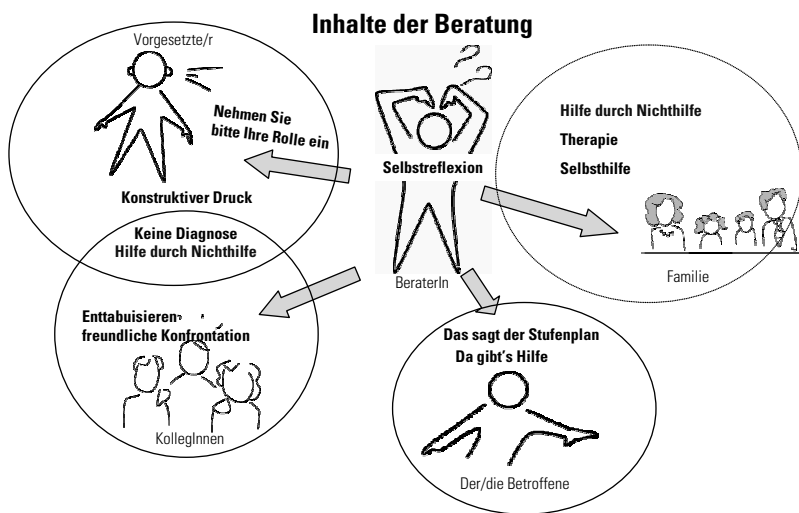
Umgang mit den Themen in der Ausbildung betrieblicher SuchtberaterInnen

Auch wenn es eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung, einen Stufenplan und eine/n AnsprechpartnerIn für Suchtfragen gibt, dauert es in den Betrieben lange, oft viel zu lange, bis die Pläne greifen, bis also jemand sich ein Herz fasst und das erste Gespräch im Stufenplan durchführt. Sicher ist manchmal der Grund hierfür Unwissenheit, z.B. im Fall von Tablettensucht oder bei Drogenkonsum. Viele Menschen haben einfach keine Erfahrung, wie man erkennt, dass jemand ein Suchtproblem hat. Das lange Zuschauen kann aber auch ein Co-Verhalten sein.

Wie äußert sich Co-Verhalten in der Belegschaft?

- KollegInnen bagatellisieren das Problem
- KollegInnen meiden das offene Gespräch trotz offensichtlicher Probleme
- KollegInnen schützen die Abhängigen vor Konsequenzen
- Vorgesetzte tun das alles auch und nehmen ihre Aufgaben nicht wahr (z.B. Gesprächsführung im Rahmen des Stufenplans).
- Mit allen wird gesprochen, nur nicht mit dem oder der Betroffenen.
- KollegInnen profitieren von den Abhängigen, da diese oft lange »funktionieren« und nicht auffallen wollen und darum vieles tun, das andere KollegInnen nicht gerne tun.
- Etc.

In manchen Betriebsvereinbarungen ist auch vorgesehen, die Angehörigen zu Stufenplangesprächen hinzuzuziehen. Dann haben die betrieblichen SuchtberaterInnen mit den Familienmitgliedern der Abhängigen

Abbildung 1: Beratungsbedarf in der betrieblichen Suchtberatung

Quelle: Sabine Heegner

zu tun. Der Kontakt kann zum Beispiel bei einer Klinikeinweisung entstehen oder wenn die Angehörigen sich selbst im Betrieb melden. Die Angehörigen sind oft selbst sehr hilfsbedürftig, da sie lange in der belastenden Beziehung geblieben sind. Auch sie schweigen, vertuschen, lügen, wollen die Lage nicht erkennen, bringen Suchtmittel mit, machen Drohungen nicht wahr, ziehen angekündigte Konsequenzen nicht etc.

Und manchmal sind sie selbst auch abhängig. Solche Beratungsarbeit mit den Familienmitgliedern kann die betrieblichen SuchtberaterInnen überfordern.

In der Abbildung 1 ist der unterschiedliche Beratungsbedarf dargestellt, dem betriebliche SuchtberaterInnen nachkommen.

Die Rolle der Betriebs- und Personalräte ist eine andere als die der SuchtberaterInnen: Üblicherweise versuchen die Betriebsräte und Personalräte, ihre Beschäftigten vor »Übergriffen« des Arbeitgebers zu schützen.

In der Logik der Suchtstufenpläne sind diese Übergriffe, nämlich die Stufenplangespräche, in denen konstruktiver Druck aufgebaut wird, genau die Hilfe, die gebraucht wird. Aus der Arbeit mit den Betroffenen

wissen wir, dass diese – hinterher – oft dankbar sind, dass ein gut berater Vorgesetzter aus dem Schweigen herausgetreten ist und deutlich gesagt hat, dass er sich Sorgen macht und eine Verhaltensänderung erwartet. Mit dieser erwarteten Verhaltensänderung beginnt häufig der Einstieg in die Erkenntnis, »Ich kann es doch nicht lassen«, und damit in eine professionelle Behandlung, die daran arbeitet, die Lebensqualität so weit zu erhöhen, dass das Leben ohne Suchtmittel besser ist als das Leben mit – oder besser gesagt – gegen die Sucht.

Das erfordert einen Rollenwechsel der Betriebs- und Personalräte, die betriebliche SuchtberaterInnen werden. Die freundliche Konfrontation, der konstruktive Druckaufbau bis hin zur Kündigung, wird zu ihrer Aufgabe (siehe dazu den Stufenplan in der Betriebsvereinbarung Sucht, der im Beitrag von Eva Zinke näher erläutert wird).

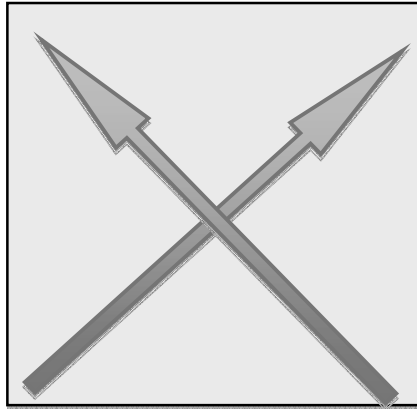
Um mit Aristoteles zu sprechen, lebt jede Werthaltung im Gespräch immer in ausgehaltener Spannung zu ihrem positiven Gegenpol: In unserem Fall entscheiden wir uns bei der Gesprächsführung für Zuhören in Verbindung mit (freundlicher) Konfrontation mit der Wirklichkeit; würden wir das nicht tun, wären wir in der Gefahr, beim Zuhören in Opportunismus und beim Konfrontieren in Feindseligkeit abzugleiten (siehe Abbildung 2).

In der SuchtberaterInnen-Ausbildung des DGB Bildungswerks ist dies eine wichtige Grundlage. Deshalb wird diese Gesprächsführung wieder und wieder geübt.

Menschen mit hoher Außenorientierung finden sich oft in helfenden Berufen wieder, denn hier ist die erlernte Empfindsamkeit, die hohe Konzentrationsfähigkeit auf die Bedürfnisse anderer sehr nützlich. Schwierig wird es, wenn die eigene Abgrenzungsfähigkeit nicht wieder erlernt werden kann.

Darüber hinaus lernen Co-Abhängige, in ihrem System alles unter Kontrolle zu haben. Wenn sie später als betriebliche Berater mit Abhängigen arbeiten, werden sie also ständig daran arbeiten müssen, dass sie nicht die Kontrolle über die Situation übernehmen, indem sie z.B. die Betroffenen in der Klinik anmelden, sie hinfahren, die Anmeldeformulare ausfüllen etc.

Das Prinzip der Co-Abhängigkeit soll während der Ausbildung zum Suchtberater oder zur Suchtberaterin »verlernt« werden können. Es wird also immer wieder entdeckt und Alternativen dazu entwickelt. Die Alternativen sind einerseits das Prinzip »Hilfe durch Nichthilfe« oder anders gesagt, Hilfe durch freundliche Konfrontation, Konsequenz und Unter-

Abbildung 2: Das WertequadratHilfreiches **Zuhören**Freundliche **Konfrontation****Opportunismus****Feindseligkeit**

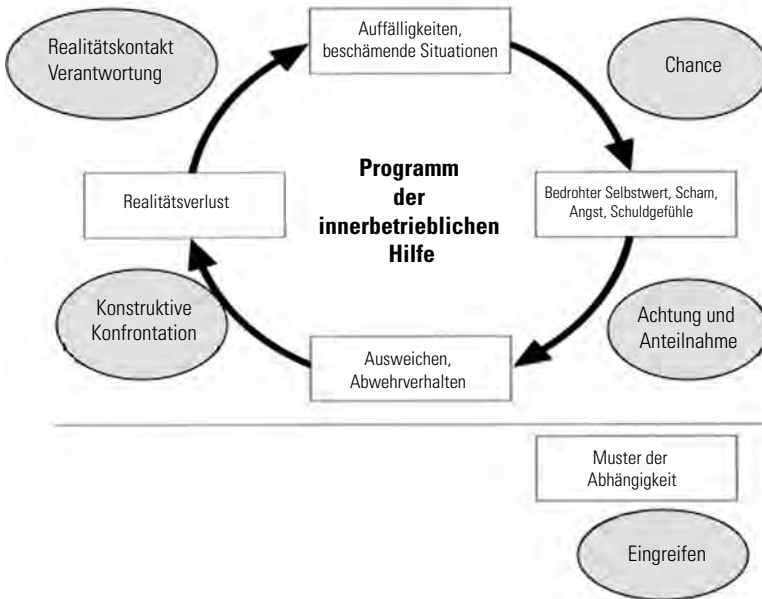
Quelle: Heckel 2006: 101

stützung von Mustern der Unabhängigkeit. Außerdem gehört der Aufbau von konstruktivem Druck, gepaart mit Beratungsangeboten, dazu. Und natürlich ist »Zuhören« sehr wichtig, um die Hilfsangebote zielgerichtet auf die Bedürfnisse zuschneiden zu können.

Dieses freundliche konsequente Vorgehen wird erlernt und verstärkt. Im Kreislauf von Schuld und Scham, der bei allen Abhängigkeitserkrankungen vorhanden ist, können betriebliche SuchtberaterInnen den Moment des Auffliegens der Sucht als Chance sehen. Sie können mit Achtung und Anteilnahme, mit Konsequenz und echten Hilfsangeboten eingreifen und die Betroffenen konstruktiv mit der Realität und ihren Möglichkeiten konfrontieren (siehe Abbildung 3.)

Darum geben wir dem Thema in jeder Ausbildungswoche Platz und schließen die Ausbildung mit einer dreitägigen Supervision ab. Auch ist eine Woche Praktikum in einer Suchtklinik Teil der Ausbildung. Hier wird natürlich auch etwas über den Umgang von Helfern mit Abhängigkeitserkrankten gelernt. Nach dem Ende der Ausbildung bieten wir weitere Supervision an, denn Co-Verhalten und besonders gelernte Co-Abhängigkeit bedarf immer neuer Auseinandersetzung mit sich selbst.

Abbildung 3: Innerbetriebliche Hilfe bei Suchtabhängigkeit



Quelle: Fuchs/Rainer/Rummel 1998

Literatur

- Beattie, Melody (2009): Die Sucht, gebraucht zu werden. München: Heyne Verlag.
- Fuchs, Reinhard/Rainer, Ludwig/Rummel, Martina (Hrsg.) (1998): Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Geurtz, Jan (2009): Suchtfrei. Die Illusion durchschauen. Aachen: Omega.
- Heckel, Jürgen (2006): Frei sprechen lernen, 4. Aufl., München: A1 Verlag.
- Kolitzus, Helmut (2007): Die Liebe und der Suff... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie. München: Kösel.
- Schmidbauer, Wolfgang (2007): Das Helfersyndrom, Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Schmidbauer, Wolfgang (2009): Das Helfersyndrom heute, in: Psychologie heute 2/2009, S. 62.
- Wilson Schaef, Anne (2008): Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht. München: Heyne Verlag.

Jürgen Heckel

Wie »funktioniert« ein Abhängiger in der Arbeitswelt?

Mein Name ist Jürgen Heckel, ich bin Alkoholiker, habe 30 Jahre getrunken, bin jetzt über 24 Jahre trocken, besuche regelmäßig eine Selbsthilfegruppe, setze mich mit meiner Krankheit auseinander, bin als Suchtberater aktiv, schreibe darüber¹ und hoffe, auf dem Weg zur Nüchternheit zu sein. Die Herausgeberinnen dieses Buches haben mich gebeten, als Betroffener zu folgenden Fragen Stellung zu nehmen: Wie »funktioniert« ein Abhängiger in der Arbeitswelt? Wie agieren die KollegInnen um ihn/sie herum? Wie verhalten sich die Führungskräfte? Was ist die »richtige« Hilfe? Was benötigt der/die Betroffene für den »Ausstieg«? Welcher betrieblichen Unterstützungen bedarf es?

In diesem kleinen Aufsatz versuche ich, meine Erfahrungen als Alkoholiker wiederzugeben. Ich erhebe nicht den Anspruch, allgemein gültige Aussagen zu liefern. Ich generalisiere meine Erfahrungen nicht, ich versuche, diese schwierigen Fragen für mich zu beantworten. Es liegt mir völlig fern zu behaupten, »so ist es«, sondern ich sage lediglich, »so oder so ähnlich, und bei anderen Menschen wiederum ganz anders, könnte es sein. So habe ich es erfahren. So ist es mir damit ergangen.«

Alkohol im Betrieb aus der Sicht eines Betroffenen

Dreißig Jahre war ich Gefangener eines alkoholischen Systems. Alle meine Interessen, alle meine Begabungen, alle meine menschlichen Eigenschaften wurden dem Suchtsystem untergeordnet. Zug um Zug brach ich meine nicht alkoholischen Außenbeziehungen ab. Eines Tages waren infolgedessen auch meine kommunikativen Fähigkeiten erloschen. Jeglicher Zugang zu mir selbst war verbaut und somit auch der

¹ Heckel Jürgen: sich das Leben nehmen. Alkoholismus aus der Sicht eines Alkoholikers, 4. Aufl., München: A1 Verlag, 2004.

Zugang zu den Kolleginnen und Kollegen, denn wer zu sich selbst keinen Kontakt mehr findet, findet ihn auch nicht zu seinem Umfeld.

Die »Erfahrung dieses Abgetrenntseins erregt Angst«, schrieb Erich Fromm. Ich halte »Abgetrenntsein« für die Quelle aller Ängste, denn losgetrennt bedeutet, abgeschnitten zu sein. Im gleichen Zusammenhang wies Erich Fromm darauf hin, dass »Abgetrenntsein Scham und Schuldgefühle produziert«. Das entspricht meinen Erfahrungen. Ich war nicht nur ständig voller Alkohol, ich war immer auch voller Scham. Scham ist eine der grundlegendsten Dynamiken aller Süchte. Scham verursacht Sucht und Scham entsteht aus Sucht.

Dieser Prozess zerstörte meinen menschlichen Kern: Er führte zum Verlust der Selbstachtung, zu Isolation und Einsamkeit, denn Kommunikation ist nicht nur Mittel, sondern auch Selbstzweck. Wer nicht trinkt, verdurstet, wer nicht isst, verhungert, wer nicht kommuniziert, verdorrt. Gleichzeitig schwindet auch im Arbeitsprozess das Bewusstsein für Ethik und Moral.

Das Gefährlichste am Alkohol ist, dass sich die Sucht für den Betroffenen unbemerkt einschleicht. Je abhängiger ein Mensch wird, desto weniger kann er seine Lage realisieren. Dieser Wahrnehmungsdefekt ersparte mir in meiner beruflichen Tätigkeit einen sofortigen Zusammenbruch und eröffnete der Sucht ungehinderte Entfaltung. Im Endstadium erkannte mein ganzes Umfeld die Abhängigkeit, nur ich als Betroffener selbst realisierte es nicht.

Das Paradox: Weil im Endstadium das ganze Leben von der Krankheit Alkoholismus geprägt ist, kann der Betroffene die Krankheit nicht mehr wahrnehmen. Ein Selbsterkennen der Krankheit ist nicht mehr möglich. Ich wurde von einem alkoholischen Denkmodell beherrscht und verlor die Fähigkeit, mich selber wahrzunehmen und zu kritisieren und wurde blind für die eigenen Defizite. Ständig hatte ich ein schlechtes Gewissen. Rückmeldungen aus dem Kollegenkreis ließ ich nicht zu, Aufklärung war nicht möglich, rationalen Argumenten ist ein Betroffener nicht zugänglich.

Ein Betroffener verbraucht ungeheure Energien, um vor sich selbst und anderen zu verbergen, dass er dem Alkohol gegenüber machtlos ist. Es sind sinnlos verpulverte Energien, die ihm zur Lebensgestaltung schmerzlich fehlen. Der Alkoholiker verharmlost, verdrängt, verzerrt. Das Leugnen der Krankheit ist ein Teil der Krankheit, Lügen stehen im Zentrum des süchtigen Denkens. Alkoholiker sind Meister der Halbwahrheiten und entwickeln sich im Laufe der Jahre zu genialen

Lügnern, denen es gelingt, sich selbst und ihr Umfeld über die wahre Lage zu täuschen. Hätte ich auch nur eine Lüge aus dem Gebäude herausgenommen, das ganze Kartenhaus wäre zusammengebrochen. Jede Lüge zog eine weitere Lüge nach sich, eines Tages fehlte mir dann die Anschlusslüge.

