

Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz

Eine Praxishilfe
für Personalverantwortliche

HS Info



Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz

**Eine Praxishilfe
für Personalverantwortliche**

Inhalt

Einführung	5
1 Alkohol	
Wo sind die Grenzen für einen normalen Alkoholkonsum?	8
Wann spricht man von Alkoholmissbrauch? – Und was sind die Risiken?	10
Welche Definitionen gibt es für die Alkoholkrankheit?	12
Woran erkenne ich Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben?	13
Was kann Führungskräfte hindern, Auffälligkeiten wahrzunehmen?	16
Warum unternimmt keiner etwas? – Es wissen doch alle Bescheid!	18
Müssen Menschen mit Alkoholproblemen nicht erst in der »Gosse« angekommen sein, bevor ihnen geholfen werden kann?	21
Wie können Beschäftigte mit Alkoholproblemen am Arbeitsplatz angesprochen werden?	24
Wie kann ich mich auf das Gespräch mit Betroffenen vorbereiten?	30
Welche Beratung und Behandlung für Gefährdete und Alkohol Kranke gibt es?	33
Therapieziel Abstinenz – oder gibt es auch andere Angebote?	34
Wie sollten Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte akut nicht mehr arbeits- beziehungsweise dienstfähig sind?	36
Darf der Arbeitgeber eine Überprüfung des Alkoholspiegels anordnen?	39

2 Medikamente

Treten im Betrieb oder in einer Verwaltung Medikamentenprobleme auf?	44
Wann spricht man von Medikamentenmissbrauch und wann von Abhängigkeit?	46
Ist es im betrieblichen Alltag überhaupt möglich, Beschäftigte mit Medikamentenproblemen zu erkennen?	48
Wie können Personalverantwortliche Betroffene ansprechen?	50
Welche Auswirkungen haben Psychopharmaka auf die Arbeitssicherheit?	53

3 Illegale Drogen

Illegale Drogen – Ein neues Problem am Arbeitsplatz?	58
Cannabis	61
Ecstasy	63
Kokain	66
Sind Kontrollen in Form von »Drogen-screenings« das Mittel der Wahl?	71
Was kann am Arbeitsplatz alternativ getan werden?	73

4 Vorbeugung

Hilfe ist gut, Vorbeugung ist besser! Wer kann im Betrieb einen Beitrag leisten?	76
--	----

5 Anhang

Literatur	80
Kontakte, Adressen	82

Einführung

Substanzmissbrauch und die Entwicklung von Suchtkarrieren am Arbeitsplatz bestimmen den Inhalt dieser Broschüre. Es geht um Menschen, die Stress, Ängste und Sorgen mit Hilfe von Suchtmitteln zu bewältigen versuchen. Der Versuch, dem Alltagserleben zu entfliehen, entwickelt sich zu einer Belastung für die Betroffenen selber, die Partnerinnen und Partner, die Kinder, die Freunde und nicht zuletzt für Kolleginnen, Kollegen und Führungskräfte am Arbeitsplatz.

In vielen Großbetrieben und Verwaltungen gibt es seit Jahren Erfahrungen mit suchtpreventiven Programmen. In diesen Unternehmen stehen betriebsinterne Beraterinnen und Berater den Personalverantwortlichen zur Seite, wenn es um lösungsorientierte Gespräche mit Betroffenen geht. Was geschieht in den vielen kleineren Verwaltungen, den mittelständischen Unternehmen und in den Kleinbetrieben? Interne professionelle Unterstützungsangebote für Vorgesetzte, die (suchtmittel-) auffällige Beschäftigte ansprechen müssen, sind hier eher rar.

Diese Broschüre richtet sich genau an diese Zielgruppe. Führungskräfte in Mittel- und Kleinbetrieben und Behörden, die einen Einstieg in das Thema suchen, erhalten Antworten auf ihre Fragen. Die gezielten Fragestellungen beruhen auf Erfahrungen jahrelanger Seminararbeit mit Praktikern der Suchtkrankenhilfe im Betrieb. Sie werden nach dem heutigen Wissensstand beantwortet.

Die Ausgangssituation zum Lesen kann die bereits vorliegende Problematik einer vermuteten Suchtentwicklung eines Beschäftigten oder auch die weise Voraussicht, sich frühzeitig zu informieren, sein. Egal, welche Einstiegsmotivation vorliegt: Mit Hilfe der Hinweise, die zum Verständnis der Situation gegeben werden und mit den konkreten Vorschlägen zum Vorgehen im Einzelfall, können Kompetenzen erworben, vertieft und erweitert werden.

Denjenigen, die am Erfolg von Interventionen bei Menschen mit Suchtproblemen zweifeln, sei nochmals Mut gemacht. Frühzeitiges Ansprechen von Problemen erspart manche langwierige Behandlung. Hier geht es nicht um Stigmatisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sondern um Fürsorge und Unterstützung. Sofern für betroffene Beschäftigte eine ambulante oder stationäre Therapie angezeigt ist, gibt es eine positive Perspektive: Jede zweite Person schafft es, nach einer erfolgreich abgeschlossenen Therapie suchtmittelfrei zu leben. Für eine chronische Krankheit ist dieses ein beachtlicher Erfolg. Jeder, der am Arbeitsplatz dazu beiträgt, verdient Anerkennung!

In der Behandlung der Themen werden Alkohol, psychisch wirksame Medikamente und illegale Drogen getrennt voneinander betrachtet. Dieses entspricht nicht immer der Realität der Betroffenen. Oftmals werden von ihnen mehrere Suchtmittel gleichzeitig oder nacheinander konsumiert. Das Zusammenwirken verschiedener Drogen kann eine erhöhte Gefahr für die Arbeitssicherheit und eine verringerte Arbeitsfähigkeit bedeuten. Das Wissen um die Wirkungsmuster der verschiedenen Suchtmittel kann Personalverantwortlichen eine Hilfe in der Entscheidung sein, das Gespräch zu suchen. Wenn es innerbetrieblich keine qualifizierte Beratung und Unterstützung für Vorgesetzte gibt, bieten sich externe Hilfen an.

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

Alkohol



Wo sind die Grenzen für einen normalen Alkoholkonsum?

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

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

»Zugegeben, es reizt, mit Zahlen zu hantieren. Sie geben selbst dem flüchtigsten Problem etwas Greifbares, Handfestes, zu Handlungen und Budgets Aufforderndes. Sicherlich ist es auch aus volkswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Sicht hilfreich, sich über Größenordnungen des Alkoholproblems klar zu werden. Aber fast alle Zahlen und Statistiken zu diesem Thema stehen unter dem Vorbehalt, dass es sich um Schätzungen und Annäherungswerte nicht mit naturwissenschaftlicher Exaktheit erfassbarer Phänomene handelt. – Er benutzt Statistik wie ein betrunkenener Mann Laternenpfähle, eher zur Unterstützung als zur Erhellung – Andrew Lang; 1844–1912.«

Quelle:
Dietze: Alkohol
am Arbeitsplatz

Der Konsum der Deutschen im internationalen Vergleich

In der Rangfolge ausgewählter Länder beim Pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol im Jahr steht nach Portugal, Luxemburg und Frankreich Deutschland auf Platz vier mit 10,6 Liter. Erkennbar ist die Tendenz der Deutschen, den Pro-Kopf-Verbrauch zu reduzieren. Erfreulich ist auch die Feststellung, dass eine Zunahme des Verkaufs alkoholfreier Getränke die zunehmende Vernunft dokumentiert, Durst alkoholfrei zu löschen. Die Mengenangabe von 10,6 Liter reiner Alkohol pro Kopf pro Jahr bezieht sich auf die gesamte bundesrepublikanische Bevölkerung. Grenzt man die Zahlen auf die Altersgruppen ein, die für den Alkoholkonsum in Frage kommen, so ist mit einem Pro-Kopf-Konsum der 15 bis 70-Jährigen von etwa 14 Liter reinen Alkohols im Jahr zu rechnen. Bei dieser Rechnung kommen wir auf einen täglichen Konsum der Bundesbürger im trinkfähigen Alter von etwa 40 Gramm reinen Alkohol. Geht man weiterhin davon aus, dass ein Teil dieser Altersgruppe gar nicht oder nur sehr wenig Alkohol konsumiert, dann steigt der Anteil der Risikokonsumenten.

Empfehlungen für einen risikoarmen Konsum

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gibt in ihrer Broschüre »Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze« folgende Empfehlung (natürlich nur für gesunde Menschen):

Für Frauen: Trinken Sie täglich nicht mehr als zwei kleine Gläser Alkohol oder 14 kleine Gläser wöchentlich. Dieses entspricht dem Wert von etwa 20 Gramm Alkohol.

Für Männer: Trinken Sie täglich nicht mehr als drei kleine Gläser Alkohol oder 21 kleine Gläser pro Woche. Dieses entspricht dem Wert von etwa 40 Gramm Alkohol.

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) ergänzt diese Trinkempfehlung mit dem Hinweis: »täglich heißt nicht jeden Tag der Woche«. Für die unterschiedlichen Grenzwerte sind biologische Faktoren verantwortlich. Bei gleichem Körpergewicht und gleicher getrunkenen Menge Alkohol ist der Alkoholgehalt im Körper der Frau um etwa 20% erhöht im Vergleich zum Mann. Die Ursache liegt unter anderem darin, dass der Abbauprozess des Alkohols in der Leber bei der Frau langsamer abläuft, da sie über weniger des hierfür benötigten Enzyms verfügt.

In Ergänzung zu dieser konkreten Mengenangabe kann die folgende Tabelle zur Orientierung für einen verantwortungsvollen Umgang mit alkoholischen Getränken herangezogen werden:

Menge des enthaltenen Alkohols in einem Getränk		
Getränkart	Getränkemenge in Liter	Alkoholmenge in Gramm
Lagerbier	0,5	17
Exportbier	0,5	20
Bockbier	0,5	22,5
Doppelbock	0,5	25,5
Apfelwein	1/4 l	10,5
Weißwein	1/4 l	20
Rotwein	1/4 l	22,5
Sekt 10%	1/4 l	25
Wermut	1/8 l	15
Südwein	1/8 l	17,5
Eierlikör	2 cl	3,6
Liköre	2 cl	4,8
Kornbranntwein	2 cl	5,0
Weinbrand	2 cl	6,2
Obstbranntwein	2 cl	7,6

Quelle:
Hauptverband
der gewerblichen Berufs-
genossenschaften und
deutscher
Verkehrssicherheitsrat:
Alkohol im
Betrieb

»Rotwein ist für alte Knaben eine von den besten Gaben«, so dichtete einst Wilhelm Busch. Verschwiegen werden sollen natürlich nicht die Forschungsergebnisse, die dem Alkohol auch eine Schutzfunktion sowohl vor ischämischem Herzinfarkt als auch gegen koronare Herzkrankheiten bescheinigen. In allen wissenschaftlichen Beiträgen wird aber der mäßige Konsum hervorgehoben, bestenfalls 10 Gramm täglich (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). Übrigens hat auch der rote Traubensaft diese schützende Wirkung!

Wann spricht man von Alkoholmissbrauch? – Und was sind die Risiken?

Alkoholmissbrauch wird angenommen:

- bei gegenüber der soziokulturellen Norm erhöhtem Konsum
- bei Konsum zu unpassender Gelegenheit, z. B. bei der Arbeit und im Straßenverkehr
- bei sichtbaren Veränderungen der psychischen und/oder physischen Funktionen
- bei täglichem Konsum
- bei gezieltem Trinken zum Abbau von Spannungen, Ängsten und Frustrationen

Alkohol wirkt stresslösend und entspannend, daher ist es nahe liegend, dass er als Entspannungsmittel immer wieder eingesetzt wird. Dabei ist die Möglichkeit einer Gewöhnung und eventuellen späteren Abhängigkeit nicht auszuschließen.

Gesundheitliche Risiken bei Alkoholmissbrauch

Wenn es zur regelmäßigen Überschreitung der genannten Alkoholmengen kommt, werden gesundheitliche Risiken vornehmlich für folgende Körperorgane angenommen: Leber, Bauchspeicheldrüse, Magenschleimhaut, Herz, Darm, Muskeln, Sexualorgane. Insgesamt ist bei erhöhtem Alkoholkonsum von einer Schwächung des Immunsystems auszugehen.

Laut Aussage der Deutschen Gesellschaft für Ernährung erhärtet sich zunehmend der Verdacht, dass Alkohol krebsfördernd ist. Wer einen Liter Wein pro Tag trinkt, ohne zu rauchen, erkrankt nach Darstellung der Wissenschaftler 18mal häufiger an Speiseröhrenkrebs als jemand, der weder raucht noch trinkt. Ständige Alkoholfuhr steigere auch das Risiko für eine Krebserkrankung der Leber, des Enddarms und der Brustdrüse. Hinsichtlich des Krebsrisikos und anderer Folgen hat das frühere Bundesgesundheitsamt 1994 empfohlen: »Nicht mehr als zwei Drinks pro Tag. Kein Alkohol am Arbeitsplatz, am Steuer und in der Schwangerschaft!«

Am Arbeitsplatz zeigt sich das Thema »Alkoholmissbrauch« z. B. in Form von Restalkohol, mit dem Beschäftigte ihre Arbeit beginnen, beziehungsweise den Weg zur Arbeit angetreten sind. Sowohl der Weg zum Arbeitsplatz als auch der Heimweg zählen versicherungsrechtlich mit zum Arbeitsverhältnis. Der Versicherungsschutz kann entfallen, wenn der Arbeitnehmer alkoholisiert fährt.

Zu den Statistiken über Unfälle im Straßenverkehr kommen noch Zahlen aus anderen Bereichen hinzu, bei denen ebenfalls häufig ein enger Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und Unfallrisiko anzunehmen ist. Dies wären z.B. Arbeitsunfälle, Unfälle im Haushalt, Badeunfälle.

Unfallrisiken unter Alkoholeinfluss

Mit zunehmendem Promillegehalt steigt die Unfallgefährdung überdurchschnittlich. Bereits auf der Länderinnenministerkonferenz 1987 wurden folgende Erfahrungswerte vorgetragen:

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

Seit dem 19. März 2001 gibt es eine verschärfte Regelung für den Alkoholkonsum im Straßenverkehr. Jetzt gilt im Gegensatz zu früher bereits das Fahren mit 0,5 Promille und mehr im Blut bzw. 0,25 mg/l oder mehr Alkohol in der Atemluft als eine Ordnungswidrigkeit, die mit einer Geldbuße bis zu 3000 DM bestraft wird. Zusätzlich gibt es vier Punkte in der Flensburger Kartei und regelmäßig ein Fahrverbot.

Vergleicht man die Unfallstatistik zwischen 1994 und 1999, so hat die Zahl der bei Unfällen mit Personenschäden Beteiligten unter Alkoholeinfluss um rund 28% abgenommen. Die Unfallstatistik für 1999 zieht trotz der positiven Tendenz immer noch eine traurige Bilanz:

- **28.350 Alkoholunfälle**
- **1.114 Tote durch Unfälle unter Alkoholeinfluss**

Welche Definitionen gibt es für die Alkoholkrankheit?

Alkoholkrank ist jemand, der

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

Seit 1968 gibt es das Urteil des Bundessozialgerichts: »Trunksucht ist eine Krankheit«. Der Abstinenzverlust und der Kontrollverlust werden hierbei als Kriterien zugrunde gelegt. Für den Laien ist es in der Regel nicht erkennbar, ob jemand bereits alkoholkrank oder stark gefährdet ist. Es ist ein schleichender Übergang vom Alkoholmissbrauch zur Abhängigkeit. Anhand einiger Merkmale lässt sich eine Gefährdung, vielleicht auch Abhängigkeit ablesen.

Alkoholgefährdet oder alkoholkrank ist,

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

- wer durch das Trinken sich selbst und seine Umwelt schädigt und seine Beziehung zum Mitmenschen stört

Störungen in der Partnerschaft, der Familie und am Arbeitsplatz

Fachkreise nennen eine Zahl von 1.600.000 behandlungsbedürftigen Alkoholikerinnen und Alkoholikern. Wenn zu jeder Alkoholkranken bzw. zu jedem Alkoholiker wenigstens drei Personen im nahen Umfeld stehen, dann sind insgesamt schon 4.800.000 Menschen von dem Entwicklungsprozess einer sogenannten Alkoholkarriere betroffen. Dieser Kreis der Mitbetroffenen, die tagtäglich praktisch rund um die Uhr mit den Auswirkungen der Sucht leben müssen und das über Jahre, oft sogar über Jahrzehnte hinweg, bedarf der Aufmerksamkeit und Unterstützung.

Am Arbeitsplatz kann sich das Thema wie folgt darstellen: Der Betriebsablauf ist gestört, die Betriebsergebnisse verschlechtern sich, das Betriebsklima wird in Mitleidenschaft gezogen und das Image der gesamten Arbeitsgruppe sinkt. Experten gehen davon aus, dass

- 5% der Beschäftigten alkoholkrank und etwa 10% unmittelbar gefährdet sind,
- 75% Arbeitsleistung durchschnittlich von einem Alkoholkranken erbracht werden und
- auf das Konto der Betroffenen höhere Fehlzeiten, häufigere Krankschreibungen und Arbeitsunfälle gehen, die allerdings oft nicht als durch den Alkohol mitbedingt in die Berichterstattung fließen.

Diese Prozentangaben sind nicht wissenschaftlich belegt und sie berücksichtigen nicht die Beschäftigten, die zwar ein Alkoholproblem haben, aber dennoch über Jahre gute Arbeitsleistungen erbringen und auch nicht überdurchschnittlich hohe Fehltag aufweisen. Wie hoch der Anteil dieser am Arbeitsplatz eher unauffälligen Betroffenen ist, ist unbekannt.

Da einerseits Betroffene großen Wert auf den Erhalt des Arbeitsplatzes legen und andererseits der Betrieb auch daran interessiert sein muss, qualifizierte Beschäftigte zu behalten, sind Maßnahmen gegen Alkoholmissbrauch und Alkoholkrankheit sinnvoll und effektiv. Das konkrete Vorgehen im Einzelnen wird nachfolgend beschrieben.

Woran erkenne ich Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben?

Es ist Hilfe und entspricht der Fürsorge, Beschäftigte mit Alkoholproblemen am Arbeitsplatz anzusprechen. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig und legitim, Auffälligkeiten zu benennen, die das Erkennen einer Alkoholproblematik, trotz bestehender Unsicherheit möglich machen. Den Blick zu schärfen, die Brille für eine realistische Wahrnehmung zu putzen und Unterstützung zur Einordnung von Verhalten zu geben, ist der Sinn für die nachfolgende Auflistung. Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben, können in drei Bereichen auffällig werden: im Arbeits-, im Sozialverhalten sowie im äußeren Erscheinungsbild.

Mögliche Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten

- häufige Fehltag, die als Kurzerkrankungen ohne ärztlichen Nachweis meistens durch Dritte entschuldigt werden
- unentschuldigtes Fehlen, das nachträglich mit einem Urlaubstag abgegolten werden soll
- fehlerhafte Arbeitsergebnisse und Arbeitsrückstände
- aktive Phasen mit nachfolgendem deutlichen Leistungsabfall
- uninteressiert an Arbeitsabläufen oder auch überengagiert, d.h. Arbeitsvorhaben nicht aus der Hand gebend
- mit vielen Arbeitsaufgaben gleichzeitig beschäftigt, aber nicht nachvollziehbar für Dritte
- Termine werden versäumt, Unzuverlässigkeiten häufen sich
- fahrig, unkonzentriert, nervös – vor allem vor Arbeitspausen und Arbeitsende
- entfernen vom Arbeitsplatz während der Arbeit; oft irgendwie unterwegs
- vorgezogenes Arbeitsende oder auch Anhäufung von nicht vereinbarten Überstunden
- Überziehen der Pausen und unregelmäßiger Arbeitsbeginn

Mögliche Auffälligkeiten im Sozialverhalten

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

Mögliche Auffälligkeiten im äußeren Erscheinungsbild

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

Die oben aufgelisteten Anzeichen und Auffälligkeiten sind unspezifisch. Sie können, müssen aber nicht auf Alkoholprobleme schließen lassen.

Die Auffälligkeiten müssen nicht alle gleichzeitig auftreten, oft fehlt sogar das eindeutigste Merkmal – nämlich die Fahne. Das Fehlen der Fahne erschwert das Handeln, aber es darf nicht die Interventionen verhindern.

Die Wahrnehmung von Veränderungen einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters sollten frühzeitig Anlass für ein Gespräch sein. Auch Beschäftigte, die durch tragische private Umstände in Krisen geraten sind und über einen längeren Zeitraum massive Veränderungen zeigen, brauchen den Hinweis auf ihr jetziges Arbeits- und Sozialverhalten. Sie müssen wissen, wie sie von anderen gesehen und erlebt werden. Es gibt Beratungsangebote, wie z.B. Ehe-, Lebens- und Erziehungsberatungsstellen, die diesen Personen ein Hilfeangebot machen können. Oft ermöglichen erst die Rückmeldungen der Umgebung die Annahme von Hilfe. Die Person selber sieht eventuell die verfahrenere Situation und deren Auswirkungen auf die Arbeit und den Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen nicht mehr realistisch.

Jenen Beschäftigten, die an dieser Stelle immer wieder Zweifel anmelden, ob ein Ansprechen der Person gerechtfertigt sei, sollen ermutigt werden, Verantwortung zu übernehmen. Die Sorge, es handelt sich hierbei um Denunziation, muss natürlich abgewogen werden. Sie darf aber nicht als Schutzbehauptung dienen und jedes sinnvolle Handeln unterbinden.

Ehemals abhängige, jetzt trockene Alkoholiker weisen immer wieder darauf hin, wie wichtig die Gespräche am Arbeitsplatz für sie waren. Leider, so ihre Erfahrungen, erfolgten diese Rückmeldungen über ihre augenfälligen Veränderungen häufig erst sehr spät.

Veränderungen wahrnehmen, aber nicht Alkoholismus diagnostizieren!

Gewarnt werden muss vor dem Versuch, am Arbeitsplatz Alkoholismus zu diagnostizieren.

Personalverantwortliche würden bei anderen Erkrankungen ihrer Beschäftigten keine Diagnose stellen und Behandlungsmöglichkeiten vorschlagen. Hinzu kommt, dass die Auffälligkeiten von Beschäftigten, die Alkohol langfristig missbräuchlich konsumieren, kaum zu unterscheiden sind von denen, die krankhaft bedingt Alkohol trinken müssen. Ähnlichkeiten im Verhalten von Personen mit Alkoholproblemen und psychisch Kranken sind ebenfalls möglich.

Personen, die es sich am Arbeitsplatz zur Aufgabe machen, festzustellen, ob ein Kollege oder eine Kollegin alkoholkrank ist, überfordern sich zusätzlich! Sie begehen mit dieser Zielsetzung sogar den folgenschweren Fehler, für ihre Hypothese Beweise zu suchen. So werden nicht selten Flaschen im Spind oder Schreibtisch gesucht oder Situationen abgepasst, in der die Person des Trinkens am Arbeitsplatz »überführt« werden kann. Der Irrweg einer Beweisführung endet spätestens dort, wo Betroffene immer einfallreicher werden im Kaschieren ihres Trinkens und Personalverantwortliche sich durch letzte Zweifel verunsichert fühlen. Nicht selten wird dann auf die Taktik des Abwartens gesetzt, bis der »Fall« hausbekannt ist, und auch der letzte Zweifler mit »Fug und Recht« handeln muss.

Die Gesprächsmöglichkeiten – auch zu einem frühen Zeitpunkt – werden dargestellt im Kapitel: »Wie können Beschäftigte mit Alkoholproblemen am Arbeitsplatz angesprochen werden?«

Was kann Führungskräfte hindern, Auffälligkeiten wahrzunehmen?

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

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

Wahrnehmungen der Führungskraft

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

auf ihre Alkoholprobleme angesprochen wird, vergehen erneut Wochen und Monate. Dieses ist zum Nachteil der Betroffenen, da sich ihr Alkoholmissbrauch manifestieren kann. Sofern es zu häufigeren Versetzungen kommt, erfolgt die notwendige Intervention über Jahre nicht.

Eine Führungskraft, die bei einer neuen Mitarbeiterin oder einem neuen Mitarbeiter Auffälligkeiten wahrnimmt, die ein Alkoholproblem nahe legen, sollten nicht warten, bis sie sich sicher sind. Sie könnten die Person fragen, warum sie ihren Arbeitsplatz gewechselt hat. Vor allem sollten Vorgesetzte nicht die Lösung in einer Versetzung, sondern in der direkten Ansprache sehen, wenn ein Suchtmittelproblem vermutet wird.

Die eigene Einstellung zum Alkoholkonsum und Missbrauch ist der Maßstab, mit dem Abweichungen wahrgenommen werden. Wenn die Führungskraft es als unerheblich betrachtet, dass ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin gelegentlich »über die Stränge schlägt« und mit Restalkohol die Arbeit antritt, wird sie sich nicht aufgefordert fühlen, dagegen Einwände zu erheben. Bei einer kritischen Haltung ist mit einer früheren Intervention zu rechnen.

Bewertungsmaßstäbe innerhalb der Organisation

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

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

In einem Betrieb, der Wert auf Personalpflege und damit gesunde und nüchterne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter legt, ist eine entsprechende Reaktion des Vorgesetzten bei häufig auftretender Fahne erwünscht. Eine Firma, die z.B. für ihre Beschäftigten Automaten mit alkoholischen Getränken aufstellt, bringt Personalverantwortliche in eine verzwickte Lage. Eine Vorgesetzte, die die Fahne am Arbeitsplatz »etwas enger sieht«, muss sich nicht nur der Abwehrreaktion der Problemperson stellen, sondern auch die Kritik der anderen Vorgesetzten hinnehmen, weil sie aus deren Sicht überreagiert.

Für das persönliche Weiterkommen ist die Bewertung des eigenen Handelns durch die Führungskräfte entscheidend. Wann werden Vorgesetzte belohnt? Wenn sie bei Problemfällen aktiv werden und notfalls auch andere Funktionsträger in die Lösung des Konfliktes einbeziehen oder wenn sie einen »Deckmantel des Schweigens« über schwierige Situationen legen?

Nicht selten wird der Handelnde als »Troublemaker« gekennzeichnet und ist dann selbst der Störenfried. Andere, die schwierige Fälle »wegloben«, haben es leichter und stehen selber nicht in der Kritik. Es liegt auf der Hand, dass Personalverantwortliche bei diesem Bewertungsmaßstab erst handeln, wenn sich alle in ihrer Umgebung einig sind.

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

Das direkte Umfeld von Betroffenen

Das direkte Umfeld schirmt die Betroffenen in der Regel ab, kaschiert Fehler und leistet Mehrarbeit, damit die Probleme der Beschäftigten unentdeckt bleiben. Manchmal wird so lange gedeckt, bis sich das Missbrauchsverhalten verfestigt hat und die betroffene Person so belastend wird, dass das direkte Umfeld an der Situation zerbricht. Dieser Entwicklungsprozess dauert unterschiedlich lange. Je nach Beliebtheitsgrad der Betroffenen ist die Toleranzschwelle früher oder später erreicht.

Da das Verhalten der Arbeitsgruppe einen entscheidenden Einfluss auf eine konstruktive Lösung hat, wird dem Thema »Warum unternimmt keiner etwas? Es wissen doch alle Bescheid!« ein eigenes Kapitel gewidmet.

Warum unternimmt keiner etwas? – Es wissen doch alle Bescheid!