Zeitweise habe ich mich im Arbeitsprozess auch ausnutzen lassen. Eilfertig war ich stets bereit, Extraaufgaben zu übernehmen. Ich war Meister im Erkennen, was anderen gefällt; mich um meine eigenen Bedürfnisse zu kümmern, fiel mir ausgesprochen schwer. »Nicht verzagen, Jürgen fragen«, war mein Motto. Mein Glaubenssatz: Mir geht es schlecht, wem kann ich helfen. Es war keine uneigennützigte Hilfe, sondern »Gutscheinesammeln«, wie ich es nenne. Diese »Gutscheine« habe ich dann in »Krisenzeiten« bei den Kollegen eingeklagt.

Es wird lange weggeschaut... Wie agierten die KollegInnen um mich herum?

Wo ein Abhängiger ist, da ist auch ein krankes Umfeld

Alkoholiker können so stark sein, dass selbst ein gesundes Umfeld in Richtung Suchtsystembestätigung gedrängt wird. Wir Süchtigen beeinflussen unser Umfeld auf äußerst wirksame Weise. Nicht nur Familienmitglieder, auch Kollegen gehen häufig eine Symbiose mit einem Alkoholiker ein. Sie tragen das alkoholische Lügengebäude mit, übernehmen auch für hoffnungslose Fälle die Verantwortung und ermöglichen es dem Alkoholiker, seine Sucht aufrecht zu halten. Ihre Verhaltensweisen sind in unserer Gesellschaft hochgeschätzt. Sie sind häufig der Inbegriff der liebenden, sich hingebenden und kümmernden Person. Obwohl sie aufrichtig helfen wollen, schaden sie den Abhängigen. Immer hoffen sie auf Besserung, doch nie wird es besser, sondern immer schlimmer.

Alkoholische Systeme verlangen von allen Beteiligten, die in dem System leben, alkoholische Denkmuster und Verhaltensweisen, dafür werden sie, je nach Verhalten, entweder belohnt oder bestraft. Wer in diesem Beziehungsnetz lebt oder damit in Berührung kommt, infiziert sich. Alkoholiker stecken andere in ihrem Umfeld an. In Co-Abhängigen-Gruppen kursiert folgende kleine Geschichte: »Eine Frau küsste einen Frosch. Sie hoffte, er werde sich in einen Prinzen verwandeln. Das tat er nicht. Sie verwandelte sich auch in einen Frosch.«

Im Laufe der Zeit entwickeln sich bei der infizierten Person dieselben Muster wie beim Süchtigen. Alkoholiker sind daher nicht nur im eigenen Wachstum gehemmt, sie blockieren auch das Wachstum anderer Menschen. Es kommt zu einer wechselseitigen Blockierung von Entwicklungschancen. Alkoholiker und Co-Abhängige gehen in diesem Netz eine Symbiose ein. Einer ist von dem anderen abhängig, jeder braucht und missbraucht den anderen, jeder glaubt die Lügen des anderen, jeder liebt und hasst den anderen, jeder zieht den anderen weiter nach unten. Von einem gewissen Zeitpunkt an gibt es in diesem System keine Schuldigen und Unschuldigen mehr. Alle sind beteiligt. Alle übernehmen bestimmte Rollen, um das Gleichgewicht im System zu erhalten. Alle leiden, aber alle »profitieren« auch davon. Ein Suchtsystem ohne »Mitwirkende« würde austrocknen.

Das hat auch für das Betriebsklima große Auswirkungen. Alkoholiker sind kräftezerrend im Umgang und darüber hinaus begabte Manipulatoren, mühelos halten sie ganze Kompanien auf Trab. Es gelingt ihnen immer wieder, auch dort Rücksichtnahme, Mitleid und persönliche Anteilnahme zu erzeugen, wo es nicht angebracht ist. Kolleginnen und Kollegen müssen höllisch aufpassen, dass sie sich nicht einspannen lassen und zu Komplizen werden.

Was macht es so schwierig, offen über Alkoholprobleme zu reden?

- Viele Jahre haben wir weggeschaut, wir sind dafür mitverantwortlich, dass es so weit gekommen ist.
- Es fehlt der entsprechende Mut.
- Wir wissen zu wenig über das Krankheitsbild Alkoholismus.
- Wir sind unsicher, ob der Betroffene wirklich abhängig ist.
- Wir halten Verständnis und Toleranz fälschlicherweise für Hilfe. Der Grundsatz der Suchthilfe »Hilfe durch Nichthilfe« ist uns fremd.
- Die Erreichbarkeit von Alkoholkranken liegt jenseits der Ebene des logischen Argumentierens.
- Man kennt nur nasse Alkoholiker, Erfahrungsaustausch mit langfristig Genesenden findet kaum statt.
- Vor einer Fortbildungsveranstaltung über Alkoholismus haben wir uns gedrückt.

Es gehört Zivilcourage dazu, einen Kollegen oder eine Kollegin ruhig und bestimmt auf seinen Umgang mit Alkohol anzusprechen. Für die

meisten Menschen ist es ungewohnt, es gehört zu den unangenehmsten und schwierigsten Dingen. Die Betroffenen üben ungeheuren Druck aus. Deshalb gilt die goldene Regel: Niemals allein diese Gespräche führen – sondern immer zu zweit.

Häufig werden Alkoholiker am Arbeitsplatz von Vorgesetzten und Kollegen auch schamlos ausgenutzt. Weil sie trinken, haben sie permanent ein schlechtes Gewissen und leisten weitaus mehr, als man ihnen abverlangen dürfte. Über einen sehr langen Zeitraum – obwohl ständig unter »Strom« – sind sie fleißige Mitarbeiter. Eilfertig sind sie bereit, Überstunden zu machen und Extraarbeiten zu erledigen. Kommt die Krankheit offen zum Ausbruch, ist die fristlose Kündigung nur noch eine Frage der Zeit.

Wie verhalten sich die Führungskräfte?

In der Regel nicht sehr viel anders als die anderen, auch Führungskräfte sind häufig beklagenswert uninformiert über Süchte. Auch Führungskräfte neigen dazu, Alkoholismus im Betrieb zu tabuisieren, auch sie drücken sich gern vor Fortbildungsveranstaltungen. In der Regel wird viel zu lange gewartet, um offen mit einem Mitarbeiter über Sucht zu reden.

Wenn in einem Betrieb der Verdacht auf Alkoholmissbrauch geäußert wird, ist es meistens schon sehr spät. Immer wieder habe ich in Beratungsfällen gehofft, dass der Klient vielleicht doch nicht abhängig ist, habe ich gehofft, dass seine Kollegen sich irrten. Bedauerlicherweise war das in all den Jahren nicht ein einziges Mal der Fall.

Der Arbeitsplatz ist der geeignetste Ort, einen Abhängigen konstruktiv unter Druck zu setzen mit dem Ziel, ihm Veränderungschancen zu eröffnen. Es ist der wirksamste Ort, es gibt keinen besseren. Um weitertrinken zu können, ist ein Alkoholiker bereit, alles aufzugeben: seine Ersparnisse, seine Familie, seinen Freundeskreis, alles lässt er fallen, an seinen Arbeitsplatz klammert er sich. Hier kommt den Führungskräften eine besondere Verantwortung zu.

Betriebsvereinbarungen helfen ihm dabei. Als Betroffener plädiere ich ausdrücklich für Suchtvereinbarungen, bei denen Führungskräfte und Betriebs- und Personalräte zusammenarbeiten. Sie sind dann wirksam, wenn sie für alle gelten. Das größte Problem bei Betriebsvereinbarungen: »Unten« werden Führungskräfte aktiv, bei denen da »oben«

wird weiter geschwiegen. Diese Ungerechtigkeit zerstört die Glaubwürdigkeit jeder Vereinbarung.

Wo immer es möglich ist, sollten Führungskräfte dafür sorgen, dass in die Suchtberatung auch Familienmitglieder mit einbezogen werden.

Was ist die »richtige« Hilfe? Was benötigt der/die Betroffene für den »Ausstieg«? Welcher betrieblichen Unterstützungen bedarf es?

Den Sumpf aus Leugnen, Vertuschen und Schweigen trockenulegen, ist aus meiner Sicht die Hauptaufgabe betrieblicher Suchthilfe. Das ist das Wichtigste, was getan werden muss: Das Thema enttabuisieren: darüber sprechen, es nicht mehr leugnen, es nicht mehr vertuschen, es nicht mehr totschweigen. Tabuisiert wird, dass in den Betrieben und Verwaltungen – quer durch alle Etagen – gesoffen wird. In der Regel wird nur verdeckt darüber gesprochen, offiziell gibt es so etwas gar nicht. Doch Kollegen und Vorgesetzte wissen meistens genau, wer in ihrem Betrieb dem Alkohol verfallen ist. Sie decken den Betroffenen, oft genug in bester Absicht.

Wir sollten uns immer wieder ins Bewusstsein holen, dass es sich bei Alkoholismus um eine tödliche Krankheit handelt, es glaubt nur kaum einer, weil es in der Regel Jahrzehnte dauert, bis der Tod eintritt. Hier liegt die Verantwortung bei allen Betriebsmitgliedern. Alle haben einen kleinen Anteil an der »Suchtkarriere« der Kolleginnen und Kollegen. Auch die, die gar nichts tun. Wir sind auch verantwortlich für unser Nichthandeln. Enttabuisierung ist nicht von Mehrheitsentscheidungen oder Betriebsvereinbarungen abhängig, jeder kann damit anfangen. Heute!

Diese Form des Umgangs mit Süchtigen enthält große Chancen für jeden Betrieb, weit über die Suchtproblematik hinaus. Es würde nicht nur den Betroffenen helfen, sondern gleichzeitig zu einem deutlich verbesserten Arbeitsklima führen. Ich wundere mich schon seit vielen Jahren, dass sich professionelle Suchttherapeuten statt auf Einzelbehandlung nicht auf Betriebstherapie konzentrieren.

Suchtberatung enthält Gefahren

Entscheidend ist, Chancen und Möglichkeiten der Suchtberatung realistisch einzuschätzen. Es kann gar nicht oft genug wiederholt werden: Grundlage jeder Suchthilfe ist Hilfe durch Nichthilfe. Niemals Unselbstständigkeit fördern, nichts für den Süchtigen erledigen, was er besser selber machen sollte.

»Ich muss lernen, dass neben den Rauschmitteln du und ich als helfende Komplizen das größte Problem der Abhängigen sind. Weil wir sie nicht verstehen, schaden wir ihnen oft mehr, als wir nützen, und das in allerbesten Absicht«, schreibt der bekannte amerikanische Suchtforscher Joseph Pursh. Dieses Zitat gehört meiner Ansicht nach in das Büro eines jeden Suchtberaters.

Nicht nur der Alkoholiker muss vor seiner Sucht kapitulieren, auch der Helfer. Es ist die Einsicht, niemanden trockenlegen zu können. Die Verantwortung für das Leben einer Kollegin oder eines Kollegen liegt nicht in unserer Hand. Wenn einer wirklich sterben will, kann niemand ihn daran hindern.

Auch als Betroffener kann man nicht sehr viel mehr tun, als ein trockenes Leben in zufriedener Nüchternheit vorleben und ein Beispiel geben, dass es sich gewaltig lohnt, den Suchtkäfig zu verlassen. Sich das lebendige Leben nehmen, ist die Alternative zur Sucht. Das ist die beste Hilfe, manchmal – in Stunden der Enttäuschung – glaube ich sogar, dass es die einzige Hilfe ist. Ich kann nur den Weg zu den Gruppen und professionellen Helfern aufzeigen. Was die Betroffenen daraus machen, liegt nicht in meiner, sondern in ihrer Hand.

Wie begegne ich als Alkoholiker einem Menschen, von dem der Verdacht ausgeht, dass er Alkoholprobleme hat?

Oft werde ich von den Betroffenen gefragt: »Du bist doch Fachmann, du musst mir sagen, ob ich Alkoholiker bin. Mein Chef behauptet es, meine Frau auch, ich zweifle...« Dann antworte ich: »Ich kann es gar nicht wissen, das musst du selbst herausfinden, lieber Freund. Ein anderer kann es nicht für dich tun. Ich stempele niemanden zum Alkoholiker, das wäre eine Anmaßung.« Ich trete ihm weder mit falsch verstandener Toleranz noch mit Feindseligkeit gegenüber, sondern mit zwei Tugenden: Ich höre ihm aufmerksam und hilfreich zu und konfrontiere ihn mit meinem

Verdacht.² Ich akzeptiere den anderen so, wie er ist. Ich versuche erst gar nicht, ihn durchschauen zu wollen, ich spioniere ihm nicht hinterher, ich verzichte auf alle Kontrollversuche. Empathie bedeutet, in der Lage zu sein, sich in den anderen einzufühlen, aber auch sich selbst mit seinen Augen sehen zu können. Hilfreiches Zuhören ist ein großartiges Geschenk, das ich meinen Mitmenschen mache.

Unter Konfrontation verstehe ich die Fähigkeit, mit kommunikativer Klarheit den eigenen Standpunkt zu vertreten. Ich sage dem Betroffenen: »Ich habe in letzter Zeit den Eindruck gewonnen, dass du ein Problem mit Alkohol hast. Im Betrieb wird auch schon hinter deinem Rücken darüber geredet. Ich möchte heute offen darüber mit dir sprechen. Ich weiß nicht, ob du Alkoholiker bist, das kannst nur du selbst herausfinden. Doch ab sofort werde ich dein Verhalten nicht länger tabuisieren. Selbst wenn alle anderen es weiterhin tun, ich nicht. Ich werde dich dem Chef gegenüber nicht mehr in Schutz nehmen. Auch deine Arbeit werde ich in Zukunft nicht mehr erledigen. Dafür bist du zuständig. Dass du Hilfe suchst, verlange ich von dir. Es gibt vielfältige Hilfen, psychosoziale Beratungsstellen, Suchtberatung, Selbsthilfegruppen, die du in Anspruch nehmen kannst und die dir dabei helfen, herauszufinden, was mit dir los ist. Und sollte sich herausstellen, dass du Alkoholiker bist: Es ist keine Schande, ein Alkoholiker zu sein, es ist aber eine Schande, nichts dagegen zu unternehmen. Wenn du willst und du von dir aus auf mich zukommst, dann werde ich dir zu jeder Zeit dabei helfen. Ich habe es auch durchlebt, ich weiß, was so schrecklich wehtut.«

Du hast zwei Möglichkeiten: Dir immer wieder, Tag für Tag, eine flüssige Kugel in den Kopf zu schießen, oder du nimmst dir das Leben in all seiner Fülle. Das lebendige, erfüllte Leben ist die Alternative zur Sucht. Ich habe mich vor 24 Jahren fürs Leben entschieden, und ich nehme mir das Leben, solange ich noch am Leben bin.

² Heckel, Jürgen: Frei sprechen lernen, 4. Aufl., München: A1 Verlag, 1997.

**Cornelia Wendt-Danigel/
Sabine Heegner**

Voraussetzungen für eine erfolgreiche betriebliche Suchtarbeit und Suchtprävention

Mit der zunehmenden Leistungsverdichtung in der Arbeitswelt und den damit einhergehenden technisch-organisatorischen Veränderungen nehmen die physischen, hauptsächlich aber die psychischen Belastungen in den Betrieben zu. Schwerwiegende Erkrankungen können eine Auswirkung sein. Die Bewältigung der Belastungen fällt vielen Beschäftigten zunehmend schwer – der Griff zum Suchtmittel scheint hingegen immer leichter. Der Begriff des »Doping« am Arbeitsplatz taucht – vor allem in den Medien – immer öfter auf. So hält es z.B. jeder fünfte Beschäftigte für vertretbar, die Arbeitsleistung mit verschreibungspflichtigen Medikamenten zu steigern. (DAK Gesundheitsreport 2009)

Diese Veränderungen in der Arbeitswelt führen auch dazu, dass sich der Umgang mit den Themen Gesundheit/Betriebliches Gesundheitsmanagement in den letzten Jahren verändert hat. In zukunftsorientierten Unternehmen, die wettbewerbsfähig sein wollen, wird der Begriff der Prävention ernst genommen: Gehandelt wird nicht erst, wenn Beschäftigte erkranken, sondern es werden präventive Strategien entwickelt, damit die Beschäftigten gesund und arbeitsfähig bleiben. Diese sollten dann – im Optimalfall – auch in allen Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements konsequent umgesetzt werden: Sei es durch die Gefährdungsbeurteilung körperlicher wie psychischer Belastungen, die Anbindung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements oder auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Auch in der betrieblichen Suchtarbeit, einem wesentlichen Handlungsfeld im betrieblichen Gesundheitsmanagement, sind solche präventiven Strategien erforderlich. So setzen mittlerweile viele Unternehmen nicht mehr nur auf die reine Begleitung der Betroffenen, sondern klären die Beschäftigten auf, verbinden die Gefährdungsbeurteilungen und das Betriebliche Eingliederungsmanagement mit der Frage nach suchtförderlichen Arbeitsbedingungen und verbinden die Suchtarbeit mit den

anderen Gesundheitsthemen, um dem Entstehen von Suchtkrankheiten in der Arbeitswelt vorzubeugen.

Vom Suchtkrankenhelfer zum betrieblichen Suchtberater

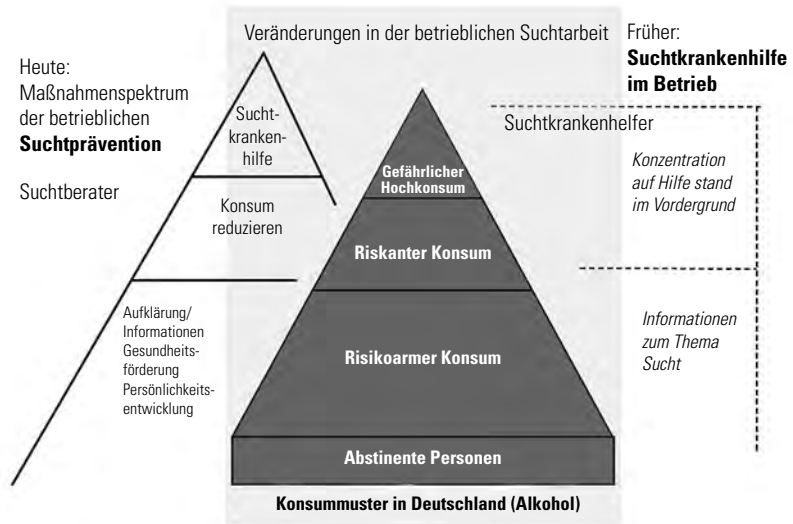
Früher gehörte es zu den klassischen Aufgaben des Suchtkrankenhelfers, Betroffene, meist mit Alkoholabhängigkeit, in therapeutische Maßnahmen außerhalb des Betriebes zu begleiten und sie nach ihrer Rückkehr helfend bei der Wiedereingliederung am richtigen Platz zu unterstützen. Suchtkrankenhelfer sind oftmals selbst (trockene) Betroffene, die mit ihrer eigenen Erfahrung die Abhängigen auf dem Weg des »Trockenwerdens« unterstützen. Dies ist ein wesentlicher Teil der Suchtarbeit im Betrieb. Aufgrund der Veränderungen in der Arbeitswelt verändert sich auch das Aufgabenspektrum des Suchtkrankenhelfers: Während früher der Schwerpunkt auf der Begleitung der Betroffenen lag, so koordiniert der betriebliche Suchtberater auch präventive Maßnahmen und die Anbindung der Suchtarbeit an den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz.

In der betrieblichen Suchtarbeit ist der Suchtberater mittlerweile zu einem wichtigen Akteur geworden und gehört mit zu einem Hilfesystem, das viele Betriebe den Betroffenen anbieten (siehe hierzu auch Abbildung 1).

Wesentlich ist dabei ist eine neue Ausbildung und Orientierung, die diese Entwicklung berücksichtigt. Um hier eine sach- und fachgerechte Unterstützung im Betrieb aufzubauen, hat das DGB-Bildungswerk die Ausbildung zum betrieblichen Suchtberater/zur betrieblichen Suchtberaterin konzipiert. Diese Ausbildung ist angelehnt an die von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) entwickelten »Qualitätsstandards zur betrieblichen Suchtprävention«.

Veränderungen in der betrieblichen Suchtprävention

Mit steigenden Belastungen verändert sich auch das Krankheitsspektrum: Nicht nur psychische Erkrankungen allgemein, sondern auch Suchterkrankungen im Betrieb nehmen in den letzten Jahren stetig zu. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, muss die Prävention in der betrieblichen Suchtarbeit stärker als bisher im Vordergrund stehen.

Abbildung 1: Von der Suchtkrankenhilfe zur Suchtprävention

Quelle: Rehwald/Reineke/Wienemann/Zinke 2007 (modifiziert)

Wichtig ist hier nicht nur die Aufklärung der Beschäftigten über den riskanten Konsum von Suchtmitteln, sondern auch das Entwickeln von Maßnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Hierzu gehört z.B. auch die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung zu körperlichen und psychischen Belastungen: Betriebe, die eine gezielte Suchtprävention betreiben wollen, sollten die Gefährdungsbeurteilung um die Beurteilung und den Abbau suchtförderlicher Arbeitsbedingungen erweitern. Aber auch die Qualifizierung der Führungskräfte kann eine wesentliche präventive Maßnahme darstellen: Es muss klar sein, dass die Führungskräfte die Verantwortung für das Führen von schwierigen Gesprächen im Stufenplan haben, und welche Unterstützungsmöglichkeiten durch den betrieblichen Suchtberater auch für die Führungskräfte gegeben werden können.

Die gesetzlichen Grundlagen bieten für die Suchtprävention eine gute Basis:

- Die Arbeitsstättenverordnung hat mit dem NichtraucherInnenenschutz bereits wichtige Zeichen gesetzt.

- Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (SGB IX) bietet die Möglichkeit, die Betroffenen wieder am Arbeitsplatz einzugliedern.
- Das Arbeitsschutzgesetz fordert mit dem Durchführen von Gefährdungsbeurteilungen körperlicher wie psychischer Belastungen die menschengerechte Gestaltung der Arbeit. Hierzu gehört auch der Abbau suchtförderlicher Arbeitsbedingungen.
- Die Unfallverhütungsvorschrift BGV A1¹ beinhaltet, dass die Beschäftigten sich selbst und andere nicht durch den Konsum von berauschenden Mitteln am Arbeitsplatz gefährden dürfen.

Den Betrieben werden somit viele Ansatzpunkte an die Hand gegeben, bei denen Fragen von Sucht und Abhängigkeit angesprochen werden können und müssen. So kann das Bewusstsein für diese Problematik bei allen Beteiligten (Führungskräften, Betriebs- und Personalräten, Arbeitsschützern, KollegInnen...) geschärft und zu einem Alltagsthema im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz werden.

Umsetzung in die Praxis – Erfolgsfaktoren für die betriebliche Suchtarbeit/Suchtprävention

Wir beobachten, dass sich die Umsetzung von präventiven Strategien in den Betrieben mittlerweile bemerkbar macht. Im Bereich der Alkoholproblematik zeigt sich, dass immer mehr Betriebe auf Alkoholverbote bzw. freiwillige Vereinbarungen zum Nichttrinken setzen. Das Angebot an Suchtmitteln wird verkleinert, verwendete Alkoholika, beispielsweise im Kantinenessen, werden deklariert. Somit besteht die Möglichkeit, den »Alkoholpegel« im Gesamtbetrieb herabzusenken, sodass frühe Interventionen möglich werden.

Aber es treten auch andere Themen als Alkohol in den Blickpunkt der heutigen Suchtberaterinnen und -berater. So haben wir eine Zunahme der Medikamentenproblematik, der Essstörungen und in manchen Bereichen auch von anderen, »harten« Drogen. Themen wie Arbeitsucht oder Internetsucht können heute aus der betrieblichen Suchtarbeit nicht mehr herausgehalten werden. Klar ist natürlich, dass diese

¹ Die BGV A1 ist die zentrale Basisvorschrift des berufsgenossenschaftlichen Vorschriftenwerks für die Prävention. Sie verzahnt das berufsgenossenschaftliche Satzungsrecht mit dem staatlichen Arbeitsschutzrecht.

Abbildung 2: Handlungsfelder in der betrieblichen Suchtarbeit



Quelle: eigene Darstellung

Probleme schon bei der Erkennung andere Herangehensweisen brauchen, als »nur« Alkoholabhängige zu begleiten.

Die Themen, die in der betrieblichen Suchtarbeit bearbeitet werden sollten, sind vielfältig. Für eine erfolgreiche betriebliche Suchtarbeit und auch Suchtprävention empfiehlt es sich für die Betriebe, einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen. Dabei geht es nicht nur um das Entwickeln von Maßnahmen in der konkreten Situation, bei der ein Betroffener auffällig geworden ist. Dieser ganzheitliche Ansatz ist wesentlich weitreichender: Hier geht es um die Vernetzung aller Gesundheitsthemen.

In der Literatur sind hierzu unterschiedliche Ansätze beschrieben worden. Wir beziehen uns in unserem Beitrag auf den Ansatz von Eggerding und Braun (2004), da dieser sich in der Praxis und vor allem in der Ausbildung der betrieblichen SuchtberaterInnen bewährt hat. Zudem basieren die Empfehlungen auf 63 ausgewerteten Betriebs- und Dienstvereinbarungen aus der betrieblichen Praxis, die somit einen Blick in die betriebliche Realität verschaffen. Für eine erfolgreiche betriebliche Suchtarbeit wird hier empfohlen, in vier unterschiedlichen Feldern zu agieren, die in der Abbildung 2 veranschaulicht werden.

Vom Gebrauch von Suchtmitteln geht eine Gefahr für die ArbeitnehmerInnen aus. Diese gilt es abzuwenden bzw. zu beseitigen. Dazu gehört, dass der Arbeitgeber und die betrieblichen AkteurInnen wie z.B. Betriebs-/Personalrat und auch die Suchtberatung in den genannten Feldern aktiv werden. Diese Felder sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

1. Umgang mit MitarbeiterInnen, die sich in einem Zustand akuter Rauschmitteleinwirkung befinden

Durch die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers (z.B. §3-6 ArbSchG, §618 BGB) ergibt sich der Handlungsbedarf in den Betrieben: Der berauschte Mitarbeiter stellt für sich und andere eine Gefahr dar und muss, aufgrund der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, vom Arbeitsplatz ggf. entfernt werden. In der betrieblichen Praxis gestaltet sich dies allerdings oftmals problematisch: In der Regel ist sich der Betroffene keiner Schuld bewusst und schätzt die Situation dementsprechend anders ein als der Vorgesetzte. Als Möglichkeit der Entlastung werden dem Betroffenen mittlerweile in vielen Betrieben Alkoholtests oder auch Drogenscreenings angeboten. Dabei gilt allerdings Vorsicht: Die Teilnahme an einem solchen Test ist freiwillig. Sie sollte lediglich zur Entlastung des Betroffenen dienen. Generelle Drogentests sollten ebenfalls mit Vorsicht behandelt werden. Dabei sollte vor allem von der betrieblichen Interessenvertretung hinterfragt werden, warum diese Tests durchgeführt werden. Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers erstreckt sich an diesem Punkt auch auf einen sicheren Heimweg des Betroffenen bis hinter die Wohnungstür.

2. Gebrauch von Rausch- und Suchtmitteln auf dem Betriebsgelände und während der Arbeitszeit

Während es in deutschen Betrieben weitestgehend ein Verbot des Konsums von harten Drogen, auch aufgrund des Betäubungsmittelgesetzes, gibt, so ist in der Praxis zu beobachten, dass dies für Medikamente i.d.R. nicht gilt, bzw. dass keine Regelungen zu diesem Punkt in Betriebs- und Dienstvereinbarungen existieren. Vereinzelt ist zu beobachten, dass Betriebe die Ausgabe von Medikamenten regeln. Hingegen ist das Thema: »Alkoholverbot ja oder nein?« nach wie vor brandaktuell und begleitet uns in jedem Ausbildungsgang immer wieder neu. Für viele Betriebe in Süddeutschland ist es normal, dass Alkoholika am Arbeitsplatz ausgeschenkt bzw. auch konsumiert werden dürfen. Für Betriebe im Rest der Bundesrepublik gelten in der Regel absolute Alkoholverbote.

Wichtig ist, dass dieser Punkt geregelt und geklärt wird, ob ein absolutes (kein Alkoholkonsum während der Arbeitszeit, kein Restalkohol) oder ein relatives Suchtmittelverbot (z.B. Verkauf im Betrieb ist nicht erlaubt; Konsum nur, wenn keine Gefährdung für sich selbst oder andere auftreten kann; Einschränkung gemäß §15 BGV A1) im Betrieb gilt.

3. Verfahrensweise des Betriebs mit suchtkranken MitarbeiterInnen (Stufenplan)

Das zentrale Handlungsfeld in der betrieblichen Suchtarbeit ist die Gestaltung des Stufenplans (oftmals auch Interventionskette genannt). In vielen Betriebs- und Dienstvereinbarungen bildet dieser das Herzstück der Vereinbarung, da hier der konkrete Umgang mit dem Betroffenen aufgezeigt ist. Ziel eines jeden Stufenplans ist die Verhaltensänderung des Betroffenen. Ein sehr gutes Beispiel für einen Stufenplan und eine detaillierte Beschreibung findet sich in diesem Band im Beitrag von Eva Zinke. Der Stufenplan soll auf den Betroffenen durch verschiedene aufeinander aufbauende Interventionsstufen einen konstruktiven Druck ausüben und somit eine Verhaltensänderung herbeiführen. In der Regel beginnen Stufenpläne mit einem Fürsorge- oder auch Klärungsgespräch, das noch nicht innerhalb des Stufenplans geführt wird. Kommt es danach zu weiteren Auffälligkeiten und insbesondere zur Verletzung von arbeitsvertraglichen Pflichten, so erfolgt der Einstieg mit einem ersten Gespräch innerhalb des Stufenplans. Dabei werden vom Vorgesetzten das Fehlverhalten des Betroffenen als Anlass des Gesprächs sowie beobachtete Auffälligkeiten und Verhaltensweisen angesprochen und inner- wie außerbetriebliche Hilfsmöglichkeiten angeboten. Wenn sich das Verhalten des Betroffenen nicht ändert, folgen weitere Gespräche. Die Gesprächsinhalte ähneln denen aus dem ersten Gespräch, jedoch werden i.d.R. der Teilnehmerkreis und auch die Sanktionen (Abmahnungen) bzw. die Auflagen (z.B. Besuch einer Beratungsstelle) erweitert. Von Stufe zu Stufe werden diese Auflagen und Sanktionen verschärft, sodass der Druck auf den Betroffenen immer größer wird und am Ende nur noch ein sehr eingeschränkter Handlungsspielraum besteht: Therapie oder Kündigung.

Viele Interessenvertretungen schrecken auf, wenn sie in der Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht im Betrieb feststellen, dass eine Kündigung für einen schwer suchtkranken Menschen oftmals der einzige Weg in die Genesung ist. Die meisten Betriebs- und Personalräte sehen sich hier in einem Loyalitätskonflikt, der nicht immer einfach zu bewältigen ist. In dem Beitrag von Sabine Heegner in diesem Band wird auf diese Problematik ausführlich eingegangen, da hier auch das Thema Co-Verhalten zu berücksichtigen ist.

Festzuhalten ist an diesem Punkt, dass dem Betroffenen nach ausgesprochener Kündigung und erfolgreicher Therapie eine Rückkehr auf den Arbeitsplatz unbedingt zu ermöglichen ist. Im Rahmen der Wie-

dereingliederung – auch für Suchtkranke gilt das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) – gilt es zudem, den Betroffenen gezielt und hilfreich zur Seite zu stehen. Bei der Rückkehr gilt es zu bedenken, dass Betroffene an bestimmten Arbeitsplätzen Belastungen ausgesetzt sind, die einen erneuten Suchtdruck ausüben können, dies sind z.B. bei Alkoholikern Hitze-arbeitsplätze, Schichtarbeit, Stress u.a. Daher ist hier die Hinzuziehung der Gefährdungsbeurteilung erforderlich.

Folgende Fragen gilt es zusätzlich zur Gestaltung des Stufenplans in diesem Themenfeld auf betrieblicher Ebene (vom Arbeitgeber und der betrieblichen Interessenvertretung) zu regeln bzw. zu gestalten:

- Soll das Verfahren in einer Betriebsvereinbarung festgehalten werden?
- Wie soll der Stufenplan/die Interventionskette gestaltet sein?
- Wie übernimmt die zuständige Führungskraft ihre Verantwortung?
- Wer spricht Auffälligkeiten an?
- Wie werden Auffälligkeiten angesprochen?
- Wie erfolgt die Wiedereingliederung? (BEM)
- Wie ist das Vorgehen bei erneutem Konsum?
- Wie erfolgt die Nachsorge?
- Gibt es eine Wiedereinstellungszusage nach erfolgter Kündigung?