Es gibt eine Menge Gründe, einen Alkohol-auffälligen in der Arbeitsgruppe zu halten. Die Übernahme verschiedener Funktionen macht ihn zu einem Gruppenmitglied, das gebraucht wird:

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

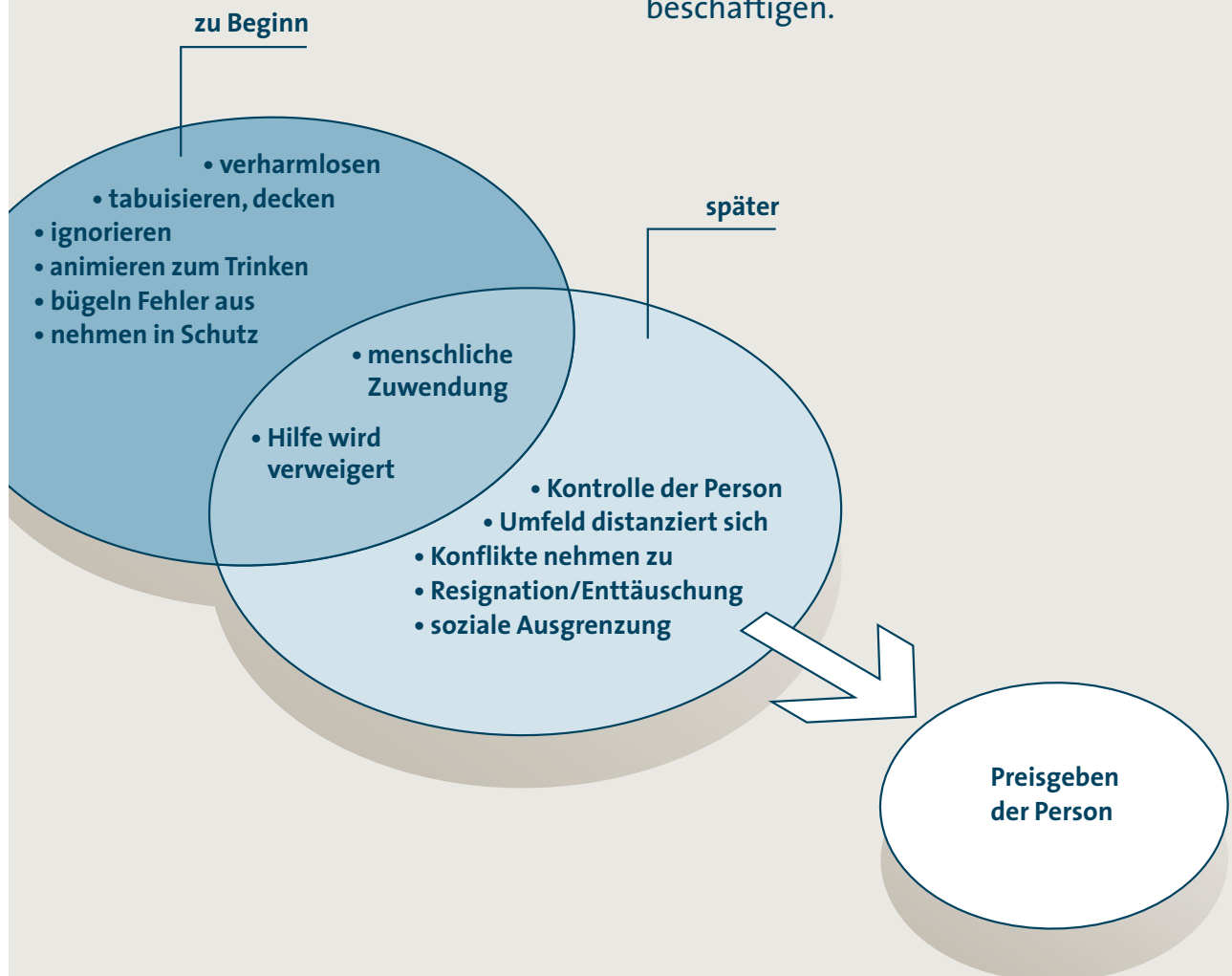
- Der Quotenhalter: Der Leistungsdruck wird relativiert durch die Toleranz, die dem Betroffenen gegenüber gezeigt wird; besser als der Betroffene bin ich allemal.

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

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

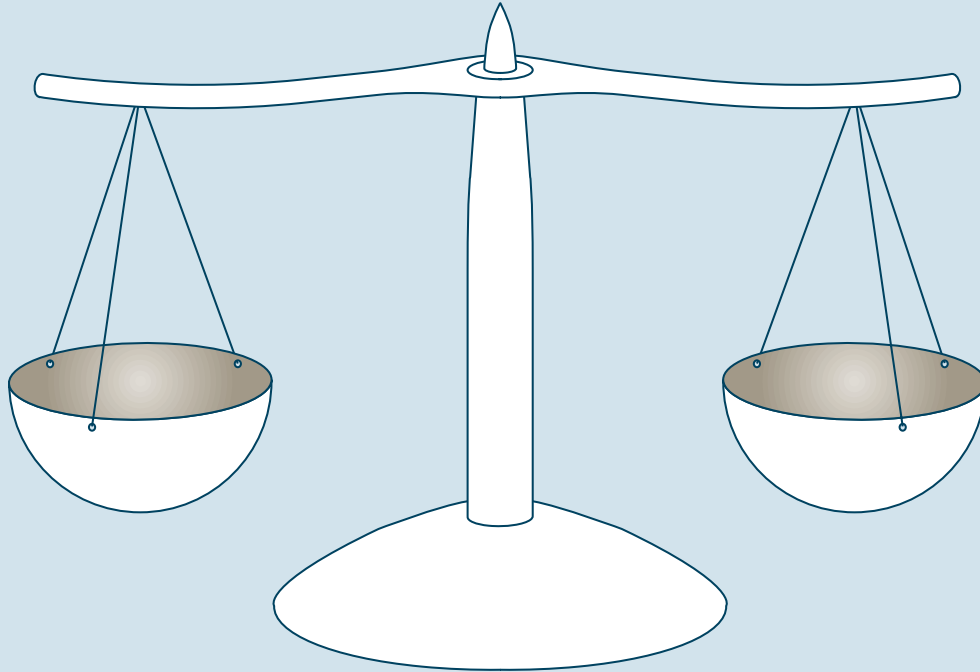
Spätestens jetzt müssen Personalverantwortliche agieren, damit das Team arbeitsfähig bleibt und damit die betroffene Person nach erfolgreicher Beratung und ggf. Therapie wieder in die Gruppe integriert werden kann.

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



Den Abwägungsprozess im kollegialen Umfeld zugunsten der Waagschale »Wir handeln« zu beeinflussen, mag für die Führungskraft ein beschwerliches Vorgehen sein. Aber es lohnt sich. Wenn die Gruppe weiterhin den auffälligen Mitarbeiter deckt, kann der Vorgesetzte die Einschränkungen in der Arbeitsleistung nur begrenzt feststellen. Im Gespräch sollte daher für die Mitarbeit am Veränderungsprozess geworben werden. Erzwingen kann man sie nicht. Fürsorgepflichtig ist der Arbeitgeber und somit die Führungskraft. Argumente für die Überzeugungsarbeit des Vorgesetzten liefert die dargestellte Waage

Der Abwägungsprozess des Umfeldes



Gründe, nichts zu tun

- Der auffällige Mitarbeiter verdeckt eigene Schwächen
- Handeln bedeutet Engagement – Bequemlichkeit ist einfacher
- Handeln bedeutet, eventuell Ärger zu bekommen
- Ignoranz: »Was geht mich das an!«
- Problemfall sorgt für Unterhaltung: »Clown«
- Der auffällige Mitarbeiter ist Aggressionsventil bzw. Klimaregler
- Gutes Gewissen: »Nichts zuleide tun«
- Der auffällige Mitarbeiter hat Fachkenntnisse und ist unentbehrlich

Gründe zum Handeln

- Arbeitsbelastung durch Mehrarbeit
- Stimmungsschwankungen, permanente Fahne, ungepflegtes Äußeres stoßen ab
- Emotionale Belastung durch ununterbrochene Verantwortung
- Fehler senken das Image der gesamten Gruppe
- Schuldgefühle, »nichts zu tun«, nehmen zu
- Fürsorgepflicht wird eingefordert
- Wissen um angemessenes Handeln ist existent
- Teamgeist sichert Unterstützung zu

Die Dauer und das Ergebnis des Abwägungsprozesses ist unter anderem abhängig von der Beliebtheit beziehungsweise Unbeliebtheit der betroffenen Person. Handelt es sich um eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter, die oder der bereits bei der Aufnahme in der Arbeitsgruppe keine große Akzeptanz hatte, so werden die Auffälligkeiten sehr bald registriert und die Person wird angesprochen, ihr Verhalten zu ändern. Gibt es in der Organisation die Vorgabe, Hilfeangebote für Menschen mit Alkoholproblemen anzubieten, so wird dies pflichtgemäß geschehen. Handelt es sich bei Betroffenen allerdings um Menschen, die durch ihre angepasste, vielleicht auch fröhliche Art von vornherein Sympathien erwecken, dann werden Auffälligkeiten lange kaschiert. Keiner möchte »weh tun«. Diese zunächst beliebten Kollegen werden lange gelitten, bis ihnen Hilfeangebote

zuteil werden. Wünschenswert wäre auch für die »netten Alkoholfälle« ein rechtzeitiges Angebot. Dieses Argument könnte auch für die Kolleginnen und Kollegen überzeugend sein.

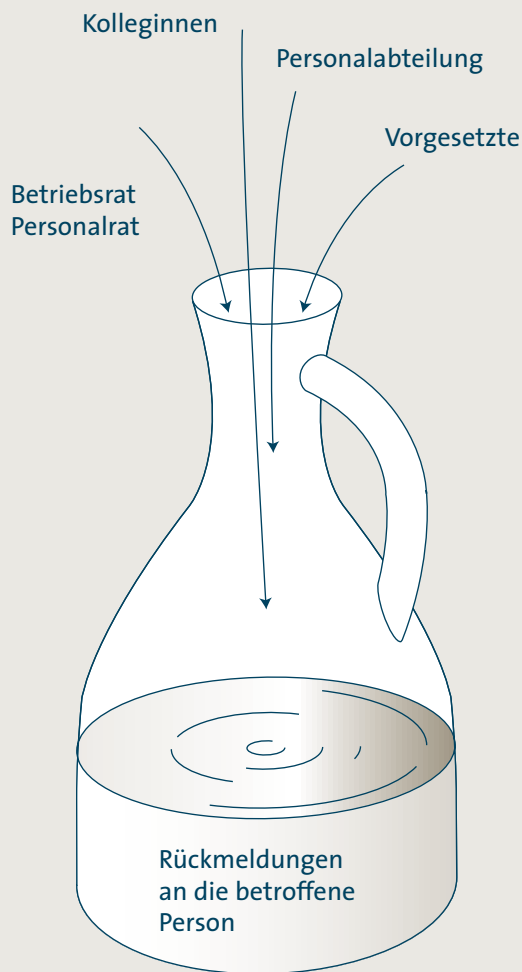
Das Verhalten des Umfeldes macht sichtbar, dass die ganze Gruppe eine Neuorientierung braucht, wenn es zu einer Veränderung der Arbeitssituation und des Arbeitsklimas kommen soll. Nur dann kann auch der betroffenen Person geholfen werden. Verständlicherweise scheuen viele Gruppenmitglieder diesen Veränderungsprozess, weil auch sie davon betroffen sind.

Das Einbeziehen des Umfeldes am Arbeitsplatz entspricht der systemischen Sichtweise. Sie stellt nicht die Frage »wer ist schuld?«, sondern sucht nach konstruktiven Lösungen unter Berücksichtigung aller Handelnden.

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

Die Anonymen Alkoholiker, eine Selbsthilfeorganisation für Alkohol Kranke, haben den Satz geprägt: »Alkoholiker müssen erst ihren persönlichen Tiefpunkt erreichen, bevor man ihnen helfen kann.« Jede Person, auch die mit Alkoholproblemen, hat unterschiedliche »Schmerzgrenzen«, was ihr eigenes Verhalten und die Reaktionen darauf betrifft.

Oft wissen aber Menschen unter der Einnahme ihres Suchtmittels nicht, was sie sich selber und anderen antun. Sie brauchen das Umfeld, um zu einer neuen Einschätzung ihres Handelns zu kommen. Sie brauchen den vorgehaltenen Spiegel, der ihnen zeigt, wo sie zur Zeit stehen und wie sie von den anderen gesehen werden. Betroffene brauchen Rückmeldungen! In der Literatur wird von einer »zyklisch wiederkehrenden Veränderungsbereitschaft« berichtet. Es lohnt sich immer wieder.



Bildlich lässt sich diese Situation in Form eines Kruges darstellen, in den von allen am Arbeitsplatz beteiligten Personen Rückmeldungen fließen, bis der Krug voll ist.

Die betroffene Person lässt uns nicht wissen, wie groß ihr Krug ist und wie viele Rückmeldungen vielleicht aus dem privaten Bereich bereits vorhanden sind. Mit jeder Rückmeldung füllen wir den Krug. Betroffene werden uns nur verschlüsselt erleben lassen, wie stark sie die einzelne Mitteilung berührt hat. Massive Abwehr des Angesprochenen kann ein Indiz dafür sein, dass viel in den Krug geflossen ist.

Wie sind die Reaktionen der Betroffenen einzuschätzen?