4. Organisation der betrieblichen Suchtarbeit; Nutzung von Präventionsmöglichkeiten im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, um dem Entstehen von Suchterkrankungen entgegenzuwirken

Eine gute personelle und materielle Organisation leistet einen wesentlichen Beitrag für eine erfolgreiche betriebliche Suchtarbeit. Möchten Betriebe sich in diesem Feld gut aufstellen, sollten die folgenden Fragen berücksichtigt werden:

- Gibt es einen Arbeitskreis Sucht und welche Aufgaben hat dieser?
- Gibt es eine Verbindung zum Arbeitsschutzausschuss?
- Wie und was ist die Rolle der Führungskräfte? (Verantwortung!)
- Welche Rolle und Aufgaben hat die betriebliche Suchtberatung?
- Wie ist die Qualifizierung geregelt? (Suchtberatung, Führungskräfte, Beschäftigte)
- Wie ist die Organisation bei Beseitigung von Ursachen, die Suchtmittelkonsum fördern? (Anbindung an den Arbeitsschutz!)
- Welche weiteren Präventionsmaßnahmen sind geplant? (Zum Beispiel Aufklärung und Information über Gefährdungen durch Suchtmittel auf Betriebsversammlungen, Aushänge, Intranet)

- Ist eine regelmäßige Aktualisierung und Modifizierung der Betriebs-/Dienstvereinbarung geplant?

Der Arbeitskreis Sucht ist in vielen Unternehmen ein zentrales Steuerungsgremium in der betrieblichen Suchtarbeit. Teilnehmende können z.B. die betriebliche Suchtberatung, Führungskräfte, aber auch Arbeitsmediziner (als Berater) sein. Dieses Gremium kann die oben genannten Aufgaben gut steuern und koordinieren.

Die Betriebsvereinbarung Sucht ist eine wesentliche Basis für eine gute Suchtarbeit im Betrieb

Wie sich durch die Darstellung der vorangegangenen vier Themenfelder an mehreren Punkten gezeigt hat, bietet die Betriebsvereinbarung Sucht eine gute Grundlage für alle beteiligten AkteurInnen, mit dem Thema umzugehen. Hat die Betriebs- und Dienstvereinbarung alle in den vier Themenfeldern genannten Punkte geregelt, so bietet sich hier für alle AkteurInnen ein entscheidender Vorteil: Alle wissen, was wann von wem im Fall der Fälle zu tun ist! So sind Verantwortlichkeiten klar geregelt (z.B. Führungskräfte führen die Gespräche mit den Betroffenen), und die Aufgaben eines jeden einzelnen (z.B. die Rolle des Betriebs-/Personalrats und auch der betrieblichen Suchtberatung als weitere Ansprechpartner bzw. Berater) sind festgelegt.

Aber es gibt auch Betriebe, die keine Betriebs-/Dienstvereinbarung abgeschlossen haben und trotzdem eine gute und auch erfolgreiche Suchtarbeit leisten. In diesen Betrieben herrscht meistens eine gute Kultur im Umgang mit diesen Themen, und man findet i.d.R. auch »treibende« Akteure (oftmals Betriebs-/Personalräte), die sich des Themas angenommen haben.

Grundsätzlich möchten wir an diesem Punkt betonen, dass es für Betriebsvereinbarungen kein Rezept gibt. Eine Betriebsvereinbarung sollte sich immer an den jeweiligen betrieblichen Erfordernissen und Bedarfen orientieren. Musterbetriebsvereinbarung können hier positive Impulse geben, sollten aber nicht eins zu eins übernommen werden. Eine gute Orientierung bietet hier auch das Archiv Betriebs- und Dienstvereinbarungen der Hans-Böckler-Stiftung (www.boeckler.de/betriebsvereinbarungen)

Fazit: Es kommt auf die gute Vernetzung der Akteurinnen und Akteure der betrieblichen Suchtprävention an

Betrachtet man die Vielzahl der Aufgaben und zu berücksichtigenden Themenfelder, so scheint es offensichtlich, dass alle betrieblichen Akteure mehr über Sucht und Abhängigkeit, über suchtgefährdende Arbeitsbedingungen und psychische Belastungen wissen müssen, damit die Prävention mit gutem Sachverstand betrieben und die betriebliche Suchtarbeit aus der »Schmuddelecke« herausgeholt werden kann. Gleichzeitig ist eine verstärkte Anbindung der Suchtprävention an das betriebliche Gesundheitsmanagement zwingend erforderlich. Nur durch die Verknüpfung mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz, dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung sind gezielte präventive Maßnahmen möglich.

Auch die Fragen der Verantwortung müssen geklärt werden. Es gibt immer noch eine große Neigung, eine Person im Betrieb als betriebliche SuchtberaterIn auszubilden und dann alle Suchtprobleme, einschließlich der Führung peinlicher Gespräche, bei dieser Person abzuladen. Das reicht nicht aus und wird der Problematik nicht gerecht.

Die Suchtberater als betriebliche Ansprechpersonen für Suchtfragen müssen eine entscheidende Rolle spielen: Nach dem heutigen Verständnis sollen sie in der betrieblichen Suchtarbeit eine Lotsenfunktion einnehmen. Dies bedeutet, dass sie, neben der Begleitung der Betroffenen und der verantwortlichen Führungskräfte, sämtliche Aktivitäten in der betrieblichen Suchtarbeit einschließlich der betrieblichen Suchtprävention steuern und koordinieren, ein inner- und außerbetriebliches Kooperationsnetz aufbauen und eine Einbindung des Themas Sucht in das gesamte betriebliche Geschehen erreichen. Grundlage hierfür sind Betriebsvereinbarungen, die einerseits den Umgang mit Betroffenen regeln, andererseits aber auch präventive Maßnahmen im Sinne eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements beinhalten.

Das Aufgabenfeld ist breit gefächert und sollte nicht nur auf eine Person im Betrieb »abgewälzt« werden. Für verantwortliche Personen in diesem Bereich ist eine umfassende Ausbildung erforderlich. Wesentlich ist der Wechsel vom »alten« Verständnis, das den Schwerpunkt auf die Begleitung der Betroffenen legt, hin zu einem »neuen« Verständnis, welches das Entwickeln von Strategien und Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention in den Mittelpunkt stellt.

Literatur

- DAK (Hrsg.) (2009): Gesundheitsreport 2009: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Doping am Arbeitsplatz. Hamburg.
- Eggerdinger, Christa/Braun, Heinz (2004): Betriebs- und Dienstvereinbarungen Sucht und Suchtmittelmissbrauch – Analyse und Handlungsempfehlungen. Frankfurt a.M.: Bund Verlag.
- Rehwald, Rainer/Reineke, Gabi/Wienemann, Elisabeth/Zinke, Eva (2007): Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe, Handbuch der IG Metall. Frankfurt a.M.: Bund Verlag.

Christoph Kröger/Monika Nowak/Katharina Heilmann Der Stellenwert von Tabak- konsum in der betrieblichen Suchtprävention

Rauchen und die damit verbundenen Folgeerkrankungen gehören zu den größten Gesundheitsproblemen unserer Zeit. Raucherinnen und Raucher schädigen nicht nur ihre eigene Gesundheit durch aktives Rauchen, sondern Tabakrauch stellt auch für passiv rauchende Personen eine Gesundheitsgefahr dar. Unter anderem durch gesetzliche Vorgaben (z.B. Nichtraucherschutz in § 5 der Arbeitsstättenverordnung) ist Rauchen immer weiter in die öffentliche Diskussion geraten und schon lange keine private Angelegenheit mehr. Trotz des Drucks, der auf den Rauchern lastet, fällt es vielen Betroffenen schwer, das Rauchverhalten zu ändern. In diesem Artikel werden aktuelle Erkenntnisse zu den Folgen des Rauchens, zur Psychologie des Rauchens und zu Hilfsmaßnahmen für die Beendigung des Rauchens dargestellt.

Folgen des Rauchens für die Gesundheit der Raucher

Die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe können verschiedenste gesundheitliche Folgeschäden als Konsequenzen haben.

Bis zu 20% aller Krebserkrankungen können auf das Rauchen zurückgeführt werden, bei Lungenkrebs sind es sogar bis zu 90% der Krankheitsfälle bei Männern bzw. bis zu 60% bei Frauen. Bereits gering zusätzliche Belastungen durch beispielsweise Radon oder Asbest führen zu einer weiteren gravierenden Steigerung des Erkrankungsrisikos von Lungenkrebs, dem gleich belastete Nichtraucher nicht ausgesetzt sind (Gustavsson u.a. 2002; Darby u.a. 2005).

Häufiger als Krebserkrankungen treten Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems als Folge des Rauchens auf. Das Risiko, an einer beliebigen kardiovaskulären Erkrankung zu erkranken, ist für Raucher zwei-

bis vierfach erhöht. Durch die veränderte Fließeigenschaft des Blutes verdoppelt der Tabakkonsum das Risiko für Schlaganfälle. Insgesamt entfallen etwa 40% der jährlichen Todesfälle, die auf das Rauchen zurückzuführen sind, auf Herz-Kreislaufkrankungen. Bis zu 30% der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in unserer Gesellschaft könnten durch das Nichtrauchen vermieden werden.

90% der chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen sind auf das Rauchen zurückzuführen (Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ, 2009a). Das Inhalieren des Tabakrauches führt zu einem Verlust an bronchialen Flimmerhärchen, vermehrter Schleimproduktion sowie zu einer Zerstörung der Lungenbläschen und somit zu vermehrten Atemwegserkrankungen.

Raucher haben ein erhöhtes Risiko, an Depressionen oder Angststörungen zu erkranken (Breslau/Novak/Kessler 2004).

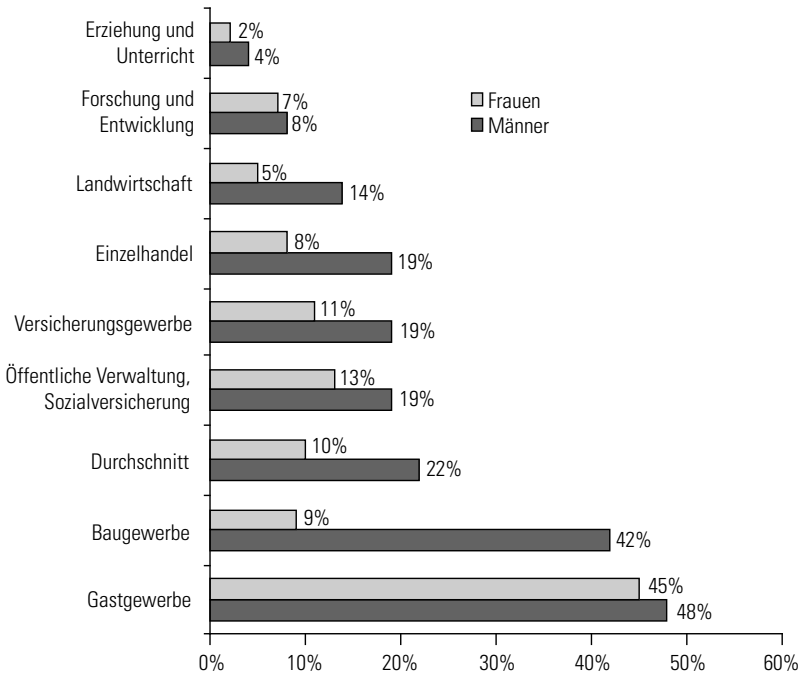
Neben den direkt verursachten Krankheiten führt Tabakrauch auch zu einer verlangsamten Wundheilung, erhöhten Operationsrisiken und längeren Rehabilitationsaufenthalten. Außerdem reduziert es die Heilungschancen mit der Gefahr von gravierenden Exazerbationen (Krankheitsschüben) (Rallidis u.a. 2005; Fiore u.a. 2008; Lightwood/Glantz 1997; Suskin u.a. 2001; Reid u.a. 2003). Dies bedeutet in der weiteren Folge längere krankheitsbedingte Ausfallzeiten von Rauchern.

Diese genannten Folgen des Rauchens sind teilweise reversibel, und besonders die Risiken, an den genannten Folgen zu erkranken, können durch einen Rauchstopp gesenkt werden und sich teilweise sogar wieder den Risiken eines Nichtrauchers angleichen. Beispielsweise halbiert ein Rauchstopp das Risiko eines Reinfarktes und eines Schlaganfalls. Zudem senkt ein Rauchstopp das Lungenkrebsrisiko und verlängert die Lebenszeit (Lauterbach/Stock 2004; DKFZ 2008).

Folgen des Passivrauchens

Nur etwa ein Viertel des Tabakrauches wird vom Raucher selbst eingeatmet, der restliche Rauch, der so genannte Nebenstromrauch, verglimmt in die Raumluft und enthält dieselben giftigen und krebserregenden Inhaltsstoffe wie der vom Raucher inhalierte Hauptstromrauch. Dabei sind die Folgen von Passivrauch bei langfristiger Exposition vergleichbar mit den akuten und chronischen Gesundheitsschäden von aktiven Rauchern, auch wenn die Schäden insgesamt seltener auf-

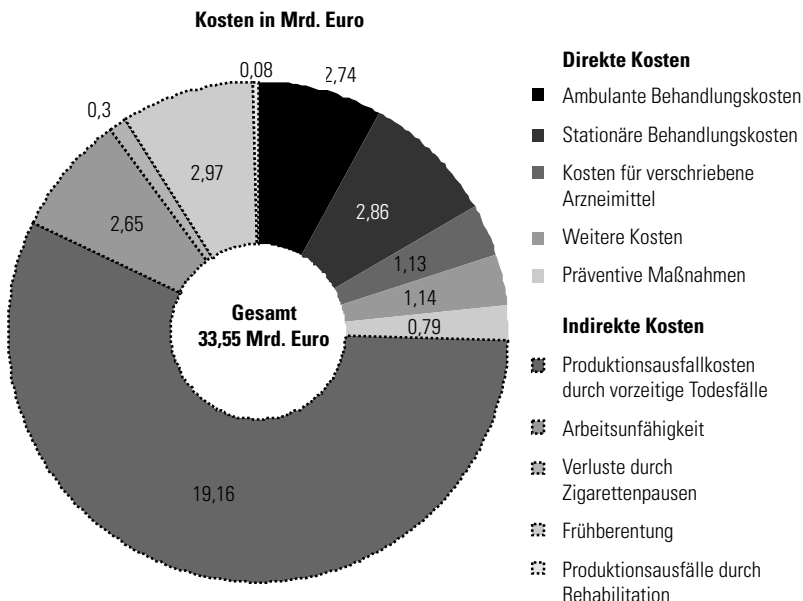
Abbildung 1: Tabakrauchbelastung nach Arbeitsplatz



Quelle: DKFZ 2007 und 2009a; Daten: BIBB/BAUA, Erwerbstätigenbefragung 2006

treten. Nach Schätzungen des Deutschen Krebsforschungszentrums (2005) sterben in Deutschland jährlich mindestens 3.300 Menschen an verschiedenen Erkrankungen, die durch das Passivrauchen hervorgerufen werden (koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Lungenkrebs, COPD, plötzlicher Kindstod). Über 70% dieser Todesfälle entfallen auf Frauen.

An ihrem Arbeitsplatz sind 31% der Männer und 14% der Frauen Tabakrauch ausgesetzt (GEDA-Studie, Lampert/List 2010). Männer und Frauen aus dem Gastgewerbe sind mit 45% bzw. 48% am häufigsten von Tabakrauch am Arbeitsplatz betroffen (DKFZ 2007 und 2009a) (siehe Abbildung 1).

Abbildung 2: Kosten der BRD 2007 auf Grund von tabakbedingten Erkrankungen

Daten: DKFZ 2009

Folgen des Rauchens für die Volkswirtschaft

Im Jahr 2007 entstanden der Bundesrepublik Deutschland 33,55 Milliarden Euro Kosten, die auf Tabakrauch zurückzuführen sind (DKFZ 2009). Diese Kosten setzen sich aus direkten und indirekten Kosten zusammen (siehe Abbildung 2). Die direkten Kosten erfassen die im Gesundheitssektor auf Grund von tabakbedingten Krankheiten verbrauchten Güter und Dienstleistungen (z.B. Medikamente und Operationen) sowie Kosten für Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen. In den indirekten Kosten werden alle Bereiche erfasst, die infolge von tabakbedingten Erkrankungen zu Lasten der Volkswirtschaft entstehen. Diese umfassten im Jahr 2007 24,89 Milliarden Euro und machen damit etwa Dreiviertel der Gesamtkosten aus.

Zu diesen direkt auf das Rauchen zurückführbaren Kosten addieren sich intangible Kosten, wie der Verlust an Lebensqualität, und nicht zurückführbare Kosten, wie zum Beispiel Rauchschäden. Da sich diese

nicht in Zahlen bemessen lassen, werden die Gesamtkosten als eher unterschätzter Wert angesehen (DKFZ, 2009).

Es zeigt sich auch, dass Raucher höhere Fehlzeiten aufweisen. Studien berichten teilweise von doppelt so hohen Ausfallzeiten bei Rauchern wie bei Nichtrauchern (Stewart u.a. 2003; Halpern u.a. 2001). Diese Kosten und Ausfälle gehen zu Lasten der Volkswirtschaft, dies wird durch die individuellen Folgen des Rauchens weiter gesteigert.

Psychologie des Rauchens

Trotz der gravierenden Kosten für das Individuum und die Gesellschaft rauchen etwa 29% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland (Pabst et al., 2010). Um das Verhalten von Rauchern und deren Schwierigkeiten, mit dem Rauchen aufzuhören, zu verstehen, wird im Folgenden skizziert, warum Menschen rauchen.

Positive Effekte des Rauchens

Die erste Zigarette wird meistens aus Neugier geraucht. Mit einer Zigarette in der Hand fällt es Jugendlichen subjektiv leichter, Kontakt aufzunehmen oder sich in eine Gruppe zu integrieren; man fühlt sich erwachsener und selbständiger. Aufgrund der natürlichen Abwehrreaktion ihres Körpers, die sich durch unangenehme Symptome wie Magenbeschwerden, Übelkeit oder Kopfschmerzen zeigt, bleibt es bei den meisten Jugendlichen beim Probieren. Wenn ein Mensch kontinuierlich weiterraucht, entwickelt sein Körper eine Toleranz gegenüber den unangenehmen körperlichen Effekten des Nikotins, sodass er sich mehr auf die angenehmen psychischen und körperlichen Effekte des Rauchens konzentrieren kann. Diese wirkungsvolle Kombination der psychischen und körperlichen Effekte des Nikotins trägt dazu bei, dass das Rauchen zur Gewohnheit wird. Für einen Raucher, der sich an die Wirkung des Nikotins gewöhnt hat, gibt es viele subjektive Gründe weiterzurauchen. Durch das Nikotin wird das Belohnungszentrum im Gehirn stimuliert. Die biologische Wirkung des Nikotins im Gehirn wird von dem Raucher als Entspannung, Lustempfinden, Freude, Genuss und Spaß erlebt. Darüber hinaus kann das Ritual des Rauchens selbst sowie die durch das gemeinsame Rauchen erlebte Gruppenzugehörigkeit die positiven Effekte des Rauchens verstärken. Hinzu kommen weitere, positive Konsequenzen des Rauchens wie die Anerkennung

von Seiten anderer Raucher oder die Bildung einer eigenen Identität als Raucher. Raucher berichten darüber hinaus, dass das Rauchen ihnen hilft, Kontakt aufzunehmen und zwischenmenschliche Beziehungen aufrechtzuerhalten sowie ihre Zeit durch Zigarettenpausen zu strukturieren (Kröger/Lohmann 2007). Kurzfristig kann sich durch eine Nikotinzufuhr die Leistung in den Bereichen Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis, Reaktionszeit und Feinmotorik sowohl bei Rauchern als auch bei Nichtrauchern verbessern, längerfristig besteht jedoch das Risiko einer Nikotinabhängigkeit, die mit Entzugserscheinungen einhergeht, die wiederum die kognitive Leistung unvorhersehbar beeinflussen (Heishman u.a. 2010).

Warum ist es so schwer aufzuhören?

Das Abhängigkeitspotenzial von Nikotin ist sehr hoch. Das liegt zum einen daran, dass das Nikotin seine Wirkung im Gehirn sehr schnell entfaltet, weil es über die Lunge den schnellsten Weg zu den Rezeptoren im Belohnungszentrum findet. Das bedeutet, dass der Raucher durch das Rauchen einer Zigarette rasch eine Veränderung seiner Stimmung erzielen kann. Das Nikotin hat eine anregende und eine beruhigende Wirkung. Es kann sowohl Angst hemmend, Stress reduzierend, entspannend, Stimmung aufhellend als auch Leistung steigernd und aufputschend wirken. Durch den regelmäßigen Konsum entstehen immer mehr Rezeptoren im Gehirn, weshalb immer größere Mengen an Nikotin notwendig sind, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Wenn der Raucher seinem Körper kein Nikotin zuführt, entstehen unangenehme körperliche und psychische Symptome wie Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit oder Unzufriedenheit. Diese lassen sich durch das weitere Rauchen vorübergehend reduzieren, was vom Raucher als angenehm empfunden wird. Der Raucher empfindet sich subjektiv nach dem Rauchen einer Zigarette belastbarer, wacher, leistungsfähiger und ausgeglichener. So gerät das Rauchen unter negative Kontrolle, weil der Raucher weiterrauht, um die durch das Rauchen selbst erzeugten, negativen, psychischen und somatischen Zustände zu vermeiden oder diese zu reduzieren (körperliche Komponente der Nikotinabhängigkeit) (Kröger/Lohmann 2007).

Das Nikotin stimuliert darüber hinaus einen Hirnbereich, der an Lernvorgängen beteiligt ist. Bei Rauchern werden bestimmte Situationen (eine Zigarette nach dem Essen), Gerüche (Geruch des Kaffees am Morgen), Tätigkeiten (telefonieren, Zeitung lesen) oder der Anblick

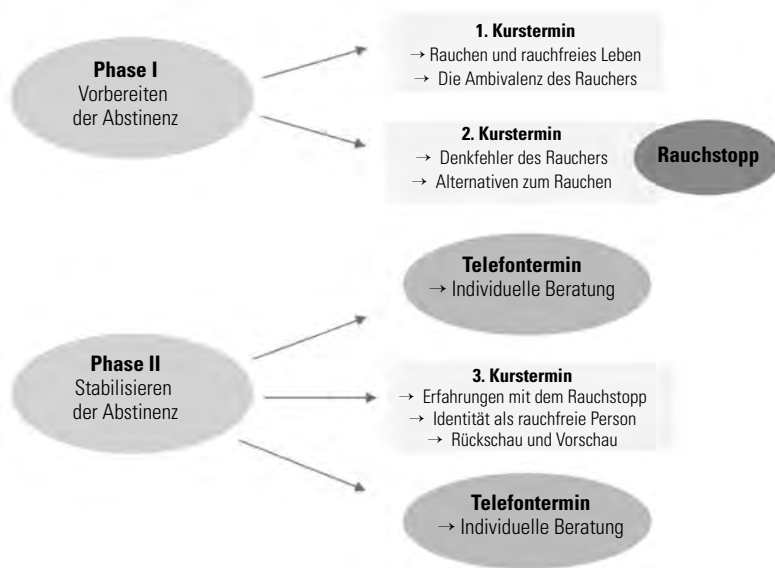
einer Zigarette (z.B. in einem Film) mit dem Rauchen in Verbindung gebracht. In Folge der so genannten Konditionierungsprozesse können alleine diese Situationen bei den Rauchern Lust und Vorfreude sowie die Assoziation mit der positiven Wirkung des Nikotins auslösen, was wiederum das Verlangen nach einer Zigarette hervorruft (psychische Komponente der Abhängigkeit). Dieser Prozess erschwert einerseits den Ausstieg und andererseits die Aufrechterhaltung der Abstinenz (DKFZ 2009).

Maßnahmen zur Einschränkung des Tabakkonsums

§5 in der Verordnung über Arbeitsstätten befasst sich mit dem Nicht-raucherschutz und fordert den Arbeitgeber auf, Maßnahmen zu treffen, um die nicht rauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten vor Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch zu schützen. Dies ist mit Hilfe eines allgemeinen oder bereichsbeschränkten Rauchverbots möglich. Bei Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr sind Maßnahmen im Rahmen der Möglichkeiten des Betriebes ausreichend. Wie die Maßnahmen zum Nichtraucherchutz gestaltet werden, ist nach §87 Abs.1 Nr.1 des Betriebsverfassungsgesetzes mit dem Betriebsrat zu vereinbaren, da diese Maßnahmen als mitbestimmungspflichtig eingestuft werden.

Der Gesetzgeber fordert die Betriebe damit auf, Maßnahmen einzuleiten, die das Rauchen am Arbeitsplatz einschränken. Die Schrift »Rauchfrei am Arbeitsplatz – Ein Leitfaden für Betriebe« zeigt, wie dieses Ziel zu erreichen ist. Der Leitfaden beinhaltet unter anderem Gründe für den Nichtraucherchutz am Arbeitsplatz, Gesetzesgrundlagen, Maßnahmen der Tabakentwöhnung, praktische Hinweise zur Umsetzung und Hilfsmaterialien (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA, 2006) und kann bei der Umsetzung und Einleitung von Maßnahmen nützlich angewendet werden.

Der Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, endet meist mit einem Rückfall. Das Rückfallrisiko kann durch Hilfsmaßnahmen für den Raucher deutlich reduziert werden. Die Erfolgsquote solcher multimodal, verhaltenstherapeutisch orientierter Programme liegt zwischen 30 und 40%, die nach sechs Monaten noch nicht wieder angefangen haben zu rauchen, gegenüber 3 bis 5% bei Aufhörversuchen ohne Hilfsmittel (Gradl u.a. 2009). Eine in Deutschland weit verbreitete Entwöhnungsmaßnahme ist das Rauchfrei Programm des IFT Institut für Thera-

Abbildung 3: Aufbau der Kompaktversion des Rauchfrei Programms

pieforschung, das in Kooperation mit der BZgA entwickelt wurde und dessen Effektivität kontinuierlich überprüft wird (www.rauchfrei-programm.de). Das Programm beginnt mit dem Aufbau bzw. der Verstärkung der Motivation zum rauchfreien Leben sowie der Vorbereitung des Rauchstopptages. In der zweiten Phase nach dem Rauchstopp wird das rauchfreie Verhalten der Teilnehmer stabilisiert (Abbildung 3). Das Programm umfasst drei Kurstermine mit 180 Minuten und zwei Telefontermine und kann somit in einem Zeitraum von drei Wochen durchgeführt werden.

Literatur

Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) vom 12. August 2004 (BGBl. I S. 2179), die zuletzt durch Artikel 4 der Verordnung vom 19. Juli 2010 (BGBl. I S. 960) geändert worden ist. Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/arbsta_tv_2004/index.html. (Stand: 6.10.2010).

Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) in der Fassung der Bekanntmachung

- vom 25. September 2001 (BGBl. I S. 2518), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist. Verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/betrvg/index.html>. (Stand: 6.10.2010).
- Breslau, N./Novak, S.P./Kessler, R.C. (2004): Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders, in: *Psychological Medicine*, 34, S. 323-333.
- Bundesministerium für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2006): *Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe*. Köln: BZgA.
- Darby S. u.a. (2005): Radon in homes and risk of lung cancer: collaborative analysis of individual data from 13 European case-control studies, in: *British medical journal*, 330, S. 223-226.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2005): *Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko*. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2007): *Erhöhtes Gesundheitsrisiko für Beschäftigte in der Gastronomie durch Passivrauchen am Arbeitsplatz*. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2008): *Durch Rauchen und Passivrauchen verursachte Krebserkrankungen*. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2009): *Die Kosten des Rauchens für Gesundheitswesen und Volkswirtschaft in Deutschland*. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2009a). *Tabakatlas Deutschland 2009*. Heidelberg.
- Fiore, M.C./Jaén, C.R./Baker, T.B. u.a. (2008): *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, May 2008. Verfügbar unter: www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic. (Stand: 6.10.2010).
- Gradl, S./Kröger, C./Flöter, S./Piontek, D. (2009): Der Transfer theoretischer Richtlinien in die Praxis: Evaluation eines modernen Tabakentwöhnungsprogramms, in: *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 30(2), S. 169-185.
- Gustavsson, P./Nyberg, F./Pershagen, G./Schéele, P./Jakobsson, R./Pato, N. (2002): Low-Dose Exposure to Asbestos and Lung Cancer: Dose-Response Relations and Interaction with Smoking in a Population-based Case-Referent Study in Stockholm, Sweden, in: *American Journal of Epidemiology*, 155 (11), S. 1016-1022.
- Halpern, M.T./Shikiar, R./Rentz, A.M./Khan Z.M. (2001): Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity, in: *Tobacco Control*, 10, S. 233-238.
- Heishman, S.J./Kleykamp, B.A./Singleton, E.G. u.a. (2010): Meta-analysis of the acute effects of nicotine and smoking on human performance, in: *Psychopharmacology*, 210 (4), S. 453-469.
- Kröger, C./Lohmann, B. (2007): *Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen.
- Lampert, T./List, S.M. (2010): *Gesundheitsrisiko Passivrauchen*. Hrsg. vom

- Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 3/2010 www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 18.6.2010).
- Lauterbach, K.W./Stock, S. (2004): Volkskrankheiten – nicht heilbar, aber vermeidbar?, in: Die Ersatzkasse, S. 352-356.
- Lightwood, J.M./Glantz, S.A. (1997): Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke, in: *Circulation*, 96 (4), S. 1089-1096.
- Pabst, A./Piontek, D./Kraus, L./Heishman u.a. (2010): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009, im Druck.
- Rallidis, L.S./Hamodraka, E.S./Foulidis, V.O./Pavlikis, G. P. (2005): Persistent smokers after myocardial infarction: a group that requires special attention, in: *International Journal of Cardiology*, 100, S. 241-245.
- Reid, M.E./Marshall, J.R./Roe, D./Lebowitz, M./Alberts, D./Battacharyya, A.K./Martinez, M.E. (2003): Smoking exposure as a risk factor for prevalent and recurrent colorectal adenomas. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, Oct. 12 (10), S. 1006-1011.
- Stewart, W.F./Ricci, J.A./Chee, E./Morganstein, D. (2003): Lost Productive Work Time Costs From Health Conditions in the United States: Results From the American Productivity Audit, in: *Journal of occupational and environmental medicine*, 45, S. 1234-1246.
- Suskin, N./Sheth, T./Negassa, A./Yusuf, S. (2001): Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction, in: *Journal of the American College of Cardiology*, 37 (6), S. 1677-82.
- U.S. Department of Health and Human Services (2004): *The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.

| Netzwerke

Hans-Dieter Knöbel

Verbindungen herstellen, Systeme nutzen

Der LWL-Fachdienst für betriebliche Suchtprävention

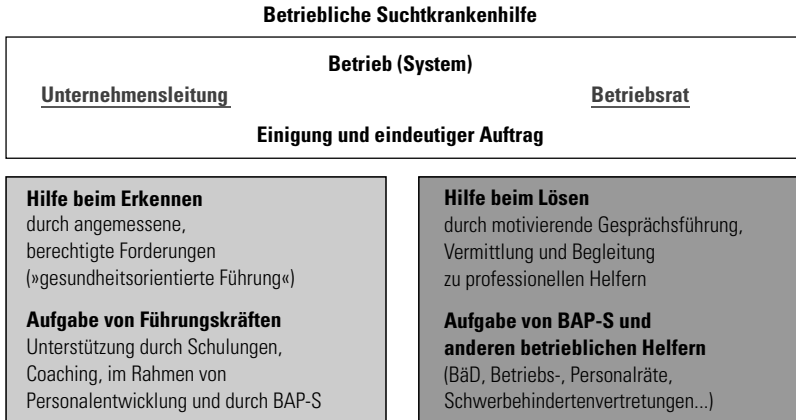
Der LWL-Fachdienst (LWL = Landschaftsverband Westfalen-Lippe) für betriebliche Suchtprävention umfasst zweieinhalb Stellen und hat seinen Sitz im LWL Rehabilitationszentrum Ostwestfalen in der Bernhard-Salzmänn-Klinik in Gütersloh. Auftraggeber ist das LWL-Integrationsamt Westfalen in Münster. Seine Aufgabe besteht darin, Betriebe und Verwaltungen in Westfalen-Lippe beim Aufbau betrieblicher Suchthilfe- und Suchtpräventionsprojekte zu beraten und zu begleiten. In diesem Zusammenhang bietet er eine Ausbildung zum/zur Betrieblichen Ansprechpartner/in-Sucht (BAP-S) an.

Wie wir alle wissen, ist der Einzelne im Umfeld von Betroffenen sehr schnell überfordert, wenn es darum geht, Suchtkranken zu helfen. Wir wissen auch, dass es hilfreich wäre, wenn alle Beteiligten an einem Strang und möglichst auch in dieselbe Richtung ziehen würden, was leider in der Praxis häufig nicht geschieht. Es sollte also einen (systemischen) Prozess geben, in dem zwei unverzichtbare Formen von Hilfe geleistet werden können:

- Hilfe beim Erkennen, dass es überhaupt ein Problem gibt, denn ohne irgendein Problem zu haben, kommt niemand auf die Idee, irgendwelche Hilfen in Anspruch zu nehmen
- Hilfe beim Konkretisieren, Akzeptieren und Lösen eines (Sucht-) Problems.

Jeder Betrieb ist ein System und erfüllt eigentlich alle Bedingungen, die die betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention benötigen. Hier gibt es Akteure, die aufgrund gesetzlicher Regelungen und aufgrund ihrer arbeitsvertraglichen Pflichten handeln müssen.