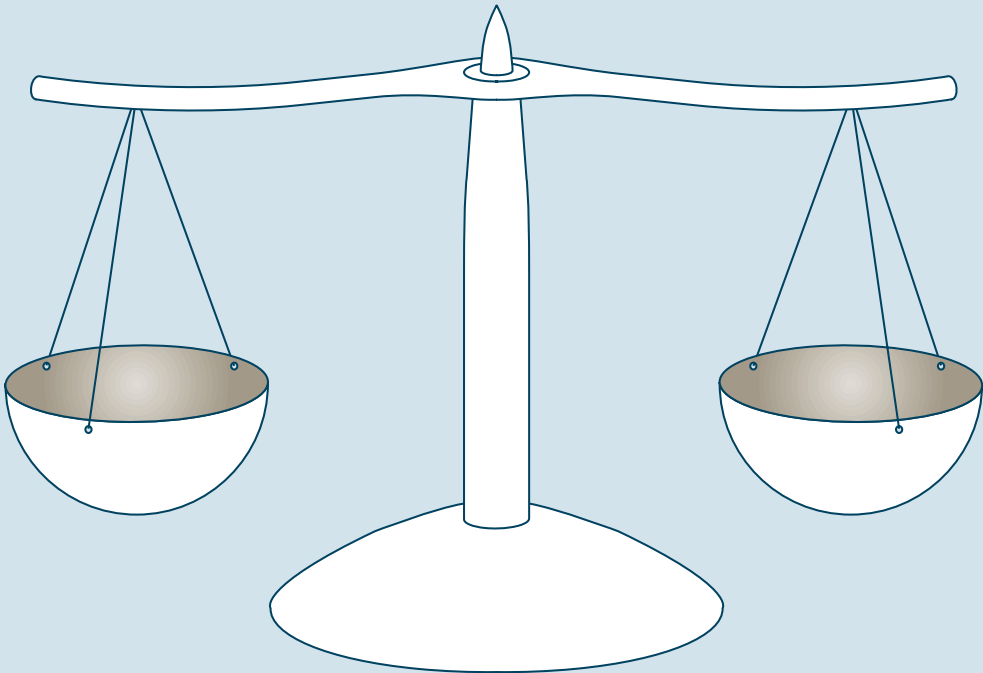
Häufig sind Kolleginnen und Kollegen enttäuscht, weil die betroffene Person so uneinsichtig ist. Sie fühlen sich nach einem Gespräch mit ihr ohnmächtig. Sie glauben, durch ihre Intervention nichts erreicht zu haben. Die Betroffene hat es durch Gegenwehr geschafft, sie zu entmutigen. Genau diese Reaktion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

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

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

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

Der Abwägungsprozess des Betroffenen



Gründe zum Weitertrinken

- Perspektivlosigkeit
- Keine körperlichen Beschwerden
- Angst vor Entzug
- Akzeptanz des Umfeldes
- Negative Vorbilder
- Inkonsequenz
- Schonung am Arbeitsplatz
- Unwissen über Beratung

Gründe zum Aufhören

- Verlust des Führerscheines
- Verlust von Freunden
- Verlust von Partner/in
- Körperliche Beschwerden
- Androhung, Arbeitsplatz zu verlieren
- Konsequentes Umfeld
- Positive Vorbilder
- Perspektiven bei einer Verhaltensänderung

Alle Gründe sind nur beispielhaft. Sie lassen sich ergänzen und treffen nicht auf jeden Einzelnen zu. Wichtig ist die Tatsache, dass es überwiegend Verlusterlebnisse sind, die eine Verhaltensänderung begünstigen. Die Personen, die Betroffene umgeben und Angst davor haben, durch ihre Intervention z. B. den Arbeitsplatz zu gefährden, müssen lernen, dass diese negative Aussicht dem Betroffenen helfen kann, sich für ein Ende seiner Sucht-

karriere zu entscheiden. Erst wenn die ersten Hinweise auf mangelnde Arbeitsleistung erfolgt sind und der Erhalt des Arbeitsplatzes unsicherer wird, erleben Betroffene die Konsequenzen ihres Handelns. Da dieser Prozess für die betreffende Person eine positive Richtungsänderung einleiten soll und eine Beratung, ggf. Behandlung zum Ziel hat, sprechen wir vom »konstruktiven Leidensdruck«.

Konstruktiver Leidensdruck hat Veränderung zum Ziel. Maßnahmen sind:

- der betroffenen Person ihre Arbeitssituation deutlich vor Augen zu führen,
- der betroffenen Person Möglichkeiten der fachgerechten Hilfe anzubieten,
- den Arbeitsplatz zu erhalten – aber wenn keine Verhaltensänderung gezeigt wird und auch keine Bereitschaft da ist, Hilfeangebote anzunehmen, angekündigte negative Konsequenzen für die betroffene Person auch umzusetzen.

Die vorhersehbaren Sanktionen und die zu bietende Hilfe sind in Konzepte zur Gesprächsführung mit alkoholauffälligen Beschäftigten eingeflossen.

Wie können Beschäftigte mit Alkoholproblemen am Arbeitsplatz angesprochen werden?

Für die Führungskraft gibt es zwei verschiedene Möglichkeiten, einen Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin mit Alkoholproblemen anzusprechen. Die Ausgangssituation entscheidet darüber, welche der dargestellten Gesprächsebenen gewählt werden sollte.

1. Gespräche auf der kollegialen, freundschaftlichen Ebene



Die Linie mit Pfeil ist die Zeitlinie, auf der jedes ● ein Gespräch darstellt.

2. Gespräche auf der arbeitsrechtlich/dienstrechtlich relevanten Ebene



Die Zeitlinie ist begrenzt. Kommt es bis zum fünften Gespräch zu keiner Verhaltensänderung, ist mit einer krankheitsbedingten Kündigung zu rechnen.

Gespräche auf der kollegialen, freundschaftlichen Ebene

Wenn noch keine arbeitsrechtlich oder dienstrechtlich relevanten Pflichtverletzungen des Arbeitnehmers vorliegen, kann die Führungskraft auf der freundschaftlich, kollegialen Ebene das Gespräch suchen. Sie spricht dabei die beobachteten Auffälligkeiten an und verdeutlicht ihre Sorge über die weitere Entwicklung. Sie bietet Unterstützung für den Veränderungsprozess an. Diese Gespräche können frühzeitig stattfinden. Zu diesem Zeitpunkt liegt eventuell ein Missbrauchsverhalten vor, das der Betroffene noch steuern kann. Da der Auffällige in diesen Gesprächen erfährt, wie er zur Zeit erlebt wird, kann diese Intervention bereits erfolgreich sein. Zumindest sind diese Rückmeldungen ein Anfüllen des Kruges, wie im vorhergehenden Kapitel dargestellt.

Die freundschaftlich-kollegialen Gespräche finden erfahrungsgemäß auch am Arbeitsplatz statt, wenn die Kolleginnen und Kollegen den auffälligen Beschäftigten als besonders belastend erleben und es sich nicht mehr um geringe Auffälligkeiten handelt, sondern um Fehler, die bereits »ins Auge springen«. Die Konfrontation durch das kollegiale Umfeld bleibt oft ein sporadisches Ereignis. Sobald die betroffene Person weniger auffällig ist, kommt es zu keiner weiteren Rückmeldung. In diesen gesprächslosen Zeitspannen verhält sich die Person entweder unauffällig oder aber die anderen sind trotz bestehender Auffälligkeiten nicht aktiv. Sie sind mit eigenen, persönlichen oder beruflichen Belastungen abgelenkt. Es ist offensichtlich, dass Betroffene Gespräche zwar fürchten, aber auch schnell lernen, ihnen auszuweichen. Damit es zu einer konti-

nuierlichen Ansprache kommt, sind Stufenpläne entwickelt worden. Diese Hilfe- und Kritikgespräche sind oft Bestandteil eines Verfahrens, über die eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung abgeschlossen wurde. Sie haben damit Gültigkeit für die gesamte Organisation, den gesamten Betrieb.

Gespräche auf der arbeitsrechtlich/dienstrechtlich relevanten Ebene

Die Stufenpläne zur Gesprächsführung mit alkoholauffälligen Beschäftigten sind angebracht, wenn Verletzungen in den arbeitsvertraglichen/dienstvertraglichen Pflichten vorliegen. Sie haben klare Zeitstrukturen und inhaltliche Vorgaben. Personalverantwortliche setzen die Gesprächskette in Gang und sind verpflichtet, in bestimmten Zeitabständen nach genauer Beobachtung Rückmeldungen zu geben. Sofern die betroffene Person ihren Verpflichtungen aus dem Arbeitsvertrag/Dienstvertrag wieder nachkommt, erfolgt eine positive Rückmeldung. Sofern sich die beanstandeten Auffälligkeiten nicht verändert haben, eventuell noch neue Vorkommnisse hinzu kommen, wird ein weiteres Gespräch geführt. Die Teilnehmerzahl in den einzelnen Gesprächen wird von Mal zu Mal erhöht. Die Sanktionen werden einschneidender und die Verpflichtung, Hilfe anzunehmen, wird durch entsprechende Auflagen verstärkt. Der betroffenen Person soll unmissverständlich klar gemacht werden, dass die Annahme von Hilfe oder eine Änderung des Verhaltens ihre letzte Möglichkeit ist, den Arbeitsplatz zu erhalten. Bevor der Stufenplan zur Anwendung kommt, recherchiert der oder die unmittelbare Vorgesetzte genau, welche konkreten Verfehlungen vorliegen und welche

Störungen im Arbeitsklima es bereits gibt. Sofern gesundheitliche Einschränkungen erkennbar sind, werden diese ebenfalls angesprochen.

Die Zeit der Beobachtung vor dem ersten Gespräch ist arbeitsintensiv. Vorgesetzte müssen auf das Arbeits- und Sozialverhalten achten und nicht das Missbrauchsverhalten (wann, wie viel und wo getrunken wird) kontrollieren. Sie sollten sich über die Beobachtungen Notizen machen, die im persönlichen Besitz bleiben. Maßnahmen zur Beobachtung können sein:

- Vergabe eines Einzelauftrages mit Terminfestlegung
- zeitgleiches Arbeiten mit der betroffenen Person
- häufige Ansprache, möglichst auch zu Arbeitsbeginn und Arbeitsende

Seit Ende der 70er Jahre gibt es Erfahrungen mit solchen Stufenplänen zur Gesprächsführung. Die folgende Rahmenempfehlung des Landes Niedersachsen stellt einen gelungenen Stufenplan vor, der die derzeitige arbeits- und dienstrechtliche Rechtsprechung berücksichtigt. Mit der Differenzierung der Sanktionen im dritten Gespräch wird sowohl dem verhaltensbedingten als auch dem krankheitsbedingten Fehlverhalten Rechnung getragen. In der vierten Stufe wird noch einmal diese Differenzierung aufgegriffen, um der betroffenen Person wiederholt die Möglichkeit zu geben, selber ihr Fehlverhalten als krankheits- oder verhaltensbedingtes einzuschätzen.

Der Stufenplan ist ein Beispiel aus dem öffentlichen Dienst, der aufgrund seiner rechtlichen Absicherung als Orientierung dienen kann. Er berücksichtigt drei Beschäftigtengruppen: Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte und Beamtinnen und Beamte.

Es ist unumgänglich, für den eigenen Betrieb auch eine eigene Vereinbarung zu entwickeln. Für den Abstimmungsprozess zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretung muss ein Verhandlungsspielraum und genügend Zeit eingeplant werden.

Stufenplan für den Umgang mit (suchtmittel-)auffälligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

1. Gespräch:

»Vier-Augen-Gespräch«, Einstieg in den Stufenplan
 Beteiligte: Beschäftigte/r und unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher, oder Verdacht auf Verstoß gegen dienstrechtliche Pflichten haben unmittelbare Vorgesetzte mit den Betroffenen ein vertrauliches Gespräch zu führen. Das Gespräch soll folgende Inhalte umfassen:

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
- Besorgnis ausdrücken, dass der/die Beschäftigte Probleme mit Suchtmitteln oder süchtigem Verhalten hat;
- Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote (Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe) und externe Hilfen (psychosoziale Beratungsstellen, Suchtberatung);
- Aufzeigen der Erwartungen des oder der Vorgesetzten an das weitere Arbeitsverhalten;
- Vereinbarung von Konsequenzen, Hinweis auf Stufenplan;
- Vereinbarung eines weiteren Gesprächs, um über die weitere Entwicklung des Verhaltens Rückmeldung zu geben (Rückmeldegespräch)

Das Gespräch hat keine personellen Konsequenzen. Bei Beamtinnen und Beamten findet es im Rahmen der Verwaltungsermittlung statt und dient der Verdachtsermittlung.

Bei positiver Verhaltensänderung; keine Folgen, Rückmeldegespräch nach 6–8 Wochen

Keine Verhaltensänderung

2. Gespräch:

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

Bei Zustimmung der oder des Betroffenen: Personalvertretung und bei Schwerbehinderten die Schwerbehindertenvertretung, auf Wunsch des oder der Betroffenen eine in der Suchthilfe tätige Person.

Kommt es erneut zu suchtmittelbedingten Verletzungen der arbeitsvertraglichen bzw. dienstrechtlichen Pflichten, so ist vom zuständigen Vorgesetzten ein Personalgespräch mit folgendem Inhalt zu führen:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des vorangegangenen Gesprächs;
- Zusammenhang zu Suchtmittelgebrauch oder süchtigem Verhalten erneut aufzeigen;
- Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote (Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe) und externe Hilfen (psychosoziale Beratung, Suchtberatung usw.)
- Aufforderung, eine Beratung aufzusuchen;
- Ankündigung weiterer Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten; Hinweis auf Stufenplan.

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

Bei Beamtinnen und Beamten wird die Vorermittlung gemäß § 26 NDO eingeleitet.

Bei positiver Verhaltensänderung oder Aufnahme einer Therapie keine weiteren Folgen

Keine Verhaltensänderung

3. Gespräch

Beteiligte: wie im zweiten Gespräch, zusätzlich die Personalabteilung. Kommt es erneut zu suchtmittelbedingten Verletzungen der arbeitsvertraglichen bzw. dienstrechtlichen Pflichten, findet ein Gespräch mit folgenden Inhalten statt:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt der vorangegangenen Gespräche;
- Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder süchtigem Verhalten herstellen;
- Hinweis auf interne Hilfeangebote (Einrichtung für Suchtprävention) und externe Hilfen (psychosoziale Beratung, Suchtberatung usw.);
- Aufforderung, eine Beratungsstelle aufzusuchen und den Nachweis zu erbringen, dass ein Beratungsgespräch stattgefunden hat.

Wenn der oder die Beschäftigte darlegt, dass das Fehlverhalten bzw. die Schlechtleistung auf einer Suchterkrankung beruht, wird er oder sie aufgefordert, sich in eine Suchtberatung bzw. -therapie zu begeben. Hierfür wird Unterstützung zugesichert. Spielt nach Aussagen des oder der Beschäftigten eine Suchterkrankung keine Rolle bzw. liegt eine Suchterkrankung nicht vor, so ist die Voraussetzung für eine Abmahnung aus verhaltensbedingten Gründen erfüllt. Die Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten werden angekündigt. Als personelle Konsequenz wird eine schriftliche Abmahnung erteilt. Bei Beamtinnen und Beamten wird das Disziplinarverfahren fortgeführt oder ggf. ein neues eingeleitet.

Bei positiver Verhaltensänderung oder Aufnahme einer Therapie keine weiteren Folgen

Keine Verhaltensänderung

4. Gespräch

Beteiligte: wie im dritten Gespräch

Kommt es erneut zu suchtmittelbedingten Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und nimmt der oder die Beschäftigte die angebotene Hilfe nicht in Anspruch, findet ein weiteres Gespräch statt:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des dritten Stufengespräches;
- Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder süchtigem Verhalten herstellen;
- Angebot von interner Hilfe;
- Schriftliche Aufforderung, eine Beratungsstelle aufzusuchen und sich unmittelbar in Beratung oder Therapie zu begeben, da eine Suchterkrankung nicht ausgeschlossen werden kann.

Der oder die Beschäftigte wird noch einmal darauf hingewiesen, dass

- die Dienststelle nicht länger bereit ist, das Fehlverhalten und/oder die Minderleistung hinzunehmen;
- die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist;
- ohne Therapie eine krankheitsbedingte Kündigung erfolgen kann.

Liegt nach Auskunft des oder der Betroffenen eine Suchterkrankung nicht vor, wird eine zweite Abmahnung ausgesprochen. Personelle Konsequenzen können darüber hinaus sein: Umsetzung, Änderungskündigung mit dem Ziel der Herabgruppierung, besondere Auflagen, individuelles Alkoholverbot u.a. Bei Beamtinnen und Beamten wird das Disziplinarverfahren fortgeführt oder ggf. ein neues eingeleitet.

Bei positiver Verhaltensänderung oder Aufnahme einer Therapie keine weiteren Folgen

Keine Verhaltensänderung

5. Gespräch

Beteiligte: wie im vorangegangenen Gespräch

Ändert die oder der Beschäftigte das Verhalten nicht, werden insbesondere die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch genommen und ist keine Besserung zu erwarten, dann kommt es zum letzten Gespräch des Stufenplans:

- Die Dienststelle leitet die Kündigung ein. Bei Beamtinnen und Beamten wird das förmliche Disziplinarverfahren mit dem Ziel der Entfernung aus dem Dienst eingeleitet.

Wie kann ich mich auf das Gespräch mit Betroffenen vorbereiten?

Die Führungskraft sollte sich auf die betroffene Person und ihre möglichen Reaktionen einstellen. Menschen mit Alkoholproblemen wollen nicht auf ihr alkoholbedingtes Fehlverhalten angesprochen werden. Sie versuchen mit unterschiedlichen Verhaltensweisen, die Kritik an ihrem Verhalten zu verhindern.

Diese Abwehr kann sein:

- aggressives Verhalten
»Das ist glatte Verleumdung, das muss ich mir von ihnen nicht bieten lassen«
- mitleiderweckendes Verhalten
»Meine Schwierigkeiten liegen im privaten Bereich. Da habe ich sehr zu kämpfen...«
- gleichgültiges Verhalten
»Das ist mir egal, wenn sie meinen...«

- erpresserisches Verhalten
»Ich kann ihnen da auch einiges aufzischen, was sie interessieren wird« oder
»Wenn sie mir auch noch zusetzen, dann gebe ich auf!«
- einsichtiges Verhalten, aber ohne Bereitschaft, professionelle Hilfe anzunehmen
»Sie haben Recht, ich muss mich ändern, aber eine Suchtberatung brauche ich nicht!«

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

Damit Führungskräfte sich nicht durch das Verhalten lähmen lassen und einem »roten Faden« in der Gesprächssituation folgen, bietet sich eine schriftliche Vorbereitung an:

1. Was ist Ihr Ziel in dem Gespräch?

2. Welche/s Verhalten/Vorkommnisse geben Anlass zur Sorge und/oder Beanstandung?

Arbeitsverhalten

Sozialverhalten

Gesundheitsverhalten/Erscheinungsbild

Besondere Vorkommnisse

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

4. Welches Verhalten soll die betroffene Person ändern?

5. Wie oft haben Sie bereits mit der Person gesprochen?

6. Was hat sich seit dem letzten Gespräch geändert?

Wurden Vereinbarungen eingehalten?

7. Welche konkreten Hilfeangebote können Sie machen?

8. Welche Möglichkeit der Veränderung sieht der/die Betroffene?

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

10. Getroffene Vereinbarungen?

11. Termin für das nächste Gespräch?

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

Es gibt keinen Leitfaden für ein garantiert erfolgreiches Gespräch. Die Frage von Erfolg ist immer verknüpft mit den selbst gesteckten Erwartungen. Diese dürfen nicht zu hoch gesetzt werden. Es ist leichter, Hoffnungen einzulösen, wenn sie sich zunächst auf das eigene Verhalten beziehen. Für das Gespräch mit Betroffenen bedeutet das:

- Ich sage meinem Gegenüber, wie ich es im Moment erlebe, und was zu be-
anstanden ist. Was mein Gegenüber
mit dieser Mitteilung macht, bleibt
seine Entscheidung.

- Ich stelle die Auffälligkeiten in Zusammen-
hang mit dem vermuteten Alkohol-
problem. Ob mein Gegenüber dieses
genauso sieht, ist seine Sache.
- Ich biete Unterstützung zur Veränderung
an und unterbreite konkrete Hilfean-
gebote. Ob mein Gegenüber sich darauf
einlässt, steht in seinem Ermessen.
- Ich zeige zu erwartende Konsequenzen
auf. Ob mein Gegenüber dieses ernst
nimmt und entsprechend reagiert, ist
meine Hoffnung, aber nicht meine
Verantwortung.

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

Welche Beratung und Behandlung für Alkoholgefährdete und -kranke gibt es?

Beratung: In dieser ersten Phase geht es darum, gemeinsam mit der ratsuchenden Person eine Einschätzung der Problematik vorzunehmen und nach Lösungswegen zu suchen. Gegebenenfalls soll im Beratungsprozess Krankheitseinsicht hergestellt und für eine Therapie motiviert werden. Die ersten Anlaufstellen für Beschäftigte mit Alkoholproblemen sind:

- die Suchtberaterin/ der Suchtberater innerhalb des Betriebes oder der Verwaltung
- die Selbsthilfegruppen außerhalb
- ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke

Akutbehandlung: Die Behandlung beginnt in der Regel mit dem körperlichen Entzug. Dieser erstreckt sich über einen Zeitraum von drei Tagen bis hin zu maximal sechs Wochen im Krankenhaus. Sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gegeben sind, bezahlt die Krankenkasse.

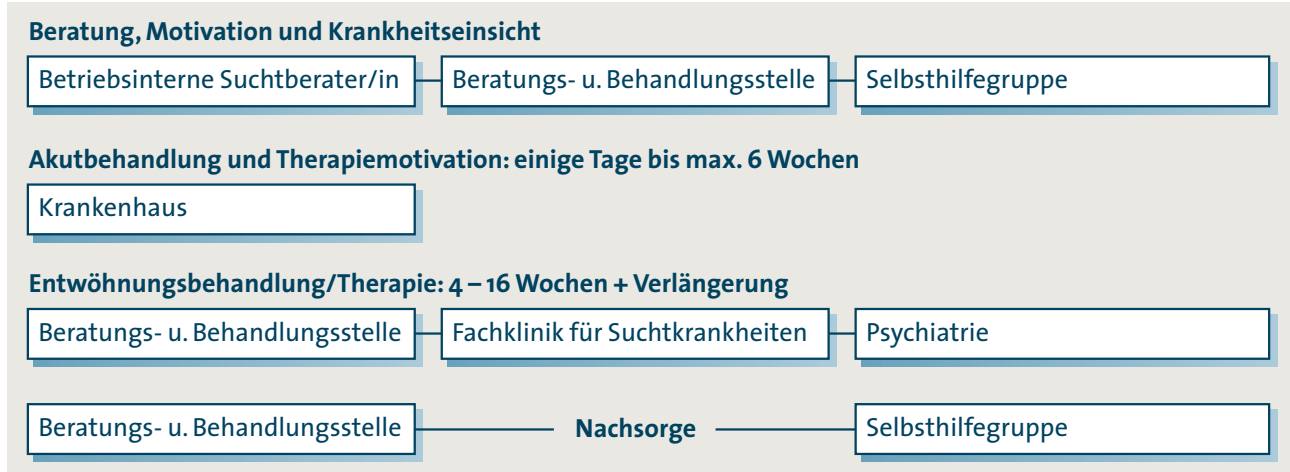
Ambulante oder stationäre Therapie: Der zweite Schritt ist die Entwöhnungsbehandlung mit dem Therapieziel der

Abstinenz. Die Kostenübernahme erfolgt in der Regel über den Rentenversicherungsträger. Personen im Beamtenverhältnis haben u. U. eine Ausschlussklausel für »Suchtbehandlung« in ihrer privaten Krankenversicherung. Hier muss für jeden Einzelfall verhandelt werden. Die Beihilfesätze werden ggf. erhöht. Die Therapie findet in unterschiedlichen Zeiträumen statt: Kurzzeittherapien von etwa vier Wochen; Regelbehandlungszeiten von 16 Wochen mit der Möglichkeit zur individuellen Verlängerung. Bei ambulanter Therapie in der Beratungsstelle gibt es Zeiten von etwa fünf bis 18 Monaten. Therapien finden statt in:

- Beratungs- und Behandlungsstellen mit Anerkennung des Leistungsträgers
- Fachkliniken für Suchtkranke
- Psychiatrien mit speziellen Suchtabteilungen

Nachsorge: Das Ziel der Nachsorge ist die Verhinderung des Rückfalls. Sie findet statt in:

- Selbsthilfegruppen
- Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke



Therapieziel Abstinenz – oder gibt es auch andere Angebote?

Diese Frage kann mit einem eingeschränkten »ja« beantwortet werden. Zur Zeit wird von einigen Experten das Tabu der Alkoholismus-Therapie aufgeweicht: Nicht die totale Abstinenz ist das Ziel, sondern der kontrollierte Umgang mit dem Suchtmittel.

Für die Beschäftigten am Arbeitsplatz, die sehr früh auf ihre alkoholbedingten Auffälligkeiten angesprochen werden, könnte das Lernen eines kontrollierten Trinkens – außerhalb des Betriebes – eine Alternative sein.

Zeitschrift
»Die Woche«
vom
21. Juli 2000

»Körkel bricht das Tabu der deutschen Alkoholismus-Therapeuten. Bislang gilt Abstinenz als einziges legitimes Ziel. Keine Kranken- oder Rentenversicherung bezahlt die Behandlung, die nicht völlige Trockenheit anstrebt. Doch diese Rechnung ist oft ohne den Kunden gemacht. Selbst von denen, die sich in eine Klinik begeben, wollen ein Drittel später weiter trinken, das jedenfalls gaben Entzugspatienten zu, die für eine Studie von Körkel befragt wurden In Körkels Nürnberger Gruppe können Teilnehmer über solche Wünsche offen reden und sie sogar in die Tat umsetzen – nur nicht nach Lust und Laune. Nach gründlicher Information über die Wirkungen von Alkohol setzt sich jedes Gruppenmitglied ein Trink-Ziel. Das kann durchaus Abstinenz heißen, und nicht selten legen die Therapeuten dies sogar nahe. Wir wollen den Leuten nicht einreden, sie könnten kontrolliert trinken, sagt der Psychologe. Doch letztendlich entscheiden die Teilnehmer selbst.«

So ganz unbekannt ist der Ansatz nicht, Personen, die mit Alkohol auffällig werden, wieder zu einem verantwortungsvollen Umgang mit dem Suchtmittel zu führen. Alkoholsünder im Straßenverkehr, die zur Wiedererlangung ihres Führerscheins in einer medizinisch-psychologischen Untersuchung als nicht alkoholabhängig, aber als problematisch im Umgang mit »Trinken und Fahren« erkannt werden, kommen in eine solche Schulungsmaßnahme. Hier lernen sie in einer Vielzahl von Stunden die Wirkungen von Alkohol, die Gefährdungspotentiale für sich und andere und die rechtlichen Folgen kennen. Mit Hilfe von Tagesprotokollen zeichnen die Teilnehmer ihren Alkoholkonsum und ihr zeitlich abgestimmtes Fahren eines PKW auf. Neben der Informationsvermittlung steht die psychologische Betreuung, in der über die Schwierigkeiten der erforderlichen Selbstdisziplin gesprochen wird.

Bei diesem Verfahren entscheiden die Untersuchenden, ob eine Abstinenztherapie angebracht ist oder ein Lernprogramm zum »verantwortungsbewussten Trinken«.

Das derzeit diskutierte verhaltenstherapeutische Beratungsangebot richtet sich an Menschen, die mehr oder weniger freiwillig eine Änderung ihres problematischen Trinkens erreichen wollen. Für diese Zielgruppe sollen nicht Therapeuten das Ziel formulieren, sondern die Hilfesuchenden selber. »Vom Sollen zum Wollen: Zielfestlegungen und Zielvereinbarungen in der Suchthilfe« nennt der Psychologe Körkel selber dieses Vorgehen.

Damit erhalten Personen, die nicht abhängig sind, aber massive Probleme aufgrund ihres Alkoholkonsums haben, eine reelle Chance, wieder reflektiert und maßvoll trinken zu können. **Diejenigen, die alkoholabhängig sind, erleben sehr schnell die Unzulänglichkeit dieses Angebotes für ihre Situation.** Sie können dann im weiteren entscheiden, ob eine Abstinenztherapie nicht angebrachter wäre.

In der Bundesrepublik nehmen im Jahr etwa 50.000 Menschen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung wahr. Das Institut für Therapiefor- schung in München hat mit seiner Studie im Auftrag der Bundes- regierung herausgefunden, dass über 7,8 Millionen Bundesbürger mehr als die gesundheitlich unbedenkliche Menge Alkohol konsumieren. Von diesen 7,8 Millionen haben 2,4 Millionen Probleme in der Familie, im Straßenverkehr oder im Beruf aufgrund des Alkoholkonsums. Mit den bisherigen Therapieangeboten wird also nur ein kleiner Teil derer erreicht, die Unterstützung brauchen.

Das eingeschränkte »Ja« auf die am Anfang des Kapitels gestellte Frage bezieht sich auf das bisher im geringen Umfang vorhandene und in Fach- kreisen noch sehr umstrittene Angebot.

Wie sollten Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte akut nicht mehr arbeits- beziehungsweise dienstfähig sind?

Unfallverhütungsvorschriften (UVV) § 38

Abs. 1 Versicherte dürfen sich durch Alkoholgenuss nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst und andere gefährden können.