Es gibt am Arbeitsplatz überprüfbare, klare Spielregeln, den Arbeitsvertrag mit seinen Pflichten und Nebenpflichten, und es gibt die Führungsebene, die für die Einhaltung und Überprüfung dieser Pflichten

Abbildung 1: Suchtkrankenhilfe im System des Betriebs

Quelle: LWL-Integrationsamt Westfalen, Fachdienst für betriebliche Suchtprävention

verantwortlich ist. Die Geschäftsleitung muss sich gemeinsam mit dem Betriebsrat dafür entscheiden, diese Bedingungen auch für die betriebliche Suchtkrankenhilfe zur Verfügung zu stellen, d.h. die Entscheidungsträger müssen deutlich machen, dass die originären Pflichten der einzelnen Akteure auch im Zusammenhang mit möglichen Suchtproblemen gelten.

Wir erleben immer wieder, dass Führungskräfte, Interessenvertretungen und Kolleginnen und Kollegen keine Probleme haben, Gespräche mit auffälligen Mitarbeitern bzw. Kollegen zu führen. Wenn allerdings der Verdacht besteht, dass die Ursachen für die Auffälligkeiten mit einem Suchtmittel oder süchtigem Verhalten in Zusammenhang stehen könnten, dann wird dasselbe Gespräch nicht mehr geführt oder man sucht nach jemandem, der es besser kann (»Wer löst mir jetzt endlich mal das Problem meines Mitarbeiters, Kollegen etc.«).

Führungskräfte stehen bei allen Auffälligkeiten in besonderer Verantwortung. Es ist ihre gesetzliche Pflicht, z.B. Unfall- und Arbeitsschutzbestimmungen zu berücksichtigen, es ist ihre arbeitsvertragliche Pflicht, einen reibungslosen Betriebsablauf zu gewährleisten, und es ist ihre gesetzliche und arbeitsvertragliche Pflicht, sich um ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu kümmern (Fürsorgepflicht). Führungskräften ist das allerdings oft nicht klar. Insbesondere ist vielen nicht klar, dass ihre Pflichten auch im Zusammenhang mit Suchtproblemen gel-

ten. Hier ist ein eindeutiger Auftrag der Unternehmensleitung erforderlich, durch den alle Beteiligten ausdrücklich aufgefordert werden, diese Pflichten auch im Zusammenhang mit einer möglichen Sucht- oder psychischen Erkrankung wahrzunehmen.

Ein solches eindeutiges Signal, z.B. eine Betriebsvereinbarung, hinter der die Unterzeichner stehen, zeigt Führungskräften aber auch, dass sie Rückendeckung von beiden Seiten bekommen, ja sogar einfordern können, wenn sie sich entsprechend verhalten. Wenn sie auf angemessene Art berechnete Forderungen stellen, entsteht für Betroffene die Notwendigkeit, sich mit dem eigenen Verhalten, ggf. auch Konsumverhalten, auseinanderzusetzen und sich zu verändern. Dieser Prozess ist sehr häufig die oben genannte Hilfe beim Erkennen, dass es ein Problem gibt, und beim Erkennen, dass Hilfe zu seiner Lösung nötig ist. Führungskräften ist meist nicht bewusst, welche riesige Chance sie haben, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit allen möglichen, insbesondere aber auch Suchtproblemen, auf diese Weise wirksam und frühzeitig zu helfen. Hier ist es allerdings unverzichtbar, dass Führungskräfte sich mit der Problematik Sucht in ausführlichen Schulungen auseinandersetzen und lernen, angemessen mit betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umzugehen und Gespräche zu führen. In den Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der DHS spielt der Begriff »gesundheitsorientiertes Führen« eine große Rolle. Diesem Ziel kommt man mit solchen Schulungen ganz sicher näher.

Nach den Erfahrungen des LWL-Fachdienstes sollten solche Schulungen einen Umfang von mindestens eineinhalb Tagen haben. Auch Angebote des individuellen Coachings von außen oder durch betriebliche Ansprechpartner-Sucht (BAP-S) sind sinnvoll.

Während früher in Führungskräftebildungen viel über Suchtkrankheiten, ihre Auswirkungen und ihre Erscheinungsformen gesprochen wurde, wird heute fast ausschließlich über Auffälligkeiten und Veränderungen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gesprochen, völlig unabhängig davon, ob diese mit Sucht zusammenhängen oder andere Ursachen haben. Der Fachdienst ermutigt Führungskräfte, keine Diagnosen zu stellen, sondern ihr eigenes Problem zu sehen und anzugehen. Das ist das Recht und die Pflicht einer Führungskraft, und das sollte sie eigentlich auch können. Wir alle wissen aber, wie schwer sie sich damit tun, siehe den Ausspruch von Norbert Blüm: »Wir müssen alle den Gürtel enger schnallen, und jeder fummelt am Gürtel des anderen herum.«

Führungskräfte empfinden es als echte Erleichterung, wenn sie sich nicht in die Probleme ihrer Mitarbeiter einmischen müssen, sondern sich um den eigenen Gürtel kümmern und den Gürtel des Mitarbeiters ihm selbst und dafür ausgebildeten Helfern überlassen dürfen.

Die Forderung, Organisation und Umsetzung des oben Beschriebenen ist Aufgabe der betrieblichen Entscheidungsträger. Der Fachdienst erlebt es aber nicht selten, dass betriebliche Suchtkrankenhelfer den Auftrag bekommen, Führungskräftebildungen zum Thema Sucht, die natürlich einen hohen Anteil an Gesprächsführung haben müssen, zu organisieren. Es ist schon häufiger vorgekommen, dass man gleichzeitig der Personalentwicklung den Auftrag erteilt hat, Schulungsmodulare zum Thema Konfliktlösung und zum Führen von anderen Mitarbeitergesprächen zu veranstalten. Die Führungskräfte sind dann äußerst ungehalten, weil sie in kurzem Abstand Schulungen mit z. T. identischen Inhalten besuchen sollen.

So etwas kann man vermeiden, wenn man Aufgaben dort erledigen lässt, wo sie auch hingehören. Die Planung und Organisation, z. B. zum Thema »Soziale- und Führungskompetenz« – und dazu gehören auch Suchtschulungen – ist Aufgabe der Personalentwicklung. Die betriebliche Suchtkrankenhilfe muss sich in solche betrieblichen Systeme einbinden und ihre Ressourcen nutzen.

Wenn Führungskräfte sich auf Auffälligkeiten und nicht auf Diagnosen konzentrieren, werden sie Menschen mit Suchtproblemen, aber auch Menschen mit psychischen Problemen früher erreichen. Hier sind sie auf die Unterstützung von Helfern angewiesen. Solche Helfer gibt es bereits in jedem Betrieb. Ihre Aufgabe ist es, Mitarbeitern zu helfen, wenn sie es nicht mehr allein schaffen, den Anforderungen gerecht zu werden. Das sind Betriebs- und Personalräte, Schwerbehindertenvertretungen, Vertrauensleute, Gleichstellungsbeauftragte, Betriebsärzte, Arbeitssicherheitsfachkräfte etc. Das sind vor allem aber auch ausgebildete Betriebliche Ansprechpartner-Sucht. Eine Vernetzung aller Helfer untereinander, aber auch eine Vernetzung mit außerbetrieblichen Einrichtungen ist besonders für die betriebliche Suchtkrankenhilfe unverzichtbar.

Vernetzung nach innen

Entscheidend für Suchtleute ist es, zu schauen, wo sie sich im Betrieb mit ihrer Thematik einbinden und wo sie auf andere, bereits bestehende Netzwerke zurückzugreifen können, z.B. die Netzwerke von Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung, Betriebsärzten, dem Arbeitssicherheitsausschuss, Arbeitskreise der betrieblichen Gesundheitsförderung, Gesundheitszirkel, BEM-Team etc.

In solchen Gremien sollte man jedoch darauf achten, dass das Thema Sucht ernst genommen wird und man Sitzungen ggf. ausschließlich diesem Thema widmet und es nicht nur nebenbei abhandelt. Gelingt das nicht, ist es sinnvoll, einen eigenständigen Arbeitskreis Sucht zu installieren, der die Aufgaben plant und koordiniert.

Vernetzung nach außen

Für die konkrete Hilfe für Betroffene ist es nötig, sich mit Beratungsstellen, Kliniken und Selbsthilfegruppen zu vernetzen. Für die Psychohygiene haben sich Instrumente wie der kollegiale Austausch, kollegiale Fallberatung, Supervision, Kontakte zu Ansprechpartnern anderer Betriebe (regionale Arbeitskreise etc.) als hilfreich erwiesen (Abbildung 2).

Sucht stagniert auf hohem Niveau, psychische Probleme und Komorbidität nehmen deutlich zu. In solchen Situationen, die die Möglichkeiten der betrieblichen Suchtkrankenhilfe sprengen, ist eine Vernetzung mit regionalen Integrationsfachdiensten etc. unerlässlich.

Ausbildung des LWL-Fachdienstes zum Betrieblichen Ansprechpartner-Sucht (BAP-S)

Auf Einzelheiten unserer Konzeption gehen wir hier nicht näher ein. Nur eine Besonderheit der Ausbildung des LWL-Fachdienstes soll erwähnt werden. Die Anmeldung erfolgt durch den Arbeitgeber und ist an die Forderung geknüpft, dass die Rahmenbedingungen für effektives Helfen (s.o.) geschaffen werden. Der LWL-Fachdienst achtet also darauf, dass nicht nur die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Ausbildung, sondern auch der Betrieb selbst für die Ausbildung und Installation eines BAP-S geeignet ist.

Abbildung 2: Voraussetzungen der Hilfen für Betroffene**Hilfe beim Lösen****Vernetzung der Helfer innerhalb des Betriebes**

mit
Betriebsärzten, Schwerbehindertenvertretungen,
Gesundheitsarbeitskreisen, -zirkeln, BEM-Team
Arbeitskreis Sucht, anderen Netzwerken

Vernetzung außerhalb des Betriebes

mit
Kliniken, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen,
Ansprechpartnern anderer Betriebe, Regionalen Arbeitskreisen,
Integrationsfachdiensten (IFD), Sozialpsychiatrischen Diensten etc.

Quelle: LWL-Integrationsamt Westfalen, Fachdienst für betriebliche Suchtprävention

Inhaltlich geht es in der Ausbildung nicht nur um Kenntnisse über Sucht, sondern insbesondere um die Vermittlung von Beratungskompetenz und das Arbeiten in Systemen.

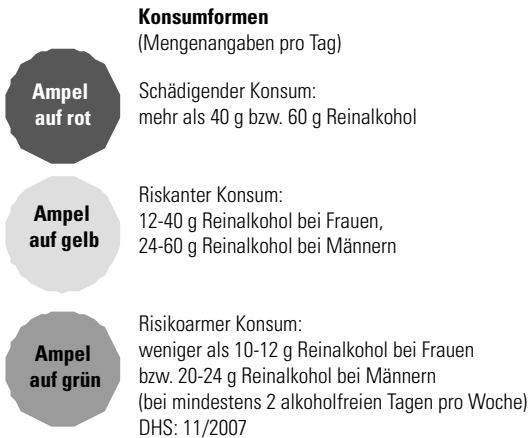
Betriebliche Suchtprävention

Früher ging es fast ausschließlich um Suchtkrankenhilfe und weniger um Prävention. Zielgruppe waren Führungskräfte und Helfer. Diese haben folgerichtig auf die Suchtkranken gestarrt, Hilfen für sie organisiert und versucht, sie irgendwie zu erreichen. Im Rahmen der Prävention sind zunehmend aber auch alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Zielgruppe des LWL-Fachdienstes geworden. Dass Suchtmittel im Betrieb während und vor der Arbeitszeit nichts zu suchen haben, lässt sich jedem vermitteln. Nicht umsonst postuliert die DHS das Präventionsziel der Punktnüchternheit.

Ziel betrieblicher Suchtprävention ist es nicht, den Betrieb trocken-zulegen, sondern den Konsum der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu reduzieren – und sei es auch nur durch den Verzicht auf Konsum während der Arbeitszeit.

Im Zusammenhang mit Arbeitssicherheit, Qualität und Leistung, aber auch im Zusammenhang mit dem betrieblichen Gesundheitsschutz

Abbildung 3: Alkoholkonsum noch im »grünen Bereich«?



Quelle: LWL-Integrationsamt Westfalen, Fachdienst für betriebliche Suchtprävention

Abbildung 4: Was am Anfang betrieblicher Suchtprävention und -krankenhilfe steht

**Betriebliche Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe
beginnen mit der kritischen Auseinandersetzung
mit riskanten Konsummustern und Verhaltensweisen
(Verhaltensprävention)
und der Suche nach möglichen betrieblichen Ursachen
(Verhältnisprävention)**

Quelle: LWL-Integrationsamt Westfalen, Fachdienst für betriebliche Suchtprävention

sind die Punktnüchternheit und die Forderung danach eigentlich eine Selbstverständlichkeit und für jeden einleuchtend.

Das macht den Arbeitsplatz zu einem geeigneten Ort, das eigene Konsumverhalten zu überprüfen, sich die Frage zu stellen, ob sich z.B. der eigene Alkoholkonsum noch im »grünen Bereich« befindet (Abbildung 3).

Eine Möglichkeit, sich gezielt und angeleitet mit dem eigenen Konsumverhalten auseinanderzusetzen, ist z.B. das »Lieber weniger« Programm des Senats der Stadt Hamburg.

Am Schluss wollen wir noch eine Aussage unterstreichen, die dem LWL-Fachdienst in allen betrieblichen Veranstaltungen und auf allen betrieblichen Ebenen wichtig ist (Abbildung 4).

Im Zusammenhang mit Verhaltensprävention ist es für den Einzelnen sinnvoll, sich nicht nur mit Konsummustern, sondern auch mit den eigenen Grenzen und Möglichkeiten ehrlich auseinanderzusetzen. Es wäre zu wünschen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Mut haben, sich zu melden, wenn sie die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit erreicht haben. Von einem Arbeitgeber, der Suchtprävention ernst nimmt und gesundheitsorientiertes Führen von seinen Führungskräften fordert, muss man erwarten, dass er das auch zulässt.

Klaus Leuchter

Suchtarbeit im (Klein-)Betrieb erfordert ein gutes Netzwerk

In Deutschland arbeiten die meisten Beschäftigten in Klein- und Mittelbetrieben. In vielen Großbetrieben wird die Suchtprävention und -hilfe genau wie die betriebliche Gesundheitsförderung, das betriebliche Eingliederungsmanagement und der Arbeits- und Gesundheitsschutz als Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements mehr oder weniger praktiziert. In den Klein- und Mittelbetrieben fehlt es hierzu häufig noch am Bewusstsein und/oder an den personellen und zeitlichen Ressourcen.

Im Handwerk in Schleswig-Holstein arbeiten ca. 120.000 Beschäftigte in ca. 25.000 Betrieben. Bei den Betrieben handelt es sich in der Regel um Kleinstbetriebe mit weniger als zehn Beschäftigten. Da liegt es nahe, dass die Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements nicht eins zu eins übertragen werden können. Es ist erforderlich, eigene und übergreifende Wege zu finden.

Die Arbeit in den Betrieben ist durch starke Kundennähe und damit erheblichen Zeit- und Leistungsdruck gekennzeichnet (Beispiel Kfz-Betrieb – »wartender Kunde drängt den Gesellen«). Andererseits zeigen Untersuchungen, dass sich die Beschäftigten in den Kleinbetrieben wohler fühlen als in Großbetrieben. Für ihre Arbeit erhalten sie unmittelbar Rückmeldungen in Form von Lob und Tadel, fachliches Können wird von den Chefs und den Kunden geschätzt. Der Krankenstand ist geringer als in Großbetrieben, die soziale Nähe (Lehrling/Geselle/Meister) ist oftmals ein Pluspunkt bei der Beurteilung der Arbeitsplatzqualität.

Trotz dieser günstigen betrieblichen Bedingungen treten Suchterkrankungen selbstverständlich auch in Handwerksbetrieben auf. Der Unterstützungsbedarf für die Betriebe ist sehr groß, auch weil sich Chefs und Beschäftigte vorher meistens nicht mit der Materie beschäftigt haben. Andererseits gelingt es nicht, verantwortliche Mitarbeiter für Seminare zu gewinnen, wenn im Betrieb derzeit keine Suchtproblematik besteht. Ich berichte deshalb über die guten Erfahrungen, die wir in Schleswig-Holstein mit der Bildung eines Netzwerkes von Einrichtungen und Orga-

nisationen gesammelt haben, die sich mit dem Thema Gesundheit am Arbeitsplatz beschäftigen.

Im Einzelnen gehe ich auf folgende Organisationen und Projekte ein und beginne dabei mit dem ältesten – vom Handwerk gegründeten – Verein, der sich mit der Suchtproblematik am Arbeitsplatz beschäftigt:

- Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V.
- Fachverbund Betriebliche SuchtArbeit
- Projekt esa – eingliedern statt ausgliedern
- Netzwerk Betrieb und Rehabilitation e.V.
- GESA-Netzwerk

Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V.