Abs. 2 Versicherte, die infolge Alkoholgenusses oder anderer berauschender Mittel nicht mehr in der Lage sind, ihre Arbeit ohne Gefahr für sich und andere auszuführen, dürfen mit Arbeit nicht beschäftigt werden.

Den Vorgesetzten wird durch die Unfallverhütungsvorschriften die Pflicht übertragen, die Arbeitsfähigkeit festzustellen und entsprechend zu handeln. Als Kriterium für die Entscheidung zur Entfernung vom Arbeitsplatz zieht die Rechtsprechung die allgemeine Lebenserfahrung und den »Beweis des ersten Anscheins« heran. Der »Beweis des ersten Anscheins« meint die konkreten Verhaltensauffälligkeiten der Person in der akuten Situation.

Kommt die Führungskraft zu der Einschätzung, dass eine Weiterbeschäftigung nicht verantwortet werden kann, so zieht sie zur Unterstützung ihrer Vermutung ggf. Angehörige des betriebsärztlichen oder medizinischen Dienstes hinzu. Nach Möglichkeit soll auch ein Mitglied des Betriebsrates/ Personalrates beteiligt werden. Sind diese Funktionsträger nicht anwesend oder gibt es sie im Kleinbetrieb nicht, dann ist es ratsam, einen weiteren Vorgesetzten oder Mitarbeiter als Zeugen hinzuzuziehen. Die von den Vorgesetzten allein oder mit

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

Sind die Beschäftigten mit der Feststellung, dass sie nicht arbeitsfähig sind, nicht einverstanden, so liegt es allein an ihnen, den Gegenbeweis anzutreten. Weigern sich offensichtlich angetrunkene Beschäftigte, einen Alkoholtest zu machen oder liegt ein positives Testergebnis vor, dürfen sie nicht mehr mit Arbeiten beschäftigt werden. In der schriftlichen Begründung für die ergriffene Maßnahme sollten immer die konkreten Auffälligkeiten – z. B. unkontrollierter Gang, lallende Sprache, aggressives Verhalten – benannt werden. Es reicht nicht aus, ausschließlich die Feststellung »zu betrunken« anzugeben. Die Arbeitsunfähigkeit könnte eventuell auch auf das Zusammenwirken von Medikamenten und minimalem Alkoholkonsum zurückzuführen sein.

Die Vorgesetzten haben den Heimtransport der angetrunkenen Beschäftigten zu veranlassen. Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers reicht bis zur Wohnungstür! Die Heimfahrt des angetrunkenen Arbeitnehmers kann an ein Taxenunternehmen übergeben werden. Die Angehörigen

können gebeten werden, den Betroffenen abzuholen. Oder die Person wird mit dem privaten Fahrzeug transportiert. Bei Letzterem ist darauf zu achten, dass die Beförderung der Person im Fond des Fahrzeuges und mit zusätzlicher Begleitperson geschieht.

Zusammengefasst gelten folgende Regeln:

- Bei Anlass auf Verdacht, dass eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter unter berauschenden Mitteln steht, muss der/die Vorgesetzte entscheiden, ob die betroffene Person ohne Gefahr für sich und andere weiterbeschäftigt werden kann.
- Der/die Vorgesetzte ist gehalten, auch den Hinweisen aus dem Mitarbeiterkreis nachzugehen.
- Kriterium der Entscheidung zur Entfernung vom Arbeitsplatz ist die allgemeine Lebenserfahrung und der »Beweis des ersten Anscheins«.
- Der/die Vorgesetzte zieht als Beweishilfe eine weitere Person hinzu, wenn möglich die Interessenvertretung der Arbeitnehmer.
- Der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin hat die Möglichkeit, sich zum Gegenbeweis einem Alkoholtest zu unterziehen, der sowohl zur Be- als auch zur Entlastung dienen kann.
- Beim Entfernen vom Arbeitsplatz trägt der Arbeitgeber die Verantwortung für den sicheren Heimweg – bis zur Wohnungstür!
- Veranlasst der/die Vorgesetzte einen Heimtransport, hat der/die Betroffene die Kosten zu tragen.
- Wegen Verstoß gegen arbeitsvertragliche Verpflichtungen besteht kein Anspruch auf Arbeitslohn.

Claussen/
Czapski:
Alkoholmiss-
brauch im
öffentlichen
Dienst

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

»Nach § 54 Satz 1 BBG (Bundesbeamtengesetz) muss sich der Beamte mit voller Hingabe seinem Beruf widmen. Das bedeutet, dass er sich mit allen körperlichen und geistigen Kräften für seinen Beruf einzusetzen und sich deshalb im Dienst beim Genuss von Alkohol größte Mäßigung aufzuerlegen hat. Nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen ist bereits eine verhältnismäßig geringfügige Alkoholbeeinflussung geeignet, die Leistungsfähigkeit eines Menschen, insbesondere die Kritik- und Konzentrationsfähigkeit, aber auch das Reaktionsvermögen und das Verantwortungsgefühl merklich zu beeinflussen. Die Disziplinargerichte haben in ständiger Rechtsprechung die Grenze, von der ab regelmäßig eine Pflichtverletzung vorliegt, bei 0,5 Promille angesetzt. Dabei kommt es nicht darauf an, dass Ausfallerscheinungen festgestellt wurden oder ein besonderer Ansehensschaden eingetreten ist. Entscheidend ist vielmehr die auch bei geringfügigem Alkoholgenuss bestehende Gefährdung dienstlicher Belange durch die Einschränkung der Leistungsfähigkeit.«

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

Wie sollen Vorgesetzte diesen Grad der Alkoholisierung überhaupt feststellen, wenn Ausfallerscheinungen noch nicht einmal vorhanden sein müssen, um eine Alkoholverfehlung zu begründen? Sie können allenfalls annehmen, dass diese Promillegrenze bereits erreicht ist, wenn sie unmittelbar Zeuge der Trinkmengen waren. Genau diese Situation, nämlich Trinkmengen festzustellen, bringt Vorgesetzte in die verzwickte Lage, auf »Kontrollposten« sein zu müssen. Ergibt sich die Gelegenheit ganz automatisch, z.B. durch eine gemeinsame dienstliche Feier, bei der die Führungskraft sieht, dass ein Beschäftigter oder eine Beschäftigte unangemessen viel trinkt, dann ist die Feststellung möglich. Das Fernhalten der betreffenden Person von den weiteren dienstlichen Belangen ist eine Selbstverständlichkeit. Ist diese Art der direkten Beobachtung allerdings nicht gegeben, dann ist von der »Alkoholkontrolle« abzuraten. Die Beobachtung von konkreten Auffälligkeiten im Arbeits- und Sozialverhalten wie im Kapitel: »Woran erkenne ich Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben?« dargestellt, ist die sinnvollere Alternative.

Darf der Arbeitgeber eine Überprüfung des Alkoholspiegels anordnen?

Der Wunsch des Arbeitgebers, mit Hilfe klarer Fakten dem Arbeitnehmer seine Arbeitsunfähigkeit nachzuweisen, ist verständlich. Diesem Wunsch steht allerdings ein höherwertiges Gut des Arbeitnehmers gegenüber:

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

*Auch ein angeordneter Röhrchentest würde einen Eingriff in die Persönlichkeitssphäre des Beschäftigten bedeuten (GG Art. 2 Abs. 1) und ist deshalb ebenfalls nicht zulässig. Selbst wenn die Feststellung des Blutalkoholspiegels mittels Röhrchen in einer Betriebsvereinbarung festgelegt ist, können Beschäftigte nicht zu einem solchen Test **gezwungen** werden. Aus der Verweigerung des Tests darf nicht automatisch auf eine Alkoholisierung des Beschäftigten und eine daraus resultierende Unfallgefahr geschlossen werden, denn die Beweislast liegt beim Arbeitgeber. Er muss nachweisen, dass der Beschäftigte infolge übermäßigen Alkoholgenusses oder anderer be-
rauschender Mittel nicht mehr zur Erbringung seiner Arbeitsleistung imstande ist. Dies wäre objektiv aber nur durch Harnproben und Blutuntersuchungen möglich. Der Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin kann sich nur **freiwillig** zu einem Bluttest oder einer Alkoholmat-Messung bereit erklären.*

*Eine mit **Zustimmung des Arbeitnehmers** durchgeführte Alkoholmat-Messung kann bei der Feststellung des Alkoholisierungsgrades sowohl zur Be- wie auch zur Entlastung des Arbeitnehmers beitragen (BAG, Urteil v. 26. 01. 1995, 2 AZR 649/94). Dies wird sicher dazu führen, dass sich Arbeitnehmer faktisch nur einer »Alkoholkontrolle« unterziehen werden, wenn sie sich hiervon Entlastung versprechen. Unzutreffend wäre es, hieraus den generellen Schluss zu ziehen, dass die Weigerung für eine stärkere Alkoholisierung spricht. Dennoch, die Weigerung kann ein Indiz für stärkere alkoholische Beeinflussung sein.*

Das Bundesarbeitsgericht trifft mit seiner Entscheidung letztlich eine Güterabwägung und wertet zu Recht die Integrität der Persönlichkeit des Arbeitnehmers höher als die Kontrollmöglichkeit des Arbeitgebers.«

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

Die Unfallverhütungsvorschriften ohne nachweisbare Kontrollmöglichkeit stecken das Handlungsfeld für Führungskräfte ab. Die Vorgehensweisen sind beschrieben im Kapitel: »Wie sollten Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte akut nicht mehr arbeits- bzw. dienstfähig sind«.

Die Schilderungen von Vorgesetzten zeigen, dass sie in der Praxis in absoluten Extremfällen Maßnahmen ergreifen. In Zweifelsfällen sind sie bereit, die von Ihnen als alkoholisiert eingestuften Beschäftigten zwar aus dem Gefahrenbereich herauszunehmen; die Auseinandersetzung des »Nach-Hause-Schickens«,

womöglich verbunden mit weiteren Konsequenzen, vermeiden sie aber eher.

Der Weg von und zur Arbeit unterliegt der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers. Sowohl Wege- als auch Arbeitsunfälle können durch die Auswirkungen des Alkoholkonsums entstehen. Um die Motivation der Führungskräfte zu verstärken, in diesem schwierigen Handlungsfeld noch intensiver Verantwortung zu übernehmen, sollen die Wirkungen des Alkohols auf die körperliche und seelische Verfassung und damit auf die Arbeits- und Verkehrssicherheit dargestellt werden.

Einschränkungen von Fähigkeiten bei bestimmten Alkoholmengen

Ab 0,2 Promille

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

Ab 0,5 Promille

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

Ab 0,7 Promille

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

Ab 0,8 Promille

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

Ab 1,1 Promille

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

Ab 2,4 Promille

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

Ab 3,0 Promille

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

Ab 4,0 Promille

- Lähmungen, unkontrollierte Ausscheidungen und Atemstillstand

Quelle: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Deutscher Verkehrssicherheitsrat

Medikamente

2

Treten im Betrieb oder in einer Verwaltung Medikamentenprobleme auf?

Ja. Aber in der betrieblichen Praxis spielt das Thema »Medikamentenprobleme am Arbeitsplatz« derzeitig noch eine untergeordnete Rolle. Allenfalls in Krankenhäusern, medizinischen Einrichtungen und im Pflegebereich wird dem Thema Aufmerksamkeit geschenkt. Womit kann das geringe Interesse begründet werden?

- Medikamente haben ein positives Image. Sie werden zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit eingenommen. Eine Mitarbeiterin, die trotz Schmerzen zur Arbeit geht und schmerzlindernde Medikamente vor den Augen der Kollegen einnimmt, erfährt eher Bewunderung als Kritik für den Umgang mit ihrer Gesundheit.
- Die am Arbeitsplatz für Suchtberatung zuständigen Personen oder die Fachkräfte für Arbeitssicherheit, die den Medikamentenkonsum aus Gründen der Arbeitssicherheit kritisch betrachten müssten, haben das Thema bislang nicht aufgegriffen. Die Ursache liegt hauptsächlich darin, dass die Medikamentenproblematik komplizierter zu erkennen und zu handhaben ist als die Alkoholproblematik. Die Betroffenen sind meist völlig ohne Problembewusstsein, vor allem, wenn die Arzneien vom Arzt verordnet sind. Offensichtliche Anzeichen wie eine Alkoholfahne fehlen.
- Daraus resultierend gibt es wenig Handlungsmodelle und gelungene Fallbeispiele, die einen Ansporn zur Nachahmung geben könnten. In den neueren Betriebs- oder Dienstvereinbarungen werden Medikamente mit Suchtpotenzial mitgenannt.

Die geringe Beachtung des Medikamentenproblems am Arbeitsplatz steht konträr zu Ergebnissen einer Studie von Remien und Raber (1993). Sie haben über einen Zeitraum von drei Quartalen die ärztlich verordneten Arzneimittel der Versicherten einer Krankenkasse analysiert und die Ergebnisse auf die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen hochgerechnet.

Medikamentenabhängige in der Gesetzlichen Krankenversicherung

- In der »Gesetzlichen Krankenversicherung« (GKV) finden sich etwa **1,4 Millionen Personen**, die **manifest abhängig** sind von ärztlich verordneten Medikamenten. Das Geschlechterverhältnis beträgt: 1,27 % Männer zu 4,07% Frauen.
- In der GKV sind **1,3 Millionen Menschen** versichert, die **mittel- bis hochgradig gefährdet** sind, eine Arzneimittelabhängigkeit zu entwickeln: 1,49% Männer und 3,1% Frauen.
- Die hohen Zahlen werden vor allem durch ältere Menschen erreicht. Insofern relativieren sich die Angaben für die Beschäftigten am Arbeitsplatz ein wenig. Aber bereits ab dem 40. Lebensjahr steigt vor allem für Frauen das Risiko des Medikamentenmissbrauchs.

Die Zahl der hochgradig Gefährdeten und der Medikamentenabhängigen ist nicht zuletzt auch ein Resultat der ärztlichen Verordnung. Kritiker sprechen sogar von einer »verordneten Sucht«. Daneben steht als weiteres Problem die Selbstmedikation. Die Zahlen zur »Selbstmedikation« verstärken die Vermutung, dass auch am Arbeitsplatz Medikamentenprobleme bestehen.