Das Handwerk hat bereits sehr früh eine Einrichtung geschaffen, die es in dieser Form nur in Schleswig-Holstein gibt: den Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. Der erste der beiden Vereine wurde 1989 im Handwerkskammerbezirk Flensburg auf Initiative des Kirchlichen Dienstes in der Arbeitswelt (KDA) und der damaligen IKK (Innungskrankenkasse) Flensburg (heute IKK Nord) gegründet. Im Handwerkskammerbezirk Lübeck erfolgte die Gründung eines entsprechenden Vereins im Jahr 1996. Partner sind in beiden Vereinen die jeweilige Handwerkskammer, die Kreishandwerkerschaften, der KDA und die IKK, Suchtberatungsstellen, Fachkliniken, Handwerksbetriebe und andere. Die satzungsmäßigen Ziele sind Beratung, Prävention und finanzielle Hilfen für den Betrieb. In der Umsetzung findet die Suchtberatung im Betrieb statt, wenn der Betrieb sich meldet, weil ein/e Mitarbeiter/in ein Suchtproblem hat. Bei der Beratung unterstützt ein ehrenamtlicher Suchthelfer, der aus einer Sucht-Selbsthilfegruppe kommt und die Arbeitsbedingungen in einem Kleinbetrieb kennt. Nimmt der/die Betroffene das Hilfsangebot an und kommt es zu einer stationären Entgiftung und ggf. Therapie, so kann der Betrieb einen Zuschuss zur Entgeltfortzahlung erhalten, wenn er Mitglied des Vereins wird. Die Beratung allein wird nicht von einer Mitgliedschaft abhängig gemacht.

Die Handwerksbetriebe werden von den Kreishandwerkerschaften an den Verein verwiesen, wenn sie sich wegen eines Suchtproblems an die Kreishandwerkerschaft wenden.

Weitere Informationen sind im Internet unter www.handwerker-fonds.de zu finden.

Fachverbund Betriebliche SuchtArbeit

Unter der Federführung der Landesstelle für Suchtfragen entschieden sich vor über zehn Jahren

- die Landesstelle für Suchtfragen (LSSH),
- die Leitstelle Sucht am Arbeitsplatz und der
- Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V.,

ihre Arbeit im Fachverbund Betriebliche SuchtArbeit zu koordinieren. Da die Partner bei der Beratung und beim Hilfsangebot nach den gleichen Prinzipien handeln, entstand die Idee, im Verbund Erfahrungen auszutauschen und weiterzugeben. Seither werden jährlich zwei Fachtagungen (eine Fachtagung im Juni und der »Bredstedter Workshop« im November) veranstaltet. Außerdem kooperieren die Partner im Rahmen der Ausbildung betrieblicher Suchthelfer.

Weitere Informationen gibt es unter www.betriebliche-suchthilfe.de.

Projekt »esa – eingliedern statt ausgliedern«

Seit dem 1. Mai 2004 existiert die gesetzliche Bestimmung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, kurz BEM genannt. Für alle Betriebe besteht seither die Verpflichtung, sich um Beschäftigte zu kümmern, die länger als sechs Wochen in einem Zeitraum von zwölf Monaten krankheitsbedingt arbeitsunfähig sind. Ziel ist der Erhalt des Arbeitsplatzes. Der Arbeitgeber soll mit dem/der Beschäftigten prüfen, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden kann. Liest man den Gesetzestext, hat man den Eindruck, dass der Gesetzgeber nur Großbetriebe im Blick hatte, als er die Regelung einführte. Die geforderte Beteiligung des Betriebsrates, des Betriebsarztes und der Schwerbehindertenvertretung scheitert in den meisten Kleinbetrieben daran, dass diese Einrichtungen nicht vorhanden sind. Gleichwohl besteht die Verpflichtung für Betriebe jeder Größe.

In Schleswig-Holstein wollte das Sozialministerium die Kleinbetriebe bei der Einführung des BEM unterstützen. Es fördert daher den zu diesem Zweck vom Handwerk mit der IKK Nord gegründeten »Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V.« und das Projekt »esa – eingliedern statt ausgliedern«. In einem Zeitraum von drei Jahren (2008 bis 2010) erhalten die Handwerksbetriebe kostenfreie Beratung bei der Einführung des BEM bzw. bei der Rückkehr an

den Arbeitsplatz von Arbeitnehmern, die längere Zeit krankheitsbedingt nicht arbeiten konnten. Die Informationen zum Nutzen des BEM für Betriebe und Arbeitnehmer werden im Handwerk verbreitet. Seitens des Handwerks haben sich die Kreishandwerkerschaften in Schleswig-Holstein dieser Aufgabe angenommen. Sie betreuen die Innungen und haben dadurch eine intensive Verbindung zu den Betrieben. Die fachliche Kompetenz ist durch die Unterstützung der Partner aus der bereits geschilderten Verbindung der erwähnten Netzwerke gesichert. Die Mitarbeit des Autors in verantwortlicher Position als Vorstandsmitglied, Vorsitzender oder Geschäftsführer im Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V., Netzwerk Betrieb und Rehabilitation e.V. und im Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V. ermöglicht die Einbeziehung der Fachkompetenz der Partner, z.B. aus den Sozialleistungsträgern, den Kliniken, der Ärzteschaft und dem Handwerk.

Netzwerk Betrieb und Rehabilitation e.V.

Von 1998 bis 2001 förderte das BMAS das Projekt »Netzwerk Betrieb und Rehabilitation«, das vom Leiter des BAD-Zentrums Dithmarschen, Detlef Glomm, initiiert wurde, der auch die Federführung hatte. Es sollte eine Abstimmung der Arbeit der Betriebs- und Werksärzte und der Ärzte in Reha-Kliniken in Schleswig-Holstein erreichen. Nach Abschluss der Modellphase wurde 2002 ein Verein mit dem gleichen Namen gegründet, der die begonnene Arbeit fortsetzen soll. Dieser Verein veranstaltet jährlich eine Fachtagung und organisiert Zusammenkünfte beider Arztgruppen. Schwerpunktthemen der letzten Jahre waren das Betriebliche Eingliederungsmanagement und Psychische Störungen.

Weitere Informationen unter www.netzwerk-betrieb-reha.de.

GESA – Gesundheit am Arbeitsplatz

In Schleswig-Holstein hat das Thema Gesundheit im Betrieb bereits seit vielen Jahren eine besondere Bedeutung, nicht zuletzt durch die Aufmerksamkeit, die das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit diesem Bereich widmet. Da Großbetriebe eher die Möglichkeiten haben, betriebsspezifische Lösungen zu organisieren, hat das Land ein besonderes Augenmerk auf die Kleinbetriebe gelegt.

Seit nahezu zehn Jahren existiert in Schleswig-Holstein das Netzwerk »GESA – Gesundheit am Arbeitsplatz«. Es entstand auf Initiative der damaligen Sozialministerin Heide Moser und wird auch weiterhin vom Sozialministerium federführend koordiniert. Dieses Netzwerk bietet den Akteuren der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) eine Plattform für den Austausch und die Weiterbildung, auch in Form von Fachtagungen. Gleichzeitig transportiert es das Wissen über die BGF an Betriebe und regt sie dazu an, sich intensiver um die Gesundheit der Beschäftigten zu kümmern. Zur Umsetzung stehen dann die Netzwerkpartner zur Verfügung (Krankenkassen, Unfallversicherungsträger u.a.). Besonders in den letzten Jahren hat die Zahl der Betriebe in Schleswig-Holstein, die BGF eingeführt haben, kontinuierlich zugenommen.

Weitere Informationen sind zu finden unter www.gesa.schleswig-holstein.de.

Schlussbemerkung

Aus meiner Sicht kommt die Zusammenarbeit allen Partnern der einzelnen Einrichtungen zu Gute. Die handelnden Personen aus dem Umfeld der Thematik »Gesundheit am Arbeitsplatz« kennen sich, tauschen ihre Erfahrungen aus und treffen sich bei Fortbildungen. Bei der kurzfristigen Beschaffung eines Platzes für eine stationäre Entgiftung oder bei der Beantragung von Rehaleistungen kann die Netzwerkarbeit ebenso zu Vorteilen führen wie bei der Suche nach einem Praktikums- oder Arbeitsplatz nach einer Therapie. Ohne die Bedingungen in Schleswig-Holstein idealisieren zu wollen, meine ich, dass hier bereits viel erreicht wurde.

Bernhard Blank

Präventionsnetzwerke: Wichtiger denn je!

Handeln kostet Geld. Nicht handeln kostet erheblich mehr. Diese Warnung sollten sich Betriebe zum Leitsatz machen. Betriebliche Suchtproblematik wird nämlich sehr oft totgeschwiegen, und viele Leistungsträger erwarten immer noch, dass Suchtpräventionsarbeit, wenn überhaupt, auf freiwilliger Basis gemacht wird.

Dies ist grundsätzlich der falsche Weg. Gesundheitspolitisch sind die Ziele nämlich erheblich weiter gesteckt. Die Gesundheit und das Wohlbefinden eines Menschen sind die elementaren Grundvoraussetzungen für die Erhaltung seiner Arbeitskraft. Und hier bietet betriebliche Suchtprävention eine einmalige Chance, erwachsene und jugendliche Arbeitnehmer in einem für sie primären Handlungsumfeld frühzeitig zu erreichen. Und dies, solange sie ihren Arbeitsplatz noch haben und Suchtprobleme noch nicht chronisch geworden sind. Dies gilt sowohl für den Mitarbeiter als auch für den Arbeitgeber. Denn Suchtprävention ist ein Teil der Personalentwicklung. Wenn hier der richtige Ansatz gefunden wird, können im Vorfeld durch den Einsatz geringer Kosten erhebliche Langzeitkosten vermieden werden, die letztendlich dazu führen, dass die Allgemeinheit ihren finanziellen Teil dazu beitragen muss.

Diese und viele weitere Gründe haben dazu geführt, dass im Saarland Ende der 1990er Jahre ein Arbeitskreis gegründet wurde, der sich genau mit dieser Problematik beschäftigt. Anfangs zwar noch recht klein, hat er sich im Laufe der Jahre zum größten Arbeitskreis des Saarlandes entwickelt, der sich mit der betrieblichen Suchtprävention auseinandersetzt. Wenige Zeit später haben sich auch Betriebe und Institutionen außerhalb des Saarlandes in den Arbeitskreis integriert. Und nach einiger Zeit hat sich der Arbeitskreis »Betriebliche Suchtprävention Saarland/Rheinland-Pfalz« zu einem sehr gut funktionierenden Netzwerk betrieblicher Suchtprävention entwickelt. Gründe hierfür waren, dass nicht nur betriebliche Suchtkrankenhelfer, Betriebs- oder Personalräte in diesem Netzwerk Mitglied waren, sondern sich immer mehr Sozialarbeiter, Psychologen, Pädagogen, aber auch Betriebsärzte und führende Mitarbeiter von medizinischen bzw. sozialen Einrichtungen an

diesem Arbeitskreis bzw. Netzwerk beteiligt haben. Mittlerweile sind über 70 Betriebe aus der Industrie, sowie öffentliche bzw. medizinische wie auch soziale Einrichtungen in diesem Arbeitskreis organisiert. Somit war gewährleistet, dass neben den bereits vorhandenen innerbetrieblichen Kontakten nunmehr auch eine medizinische Versorgung oder psychologische Betreuung suchtmittelabhängiger Menschen organisiert werden konnte. Und dies zum Teil bundesweit. Bei den regelmäßig im Jahr stattfindenden Arbeitstagen, bei denen immer ein suchtmittelorientierter, bzw. gesundheitsrelevanter Themenblock im Fokus steht, können neben der äußerst wichtigen Informationsvermittlung auch entsprechende Kontakte geknüpft bzw. vertieft werden. So arbeiten jetzt z.B. Betriebsärzte enger mit innerbetrieblichen Suchtkrankenhelfern, aber auch den entsprechenden medizinischen Einrichtungen zusammen. Weiterhin darf nicht unerwähnt bleiben, dass die Arbeit im Arbeitskreis auch dazu geführt hat, Kontakte zu Selbsthilfegruppen zu knüpfen, um letztendlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Betrieben die Möglichkeit zu eröffnen, sich selbst anonym weiter mit ihrem Problem zu beschäftigen. An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass es sich bei dem Arbeitskreis um ein Netzwerk ohne feste juristische Form handelt, das auf rein freiwilliger Basis tätig ist. Es werden weder Beiträge erhoben noch Spenden entgegengenommen. Die Mitglieder des Arbeitskreises wie auch die zu den Fachvorträgen hinzugezogenen Referenten arbeiten unentgeltlich in diesem Arbeitskreis.

Die Hauptaufgabe des Arbeitskreises besteht allerdings darin, die betriebliche Suchtprävention generell zu verbessern, weiter zu entwickeln, zu koordinieren bzw. mit den dazu relevanten medizinischen und sozialen Einrichtungen zu kooperieren, aber auch Kolleginnen und Kollegen zu helfen, innerbetriebliche Standards in der betrieblichen Suchtprävention zu setzen. Die kontinuierliche Arbeit des »Arbeitskreises betriebliche Suchtprävention« hat dazu geführt, dass dem Thema Suchtprävention saarlandweit mehr und mehr Akzeptanz beigegeben wurde. Er hat sich ganz nebenbei zu einem effizienten Hilffssystem entwickelt, auf das Betriebe innerhalb und außerhalb des Saarlandes zugreifen können.

Und das hat auch letztendlich dazu geführt, dass in verschiedenen Betrieben in die betriebliche Suchtprävention investiert wurde. Teilweise haben Betriebe Stellen dafür geschaffen und ermöglichen somit, dass neben den betriebsärztlichen Diensten innerbetriebliche hauptamtliche Mitarbeiter als Ansprechpartner für suchtmittelabhängige Mitarbeite-

rinnen und Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Als ein weiterer Effekt ist zu erwähnen, dass mehr und mehr Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen angeboten werden, wie z.B. die Ausbildung zur Fachkraft für betriebliche Suchtprävention oder die Fachkraft für betriebliches Gesundheitsmanagement. Diese beiden stehen nur stellvertretend für viele weitere Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die zu diesem Thema angeboten und auch von den Betrieben finanziert werden. Träger dieser Maßnahmen sind zum Beispiel die IHK des Saarlandes oder die Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement im Saarland. Dies zeigt auch den hohen Stellenwert, der dem Thema Prävention mehr und mehr beigemessen wird. Aus diesem Grund ist schlussendlich hervorzuheben, dass Netzwerke der betrieblichen Suchtprävention innerbetrieblich als auch national wie international gefördert werden müssen. Denn nur so kann gewährleistet werden, dass die betriebliche Suchtprävention weiter verbessert werden kann und Menschen erreicht und sensibilisiert werden, bevor eine Sucht entsteht.

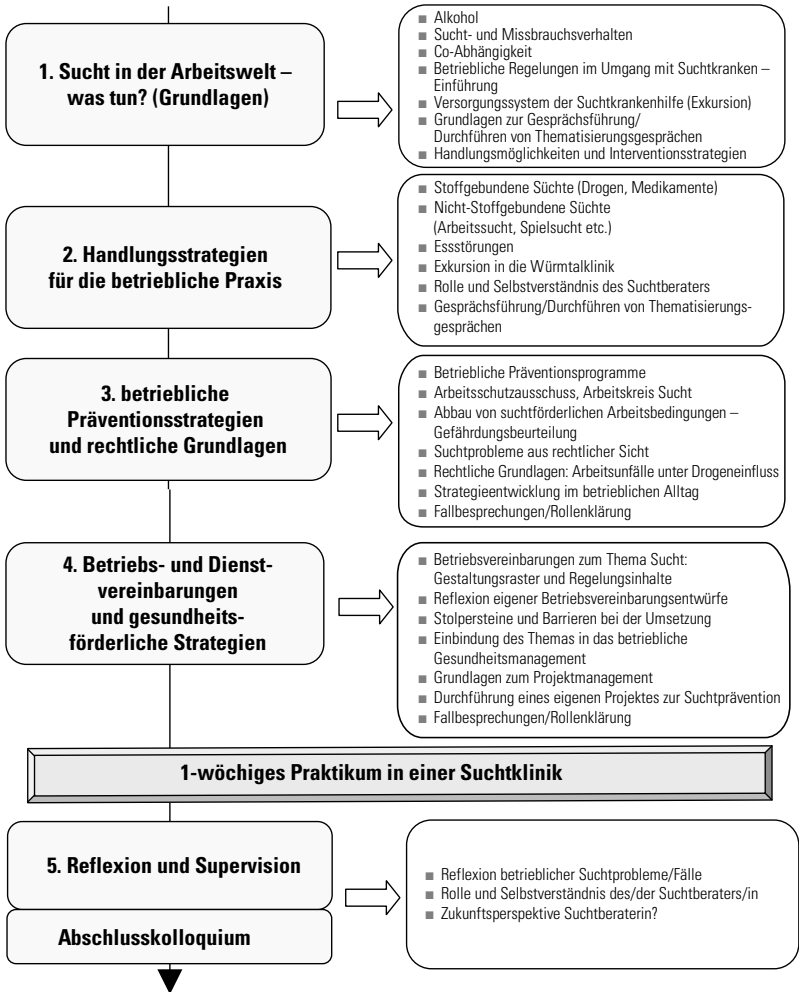
**Marianne Giesert/
Cornelia Wendt-Danigel**
**Die Ausbildung zur/zum
betrieblichen SuchtberaterIn und
das SuchtberaterInnennetzwerk
beim DGB Bildungswerk e.V.**

Suchtprobleme am Arbeitsplatz häufen sich in den letzten Jahren. Die betriebliche Suchtprävention gewinnt dadurch immer mehr an Bedeutung. Immer öfter stellen Betriebe fest, dass Suchterkrankungen der Beschäftigten auch Auswirkungen auf das Arbeitsklima, die Arbeitssicherheit, die Produktivität und die Arbeitsabläufe haben. Führungskräfte, aber auch Betriebs- und Personalräte, sind daher gefordert, Auffälligkeiten bei gefährdeten oder suchtkranken Beschäftigten zu erkennen und zu thematisieren.