»Unter allen Mitteln, die über Apotheken verkauft werden, sind Schmerzmittel die meist verkauften Arzneimittel in der Bundesrepublik... Insgesamt werden damit rund 70% aller Schmerzmittelpackungen ohne Rezept in der Apotheke verkauft....Apothekenumsatz <beträgt> rund 900 Mio. DM (1998). Die Folge ist ein hoher Anteil des Schmerzmittelkonsums ohne ärztliche Kontrolle. 1998 wurden in der Bundesrepublik insgesamt 3,2 Milliarden Dosierungseinheiten, meist Tabletten oder Kapseln, d.h. 40 Einheiten pro Einwohner alleine im Bereich der Selbstmedikation verkauft. Verordnet wurden weitere 12, sodass jeder Einwohner in der Bundesrepublik, ob Kleinkind oder Greis, knapp über 52 Dosierungseinheiten von Schmerzmitteln pro Jahr verbraucht. Insgesamt reichen die verbrauchten Schmerzmittel aus, um 4 – 5 Millionen Menschen ein ganzes Jahr täglich zu versorgen.«

G. Glaeske: »Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential«, in »Jahrbuch Sucht 2000«

Wann spricht man von Medikamentenmissbrauch und wann von Abhängigkeit?

Glaeske unterscheidet zwischen Gewohnheitsbildung, Gewöhnung und Sucht. Er weist darauf hin, dass fließende Übergänge eine strenge Abgrenzung erschweren.

Gewohnheitsbildung:

Die Gewohnheitsbildung ist charakterisiert durch die regelmäßige Einnahme eines bestimmten, meist psychotrop wirkenden Mittels, um einen euphorischen oder beruhigenden Zustand zu erreichen. Dieses Einnahmeverhalten unterstützt eine psychische Abhängigkeit, während eine körperliche Abhängigkeit nicht vorhanden ist. Es treten beim Absetzen auch keine körperlichen Entzugssymptome auf. Der Drang nach Dosissteigerung ist eher gering.

Gewöhnung:

Im Unterschied hierzu ist die Gewöhnung oder Toleranzerhöhung mit der Tendenz verbunden, die Dosis zu erhöhen, um die gleiche Wirkung wie zu Beginn der Verwendung des Mittels zu erreichen. Gewöhnung und Toleranzerhöhung führen in die Sucht.

Sucht:

Sucht ist nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als »ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, schädlich für den einzelnen oder/und die Gesellschaft, der durch den wiederholten Genuss eines natürlichen oder synthetischen Arzneimittels, in der Regel mit psychotropen Wirkungen, hervorgerufen wird.

Zur Sucht gehören:

- ein dringendes Verlangen oder ein echtes Bedürfnis (Zwang), die Einnahme des Mittels fortzusetzen;
- die Tendenz, die Dosis zu steigern;
- die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung des Mittels.«

Zusätzlich zu diesen Definitionen wird bei der Medikamentenabhängigkeit noch differenziert zwischen einer »Niedrig-Dosis-Abhängigkeit« und einer »Hoch-Dosis-Abhängigkeit«.

- **Niedrig-Dosis-Abhängigkeit** besteht bei einer niedrigen therapeutischen Dosierung, die zum Teil über Jahrzehnte konstant bleibt. Sie tritt vor allem bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln auf. Die Abhängigkeit wird erst beim Absetzen des Medikaments deutlich. Die Entzugssymptome sind Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Ängste. Diese Symptome treten aufgrund der Halbwertszeiten, d. h. der Wirkungsnachdauer der Medikamente, teilweise zeitverzögert auf, so dass sie von den Betroffenen oft gar nicht als Entzugssymptome gewertet werden. Waren diese Befindlichkeitsstörungen, die nach dem Absetzen auftreten, schon eingangs Anlass für

die Mitteleinnahme, wird jetzt durch den erneuten Konsum ein »Teufelskreislauf« in Gang gesetzt.

- Die **Hoch-Dosis-Abhängigkeit** entspricht der Sucht. Sie zeichnet sich aus durch eine Dosissteigerung oder auch durch den Übergang zu immer stärker wirkenden Medikamenten.

Die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit ist ein Prozess, dessen Zeitdauer und Intensität abhängig ist von der Art des enthaltenen Wirkstoffes, der Höhe der Dosis und der individuellen Empfindlichkeit. Arzneimittel, die süchtig machen, sind Medikamente mit psychotroper Wirkung, d. h.

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

Eine seelische und/oder körperliche Abhängigkeit wird durch Psychopharmaka entwickelt. Dazu gehören:

- **Tranquilizer:** benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel wie Valium, Halciol, Tavor, Lexotanil, Adumbran, Rohypnol, Remestan, Frisium ...
- **Barbiturate:** starke Beruhigungs- und Schlafmittel wie Speda, Repocal, Medinox mono oder Neodorm. Kombinationspräparate wie Norkotal, Bellergal, Sedovegan ...

- **Analgetika:** Schmerzmittel, die Codein und/oder Coffein enthalten, wie Thoma-pyryrin, SpaltN, Doppelspalt, Titalgan, Vivimed, Neuralgin, Paracodin/retard, Gelonida ...

- **Neuroleptika:** Medikamente, die vor allem für Psychosen eingesetzt werden, wie Imap, Atosil, Melleril, Eunerpan, Haldol ...

- **Antidepressiva:** Arzneimittel, die Symptome des depressiven Syndroms lindern, wie Saroten, Laroxyl, Aponal, Siquan, Insidon, Ludiomil, Noveril, Anafranil, Tofranil ...

- **Psychostimulantien:** Mittel, die Amphetamine enthalten (auch »Weckamine« genannt), wie: Captagon, Reactivan, Katovit, Recatol, Ponderax ...

Es würde den Rahmen dieser Broschüre sprengen, alle Stoffgruppen und Handelsnamen zu nennen und ihre Gefährdungsgrade zu differenzieren. In der Literaturliste wird auf Bücher hingewiesen für diejenigen Leserinnen und Leser, die ihre Kenntnisse vertiefen möchten.

Im Kapitel: »Welche Wirkungen haben Psychopharmaka auf die Arbeitssicherheit?« werden Hinweise zu den Wirkungen verschiedener Psychopharmaka gegeben, um Gefahren für die Arbeitssicherheit einschätzen zu können.

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

Die Frage schließt die berechtigten Zweifel bereits mit ein. Wie im Kapitel zur Alkoholproblematik geschildert, ist am Arbeitsplatz eine Diagnose der Abhängigkeit weder angebracht noch möglich. Es geht vielmehr um Veränderung von Verhalten, wenn bei einer Person Probleme mit Medikamenten vermutet werden.

Beschäftigte beginnen häufig mit der Einnahme von Medikamenten – z. B. Psychopharmaka und Schmerzmittel – um Belastungen auszuhalten und gut zu »funktionieren«. Die Medikamente werden verschrieben und die Patientinnen und Patienten haben das Gefühl, das Richtige für sich zu tun. Dementsprechend ist kein Schuldgefühl vorhanden. Im Gegensatz dazu berichten Alkoholiker schon mal von einem schlechten Gewissen, wenn sie bereits morgens während der Arbeit getrunken haben.

Die Einsicht, medikamentenabhängig zu sein und selber etwas dagegen tun zu müssen, ist ein sehr langwieriger Prozess. Die Abwehr dagegen ist stark. Bei den Personen, die eine »Niedrig-Dosis-Abhängigkeit« haben, werden Auffälligkeiten kaum sichtbar. Ihr Verhalten würde sich erst stark verändern, wenn ihnen die niedrige Dosis verwehrt würde. Hier findet jedoch in der Regel keine Intervention statt, da die geringe Menge kaum Argwohn erzeugt und die schwierige Auseinandersetzung am Arbeitsplatz vermieden wird. Die folgenden Auffälligkeiten beziehen sich daher vornehmlich auf Menschen, die eine Medikamentenproblematik mit Steigerung der Dosis entwickelt haben. Auch für diesen Personenkreis gilt: Dramatische Auffälligkeiten am Arbeitsplatz sind eher selten. Leistungseinschränkungen über lange Zeiträume prägen dagegen häufiger das Erscheinungsbild.

Mögliche Auffälligkeiten im Leistungsverhalten

- Betroffene verlieren schnell den Überblick
- die Arbeitsvorgänge nehmen zunehmend mehr Zeit in Anspruch
- die Arbeitsqualität lässt nach
- Fehler nehmen aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten zu
- Personen werden unzuverlässig und unpünktlich
- häufigeres – auch unentschuldigtes – Fehlen am Arbeitsplatz

Mögliche Auffälligkeiten im Sozialverhalten

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

Mögliche Auffälligkeiten im Gesundheitsbild

- innere Spannung und Nervosität nehmen zu
- permanent erschöpft sein, verbunden mit dem Klagen: »Mir wird alles zuviel!«
- häufige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Antriebsarmut
- unerklärtes Herzrasen, Schweißausbrüche
- verwaschene Sprache und trunkene Reaktionen ohne Alkoholfahne

Angelika Nette, die in einer Beratungsstelle für ausschließlich Medikamentenabhängige gearbeitet hat, beschreibt das Verhalten:

»Häufig verringern Abhängige ihren Kontakt zu anderen Menschen, sie isolieren sich. Deutlich wird dies, wenn sie sich in ihre Wohnung zurückziehen, nur noch wenig Außenkontakte haben.

Medikamentenabhängige (...) sind allgemein überordentlich, fast »pingelig«, in ihrem Verhalten eher angepasst und überkorrekt. Dies gilt jedoch nicht für Endstadien, wenn die psychische und organische Schädigung schon fortgeschritten ist. In diesen letzten Phasen ist der Abhängige dadurch auffällig, dass er besonders apathisch wirkt, sein Gegenüber »leicht ausdruckslos« anschaut und insgesamt den Eindruck vermittelt, dass er abwesend wäre. Ein Gesprächskontakt ist nur mühsam aufrecht zu erhalten. Auch vergisst der Betroffene häufig, was er gesagt hat und wiederholt Gesagtes. Ganz belanglose Probleme rücken in den Vordergrund.

Auffällig bei Medikamentenabhängigen ist, dass sie schwieriger für ein therapeutisches Engagement zu bewegen sind als Alkoholkranke. Medikamentenabhängige betrachten ihre Lebenslage oftmals mit Apathie, krankhafter Passivität, allgemein mit einem Gefühl der Sinnlosigkeit dem Leben gegenüber. So ziehen sich eben viele Abhängige von dieser Welt zurück – ins Bett – oder aber in den freiwilligen Tod. Oft wird eine Medikamentenabhängigkeit als endogene oder neurotische Depression verkannt.«

Das unguete Gefühl, vielleicht auch bereits das Wissen um die besonderen Schwierigkeiten, lässt Verantwortliche zögern, das Gespräch mit Betroffenen zu suchen. Vorgesetzte nehmen damit Sicherheitsrisiken in Kauf, lassen die betroffene Person in ihrem problematischen Handeln allein und setzen das Betriebsklima aufs Spiel. Während zu Beginn der Medikamenteneinnahme vielleicht sogar das Miteinander am Arbeitsplatz besser ist, weil die betroffene Person »umgänglicher« wird

und nicht andauernd depressive Verstimmungen hat, so wird auf Dauer diese künstlich hergestellte Euphorie doch zur Belastung für die Gruppenmitglieder. Eine Ausgrenzung ist vorprogrammiert.

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

Wie können Personalverantwortliche Betroffene ansprechen?

Die Medikamentenproblematik betrifft derzeit überwiegend die weiblichen Beschäftigten. Für diese Zielgruppe muss auf die einschränkende Wirkung der bereits dargestellten Stufenpläne zur Gesprächsführung bei Alkoholproblemen hingewiesen werden. Während für Männer in letzter Konsequenz der Verlust des Arbeitsplatzes als Bedrohung erlebt wird, ist für Frauen der Verlust der Partner und der Kinder ausschlaggebender.

J. Plaggenborg:
Wenn Frauen unter'n Tisch fallen, in:
»Betriebliche Suchtprävention«

»Die im Stufenplan enthaltene Konsequenz des Verlusts des Arbeitsplatzes als letzte Konsequenz geht davon aus, dass der Verlust des Arbeitsplatzes für die Betroffenen den Verlust ihrer Existenzsicherung bedeutet. Für teilzeitarbeitende Frauen ist dies jedoch meist nicht der Fall. Bei ihnen verwandelt sich der konstruktive Druck des Stufenplanes eher in einen destruktiven Druck: d. h. sie lassen es entweder auf eine Kündigung ankommen oder kündigen bereits im Vorfeld selbst. Auf diese Weise entziehen sie sich gleichzeitig dem von ihnen als Scham besetzt wahrgenommenen Prozess der innerbetrieblichen Auseinandersetzung um ihre Suchtproblematik. Zum Zweiten ist davon auszugehen, dass aufgrund des stillen und unauffälligeren Suchtverhaltens von Frauen diese als Teilzeitkräfte mit einer meist täglich kürzeren Anwesenheit am Arbeitsplatz noch weniger auffällig werden und somit mit dem Instrument des Stufenplanes nicht erreicht werden.«

Eine etwas andere Vorgehensweise bei Medikamentenproblemen ist auch deshalb notwendig, weil es sich in der Regel um ärztlich verordnete Arzneien handelt. Eine Einbeziehung des behandelnden Arztes erscheint daher sinnvoll und notwendig.