Suchtprobleme im Betrieb werden oftmals verdeckt, vertuscht und verschwiegen. Häufig stellt sich im Umgang mit dem betroffenen Beschäftigten das Gefühl von Hilflosigkeit und Ohnmacht ein. Man möchte helfen, weiß aber nicht wie. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Suchtprobleme bei den Betroffenen frühzeitig wahrgenommen und Wege aus der Sucht aktiv in Gang gesetzt werden.

Um diese Arbeit im Betrieb zu unterstützen, führt das DGB Bildungswerk eine Ausbildung zum/zur betrieblichen Suchtberater/in durch. Der/die betriebliche Suchtberater/in wird im Rahmen dieser Ausbildung befähigt, für suchtmittelabhängige bzw. gefährdete Menschen beratend tätig zu werden und Strategien und Aktionen für die betriebliche Suchtprävention zu entwickeln und zu gestalten.

Betriebliche SuchtberaterInnen müssen eine entscheidende Rolle im Betrieb übernehmen: Nach dem heutigen Verständnis sollen sie in der betrieblichen Suchtarbeit eine Lotsenfunktion einnehmen. Dies bedeutet, dass sie neben der Begleitung der Betroffenen und der verantwortlichen Führungskräfte sämtliche Aktivitäten in der betrieblichen Suchtarbeit einschließlich der betrieblichen Suchtprävention steuern und

Abbildung 1: Aufbau der Ausbildung zur/m Suchtberater/in

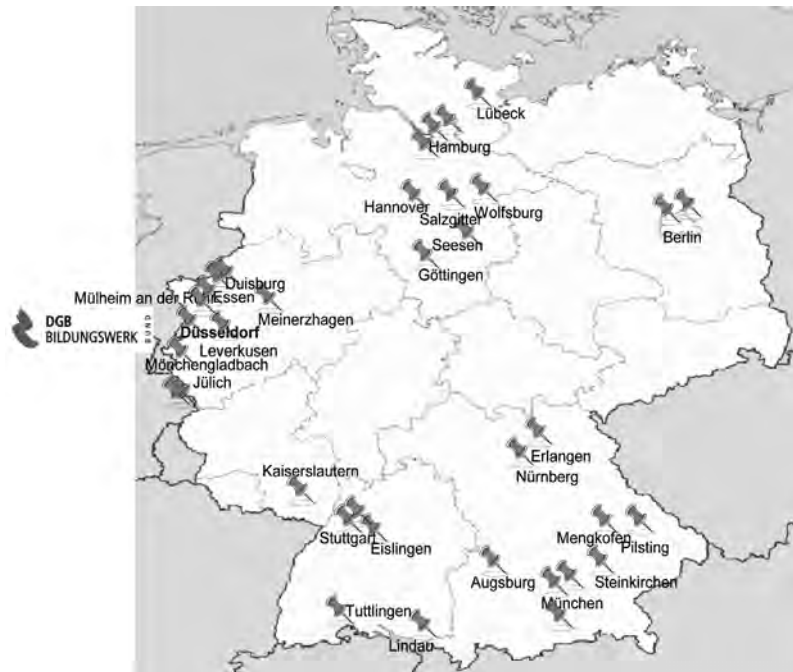
koordinieren, ein inner- und außerbetriebliches Kooperationsnetz aufbauen und eine Einbindung des Themas Sucht in das gesamte betriebliche Geschehen erreichen.

Um dies zu gewährleisten, sind neben den klassischen Aufgaben in der Suchtberatung (siehe hierzu auch den Artikel von Sabine Hegner

und Cornelia Wendt-Danigel) betriebliche Suchtpräventionsprogramme, rechtliche Grundlagen, Betriebs- und Dienstvereinbarungen sowie die Umsetzung gesundheitsförderlicher Strategien im Betrieb in die Ausbildung integriert. Sie ist modular aufgebaut und besteht aus fünf Seminaren (siehe Abbildung 1). In jeder Einheit wird besonderer Wert auf das Thema Reflexion über die eigene Rolle als Berater im Betrieb und Co-Abhängigkeit (siehe hierzu auch den Artikel von Sabine Heegner) gelegt. Vorhandene Fälle werden gemeinsam durchgesprochen und Strategien gesucht, um die Arbeit im Betrieb zu verbessern.

Ein weiterer Bestandteil der Ausbildung ist die Durchführung eines einwöchigen Praktikums in einer Klinik bzw. Therapieeinrichtung. In einer abschließenden Supervision wird die eigene Rolle als BeraterIn im betrieblichen Netzwerk sowie die Arbeit im Praktikum, aber auch konkrete Fälle und das Selbstbild als Suchtberater/in, noch einmal reflektiert und diskutiert. Das anschließende Abschlusskolloquium ist eine

Abbildung 2: Suchtberaternetzwerk in Deutschland 2008-2011 – 37 betriebliche SuchtberaterInnen



zertifizierte Prüfung. Diese besteht aus einem mündlichen und schriftlichen Teil und wird von mehreren ExpertInnen aus unterschiedlichen Bereichen abgenommen.

Auch nach der Ausbildung ist eine kontinuierliche Fortbildung in der Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz von besonderer Bedeutung. Es müssen immer neue Facetten von Abhängigkeiten thematisiert werden, da sich das Spektrum von (stoffgebundenen wie stoffungebundenen) Abhängigkeitserkrankungen täglich verändert. Nur so ist eine aktive Gestaltung der betrieblichen Suchtprävention möglich.

Den jährlichen Höhepunkt der Aus- und Weiterbildung bilden die »Starnberger Suchtgespräche« mit einem aktuellen thematischen Schwerpunkt. Gleichzeitig sind diese als Netzwerktreffen (siehe Abbildung 2) eine willkommene Gelegenheit für die TeilnehmerInnen der Ausbildung und andere Interessierte, die neueren Entwicklungen zum Thema Sucht und Abhängigkeit zu reflektieren, zu diskutieren und weitere Möglichkeiten der Supervision zu nutzen.

I Veranstaltungshinweise

Der nächste Ausbildungsgang startet mit dem Grundlagenseminar »**Sucht in der Arbeitswelt – was tun?**« vom 8.3.-11.3.2011 im DGB Tagungszentrum Starnberger See.

Weitere Ausbildungstermine im DGB Tagungszentrum Starnberger See:

Sucht in der Arbeitswelt: Handlungsstrategien für die betriebliche Praxis (Aufbauseminar) 3.-8.7.2011

Sucht in der Arbeitswelt – betriebliche Präventionsstrategien und rechtliche Grundlagen 25.-30.9.2011

Sucht in der Arbeitswelt: Betriebs-/Dienstvereinbarungen und gesundheitsförderliche Strategien 22.1.-27.1.2012

Sucht in der Arbeitswelt – Reflexion und Supervision für die tägliche Praxis Mai/Juni 2012

Abschlusskolloquium Mai/Juni 2012

4. Starnberger Suchtgespräche

Betriebliche Suchtprävention 5.-8.6.2011 mit anschließender Supervision vom 8.-10.6.2011

Betriebliche Suchtprävention

Einmal jährlich finden die Starnberger Suchtgespräche statt. Diese bieten die Möglichkeit, aktuelle Themen zur Suchtproblematik zu diskutieren und zu reflektieren sowie betriebliche Fragestellungen zu erörtern. Kompetente ReferentInnen berichten über Handlungsmöglichkeiten im Betrieb. Spannende Diskussionen und interessante Arbeitsgruppen geben der eigenen Arbeit neue Impulse.

Inhalte:

- Suchtmittelabhängigkeit als Krankheit: aktuelle Diskussionen
- Suchthilfe im betrieblichen Alltag
- Netzwerke und Kampagnen
- Betriebsbezogene Konzepte zur Suchtprävention
- Behandlungsansätze
- Intervention: wirksame Hilfen
- Integration in die Arbeitsschutz- und Gesundheitspolitik des BR

Ihr Nutzen:

Sie kennen aktuelle Konzepte in der betrieblichen Suchtprävention sowie gute praktische Beispiele und Strategien aus unterschiedlichen Bereichen. Auf der Basis ausgetauschter Erfahrungen erweitern Sie Ihre Handlungskompetenzen.

Veranstaltungsdaten

Beginn: 5.6.2011 – 16:30 Uhr

Ende: 8.6.2011 – 16:15 Uhr

Seminargebühr: 800,00 Euro

Code: SUC6 411036023

Kinderbetreuung: Nein

*Supervision: Sucht in der Arbeitswelt –
Reflexion der betrieblichen Arbeit*

13.-16.9.2011

I Autorinnen und Autoren

Knut Becker, Betriebsrätetrainer; Autor, Kommentar zum BetrVG, politische Satire, Lyrik, Herausgeber der Betriebsrätezeitschrift DER GEGENPOL; becker@gegenpol.de.

Bernhard Blank ist Präventionsbeauftragter der Universität des Saarlandes und Fachkraft für betriebliche Suchtprävention; b.blank@mx.uni-saarland.de.

Alicia Casati, MSc, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) sowie der Arbeitsgruppe Klinische Epidemiologie und Monitoring am IFT Institut für Therapieforschung in München; casati@ift.de.

Marianne Giesert, Dipl.-Betriebswirtin, Dipl.-Sozialwirtin, ist Leiterin des Kompetenzzentrums Gesundheit und Arbeit beim DGB Bildungswerk e.V. und bei der IQ Consult gGmbH in Düsseldorf; Marianne.Giesert@dgb-bildungswerk.de.

Jürgen Heckel war als Diplom-Bibliothekar viele Jahre Leiter der Stadtbücherei Garching. Er ist als Kommunikationstrainer und Experte für Selbsthilfegruppen tätig; juergen.heckel@gmx.de.

Sabine Heegner ist Dipl. Sozialwissenschaftlerin, systemische Organisationsberaterin, Mediatorin, Fachkraft für Arbeitssicherheit, und arbeitet als Beraterin für Gesundheitsförderung und Kommunikation; beratung@heegner.de.

Katharina Heilmann ist Mitarbeiterin der IFT Gesundheitsförderung, eines Aus- und Weiterbildungsinstituts, das u.a. Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt und verbreitet.

Dr. Tilmann Holzer ist Referent bei der Drogenbeauftragten im Bundesministerium für Gesundheit, tilmann.holzer@bmg.bund.de.

Hans-Dieter Knöbel ist Diplomsozialarbeiter im LWL-Fachdienst für betriebliche Suchtprävention; hans-dieter.knoebel@lwl.org.

Dr. rer.soc. Katrin Krämer ist stellv. Bereichsleiterin Arbeit & Gesundheit im IGES Institut Berlin; katrin.kraemer@iges.de.

Dr. Christoph Kröger ist Mitarbeiter der IFT Gesundheitsförderung, eines Aus- und Weiterbildungsinstituts, das u.a. Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt und verbreitet; kroeger@ift.de.

Klaus Leuchter ist Geschäftsführer und Fachkoordinator im Projekt esa Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk

e.V. und Vorstandsmitglied im Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V.; leuchter@esa-sh.de.

Monika Nowak ist Mitarbeiterin der IFT Gesundheitsförderung, eines Aus- und Weiterbildungsinstituts, das u.a. Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt und verbreitet.

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel ist Leiter der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) sowie der Arbeitsgruppe Klinische Epidemiologie und Monitoring am IFT Institut für Therapieforschung in München; pfeiffer-gerschel@ift.de.

Tobias Reuter ist Dipl.oec. und Projektmitarbeiter beim DGB Bildungswerk e.V.; tobias.reuter@dgb-bildungswerk.de.

Dominik Schirmer leitet den Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen im Landesbezirk Bayern, der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di); dominik.schirmer@verdi.de.

Cornelia Wendt-Danigel, Dipl. Pädagogin, ist Referentin im Kompetenzzentrum Arbeit und Gesundheit beim DGB Bildungswerk e.V. und bei der IQ Consult in Düsseldorf; cornelia.wendt-danigel@dgb-bildungswerk.de.

Eva Zinke ist Diplom-Soziologin und seit 1992 beim Vorstand der IG Metall zunächst im Ressort Arbeitsschutz und seit 2004 als Gesundheitsbeauftragte tätig; eva.zinke@igmetall.de.

Wissenschaftliche Fachzeitschriften sind Ihnen zu trocken? Verbandsmitteilungen zu langweilig?

Na, dann haben wir genau das Richtige für Sie:

rausch
Das unabhängige Magazin für Suchtfragen

JournalistInnen, WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen aus der deutschsprachigen »Suchtszene« schreiben in **rausch** über das, was wirklich interessiert. Und das in einer Form, die ausgesprochen lesenswert ist!

Zweimonatlich bieten wir Ihnen

- Reportagen vor Ort: Aus Beratungsstellen, Therapieeinrichtungen und Fachkliniken.
- Interviews mit Persönlichkeiten aus Verbänden, Politik, Wirtschaft und Medien.
- Berichte aus der Praxis von Suchtprävention, Sucht- und Selbsthilfe.
- Blicke über den Tellerrand in andere Länder, auf andere Probleme, andere Lösungsansätze.
- Informationen über aktuelle Trends, Substanzen, neue Hilfeangebote und Therapieformen.
- Leserbriefe, Kleinanzeigen und Internet-Seiten, die Kontakt und Vernetzung fördern.
- Neuigkeiten aus den Verbänden.
- Nachrichten aus der Politik.
- Entscheidungen aus der Rechtsprechung.
- Erkenntnisse aus der Forschung.
- Besprechungen von Büchern und Filmen.
- Veranstaltungskalender.

» Was wären Vernunft und Nüchternheit ohne das Wissen vom Rausch ...«

Hermann Hesse, Narziß und Goldmund





SuchtMagazin

**Fachzeitschrift für Suchtarbeit
und Suchtpolitik**

Erscheint 6 mal jährlich mit je einem Schwerpunktthema.

Ausgabe 2|2010

Neuro-Enhancer

- Überblick und Ethik
- Vor dem gesellschaftlichen Durchbruch?
- Jenseits von rechtlichen Bestimmungen
- Neurophysiologie
- Pharmakologie und Suchtpotential
- Doping am Arbeitsplatz
- Versprechen und subjektive Wirkung
- Aus suchtmmedizinischer Sicht
- «Ritalin liess mich funktionieren»
- Risiken und Nebenwirkungen der Enhancement-Debatte

Vorankündigung Ausgabe 2|2011

Sucht und Arbeitswelt

(Erscheint Mitte April 2011)

Bestellungen: www.suchtmagazin.ch | abo@suchtmagazin.ch | **Einzelnummer:** CHF 15 | € 10
Abonnement: Jahr CHF 90 | € 60 (6 Ausgaben) | Schnupper CHF 30 | € 20 (3 Ausgaben)

VSA: Arbeiten & gesund bleiben!



Marianne Giesert (Hrsg.)
Psychisch gesund bleiben
 Betriebliche Gesundheitspolitik für die Praxis – aus der Praxis
 240 Seiten; € 13.80
 ISBN 978-3-89965-409-7



Marianne Giesert (Hrsg.)
... ohne Gesundheit ist alles nichts!
 Beteiligung von Beschäftigten an der betrieblichen Gesundheitsförderung
 216 Seiten; € 12.80
 ISBN 978-3-89965-335-9

Marianne Giesert (Hrsg.)
Führung und Gesundheit
 Gesundheitsgipfel an der Zugspitze
 256 Seiten; € 14.80
 ISBN 978-3-89965-329-8

Marianne Giesert (Hrsg.)
Prävention: Pflicht & Kür
 Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis
 240 Seiten; € 12.80
 ISBN 978-3-89965-296-3

Im Buchhandel oder direkt bei:
 VSA-Verlag, St. Georgs Kirchhof 6, 20099 Hamburg
 Tel. 040/28 09 52 77-0
 Fax 040/28 09 52 77-50
 Mail: info@vsa-verlag.de
www.vsa-verlag.de