Intervention und Konfrontation bei Medikamentenproblemen (A. Nette/W. Feldes)

Gespräche	Personen	Gesprächsinhalte	Sanktionen/ Vereinbarungen	Hilfen
1	<ul style="list-style-type: none"> • Betroffene • Vorgesetzte/r 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzter stellt Verhaltensauffälligkeiten in Zusammenhang mit Medikamentenkonsument dar • Hinweis auf gezielte Beobachtungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Sanktion • Forderung nach Verhaltensänderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweis auf externe und interne Beratungsstellen • Empfehlung eines Gesprächs mit dem behandelnden Arzt
2	<ul style="list-style-type: none"> • Betroffene • Vorgesetzte/r • Betriebs-/Personalrat 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzter benennt auffälliges Verhalten bezogen auf den Medikamentenkonsument • Ankündigung arbeitsrechtlicher Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Sanktion • Forderung nach Verhaltensänderung und Abschluss einer Vereinbarung* 	<ul style="list-style-type: none"> • Forderung des Besuchs einer externen Beratungsstelle oder betrieblichen Sozialberatung
3	<ul style="list-style-type: none"> • Betroffene • Vorgesetzte/r • Betriebs-/Personalrat • Betriebsarzt oder behandelnder Hausarzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzter weist konkret auf Andauern der Problematik hin • Hinweise auf Nichteinhaltung der Vereinbarung • Ankündigung weiterer arbeitsrechtlicher Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwarnung • Neuauflage der alten Vereinbarung 	<ul style="list-style-type: none"> • Auflage zum Besuch einer internen oder externen Beratungsstelle innerhalb einer Woche mit Nachweis • Auflage zur Konsultation des Betriebs- und des behandelnden Arztes mit Nachweis • Ambulante Therapie
4	<ul style="list-style-type: none"> • Betroffene • Vorgesetzte/r • Betriebs-/Personalrat • Behandelnder Arzt • Personalabteilung • Suchtfachkraft 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzter verweist auf gravierende Beeinträchtigungen von Verhalten und Leistung • Nichteinhaltung von Vereinbarung und unmittelbare Konsequenz • Ankündigung weiterer arbeitsrechtlicher Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Abmahnung • Zusätzliche Maßnahme: Kompetenzeinschränkung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme zu einer Fachklinik • Entgiftung und Einleitung einer stationären Entwöhnungsbehandlung
5	<ul style="list-style-type: none"> • Betroffene • Vorgesetzte/r • Betriebs-/Personalrat • Behandelnder Arzt • Personalabteilung • Suchtfachkraft • Kollege/Familie 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzter verweist auf massive Beeinträchtigungen von Verhalten und Leistung • Nichteinhaltung von Vereinbarung und unmittelbare Konsequenz • Androhung der Kündigung 	<ul style="list-style-type: none"> • 2. Abmahnung • Weitere disziplinarische Maßnahmen: Versetzung mit evtl. Abgruppierung • Kündigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzfristiger Beginn einer stationären Entwöhnungsbehandlung
6	<ul style="list-style-type: none"> • Betroffene • Vorgesetzte/r • Betriebs-/Personalrat • Personalabteilung 	<ul style="list-style-type: none"> • Scheitern aller Hilfsangebote • Nichteinhaltung aller Vereinbarungen und Absprachen • Suchtbedingte Verletzung des Arbeitsvertrages und des Beschäftigungsverhältnisses 	<ul style="list-style-type: none"> • Kündigung • Wiedereinstellungsgarantie bei nachgewiesenem Erfolg einer Therapie innerhalb eines Jahres 	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung

Das vorgestellte Muster ist den Stufenplänen zur Gesprächsführung bei Alkoholproblemen nachempfunden, berücksichtigt aber die Besonderheiten. Im Vergleich fällt auf, dass Sanktionen später greifen, mehr Gespräche stattfinden und insgesamt zaghafter vorgegangen wird. Das Einbeziehen des behandelnden Arztes ist bereits im ersten Interventionsgespräch vorgesehen. Ab dem dritten Gespräch ist er als Teilnehmer am »runden Tisch« vorgesehen. Dieses Vorgehen zeigt, dass eine Veränderung der Situation bei einer Medi-

kamentenproblematik ohne die Einbindung des Arztes nur schwer möglich ist. In der Interventionskette ist ab dem zweiten Gespräch unter der Rubrik Sanktionen von einer Vereinbarung die Rede. Hiermit ist eine schriftlich festgehaltene Abmachung zwischen der betroffenen Person und der Führungskraft gemeint. Beide formulieren diese gemeinsam. Es werden kleine realistische Schritte zur Umsetzung geplant. Die Vereinbarung ist individuell und die Einhaltung wird durch die Führungskraft kontrolliert.

Die Vereinbarung umschließt drei Bereiche:

Informationsbereich:

- Welche arbeitssicherheitsrelevanten Informationen sind für den Betrieb und den Betriebsarzt wichtig?
- Welche Einschränkungen im Reaktions- und Wahrnehmungsvermögen sind durch die evtl. Abhängigkeit zu erwarten, was tun die Betroffenen dagegen?

Beratungsbereich:

- Welche Beratungen müssen die Betroffenen bis zu welchem Zeitpunkt verbindlich in Anspruch nehmen?
- Wie ist der/die behandelnde Arzt/Ärztin einzubeziehen?

Verhaltensänderungs-Abkommen:

- Welche konkreten Verhaltensänderungen erwarten die Vorgesetzten von den Betroffenen?
- Welche Zeiträume werden dafür eingeräumt?

A. Nette:
Medikamentenprobleme in der Arbeitswelt, Ein Handbuch für die betriebliche Praxis

Schriftenreihe der IG Metall
139

Die Durchführung der Gespräche bedarf einer intensiven Vorbereitung. Zur Unterstützung dient Personalverantwortlichen das »Gesprächsraster zur Orientierungshilfe«, das bereits ausführlich im Kapitel »Wie kann ich mich auf das Gespräch mit Betroffenen vorbereiten?« dargestellt wurde. Dringend anzuraten ist auch ein Vorgespräch mit Expertinnen oder Experten. Die Suchtberaterinnen und Berater im Betrieb, Betriebsärztinnen oder Ärzte

und die Beschäftigten in den externen Beratungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke können diese Aufgabe übernehmen.

Führungskräfte, die sich professioneller Unterstützung bedienen, gestehen keine Schwäche ein. Im Gegenteil: Sie erkennen Kompetenzen der Experten an und handeln verantwortlicher und qualifizierter.

Besonderer Hinweis

Nicht selten überlagert die Medikamentenproblematik eine psychische Erkrankung. Für den betrieblichen Ablauf bedeutet dies, dass selbst wenn das Suchtmittel nicht mehr genommen wird, Verhaltensauffälligkeiten existent sind, die das Arbeitsverhältnis belasten. Es wäre im Rahmen dieser Broschüre zu weitführend,

den Umgang mit psychisch kranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu thematisieren. Der Landschaftsverband Rheinland, Hauptfürsorgestelle, bietet in seinem Arbeitsheft »Psychisch Behinderte im betrieblichen Alltag« gute Möglichkeiten des Erkennens und praktischen Vorgehens in einem solchen Fall an.

Welche Auswirkungen haben Psychopharmaka auf die Arbeitssicherheit?

Bei Psychopharmaka am Arbeitsplatz ist von einer doppelten Gefährdung der Arbeitssicherheit auszugehen: Erstens durch die Überbelastung der Konsumenten in der Einnahmesituation und zweitens durch die Wirkungen einschließlich der Nebenwirkungen des Medikamentes selber.

»Befragt man Frauen, welche Funktion Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmittel in ihrem Leben haben, so zeigt sich, dass Arzneimittel, neben der schmerzstillenden, stressabmindernden, beruhigenden und angstmindernden Wirkung, vor allem dazu da sind, die Folgen psychischer und physischer Überlastung, wie z.B. Erschöpfung, depressive Verstimmung, Unruhe und Nervosität oder Schlafstörungen abzupuffern«

A. Nette:
Betriebliche Prävention und Intervention bei Medikamentenproblemen, in: R. Fuchs, L. Rainer, M. Rummel: »Betriebliche Suchtprävention«

Ständig neue Produkte und damit regelmäßige Veränderungen auf dem Pharmamarkt machen es nahezu unmöglich, jeweils den aktuellsten Stand aufzuzeigen. Das von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren herausgegebene »Jahrbuch Sucht« liefert jährlich die neuesten Informationen zum Thema. Die folgende eingeschränkte Aufzählung ohne Nennung von Handelsnamen soll Orientierungshilfe für Arbeitssicherheitsfragen sein.

Tranquilizer

Benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel haben ein hohes Abhängigkeitspotential. Sie gehören trotz rückläufiger Tendenz immer noch zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln. Tranquilizer wirken beruhigend, angstlösend und einschläfernd je nach Höhe der Dosierung. Entsprechend der Anhäufung des Wirkstoffes im Körper können »Hang-over-Effekte« auftreten, d.h. das eingenommene Medikament wirkt am nächsten Morgen noch nach, ähnlich wie es beim Restalkohol der Fall ist. Die Einnahme von Tranquilizern setzt die Aufmerksamkeit, Konzentration und Reaktionsgeschwindigkeit herab. Als Entzugssymptome treten häufig genau die Beschwerden auf, die der Anlass für die Einnahme waren.

Barbiturate

In geringer Dosierung nehmen sie Ängstlichkeit und Anspannung und wirken beruhigend. Bei Verkrampfungen entfalten sie eine muskelentspannende Wirkung. In höherer Dosierung werden sie als Betäubung bei operativen Eingriffen angewandt. Bei regelmäßigem Gebrauch lassen die gewünschten Wirkungen schon nach etwa zwei Wochen nach. Eine Erhöhung der Dosis ist dann vorprogrammiert, aber gefährlich, da u. a. Vergiftungsgefahr besteht. Aufgrund der sedierenden Wirkung sind sowohl mangelnde Konzentration und Unterschätzung von Gefahren als auch verminderte Reaktionsfähigkeit ein Risiko im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz.

Barbiturate haben ein starkes Abhängigkeitspotential. Beim Absetzen des Medikaments kommt es zu massiven Entzugssymptomen wie Angstzustände, stetige Unruhe, Schlaflosigkeit bis hin zu Krämpfen.

Analgetika

Bei den Schmerzmitteln gilt es zu unterscheiden zwischen Monopräparaten und Kombinationspräparaten, die neben dem schmerzstillenden Wirkstoff einen Zusatzstoff wie Koffein oder Codein enthalten. Neben den frei verkäuflichen Schmerzmitteln gibt es die stark wirksamen Schmerzmittel, die verschreibungspflichtig sind. Diese werden z. B. bei Krebserkrankungen, Nieren- und Gallenkoliken oder Migräne eingesetzt. In der dritten Kategorie gibt es Schmerzmittel, die Opiate enthalten und unter das Betäubungsmittelgesetz fallen. Sie machen hochgradig abhängig und werden in der Regel nur bei unheilbaren Krankheiten, die mit stärksten Beschwerden einhergehen, verordnet. Für den Arbeitsplatz sind die zuletzt genannten opiathaltigen Produkte und ihre Auswirkungen weniger relevant.

Am Arbeitsplatz geht es vor allem um Mono- und Kombinationspräparate, die entweder über Selbstmedikation oder über Verschreibung (z.B. Schmerzmittel mit Kodein) eingenommen werden. Schmerzmittel werden nicht immer nur gegen Schmerzen genommen. Bei Schmerzmitteln mit Koffein wird neben der schmerzstillenden Wirkung der belebende Effekt durch das Koffein gesucht. Am Arbeitsplatz muss bei regelmäßigem Schmerzmittelkonsum mit erhöhter Unruhe, nachlassender Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit gerechnet werden. Kombinationen mit Koffein oder Kodein erhöhen durch ihre stimulierende Wirkung das Risiko einer Gewöhnung an das Medikament. Nach dem Absetzen von koffeinhaltigen Medikamenten können Kopfschmerzen als Entzugssymptome auftreten. Da dieser Effekt zeitverzögert auftritt, werden diese Beschwerden nicht als Entzugssymptome gewertet, sondern

als Grund genommen, den Schmerzmittelkonsum mit erhöhter Dosierung fortzusetzen. Durch Kombinationspräparate besteht das Risiko einer Nierenschädigung:

»In einer Studie war die Erhöhung dieses Risikos bei Kombinationen mit Paracetamol und Koffein auffällig. Die leicht anregende Wirkung des Koffeins scheint Mehrgebrauch entsprechender kombinierter Schmerzmittel nach sich zu ziehen. Insgesamt muss vermutet werden, dass bei 10-15% der dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten, also bis zu 7.500 der derzeit geschätzten 50.000, ihre Nierenschädigung auf den Vielgebrauch von Schmerzmittelkombinationen, vor allem auch solche mit Koffein, zurückzuführen ist.«

G. Glaeske: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, in: »Jahrbuch Sucht 2000«

Neuroleptika

Die Indikation für Neuroleptika sind psychotische Störungen wie Wahnerlebnisse, Halluzinationen und Übererregung bei Schizophrenie. Diese zur Beruhigung eingesetzten Medikamente beeinflussen intensiv das psychische Empfinden. Gefühlsmäßige Regungen sind stark eingeschränkt, die Patienten sind wie »in Watte gepackt«. Andauernde Müdigkeit, Interessensarmut und eine herabgesetzte Stimmungslage kennzeichnen die Nebenwirkungen dieser Medikamente. Durch dieses Erscheinungsbild ist eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und der Arbeitssicherheit als gegeben anzunehmen. Neuroleptika machen nicht körperlich abhängig. Sie sind aufgrund ihrer starken Nebenwirkungen nur bei begründeter

Indikation eine Alternative zu anderen Psychopharmaka.

Antidepressiva

Diese Medikamente werden im Umgangssprachgebrauch auch als »rosarote Brille für die Seele« bezeichnet. Diese Umschreibung beschreibt bereits die Wirkung. Sie ermöglichen persönliche Funktionalität und Belastbarkeit trotz Stress und Missbefindlichkeiten im Alltag.

Bei Antidepressiva sind Absetzsymptome beobachtet worden. Zudem haben sie ähnlich wie die Neuroleptika starke Nebenwirkungen. Unter der Einnahme kann es zu unwillkürlichen Zitterbewegungen, Störungen der Herztätigkeit, Mundtrockenheit und Sehstörungen kommen. Laut Glaeske sind die Antidepressiva derzeit die unangefochtenen Gewinner der kompensatorischen Alternativverordnungen zu Benzodiazepinen. Nichts desto trotz bleiben auch Antidepressiva für die Arbeitswelt ein Risiko. Neben den Einschränkungen für die Arbeitssicherheit bei der Einstellung auf das Medikament kann für die Zusammenarbeit im Team eine »rosarote Brille« auch als störend empfunden werden.

Psychostimulantien

Diese Medikamente werden zur Überwindung von Müdigkeit, in erster Linie zum Aufputschen genommen. Da sie auch das Hungergefühl unterdrücken, sind sie zusätzlich als Appetitzügler im Einsatz. Durch ihre aufputschende Wirkung vermitteln sie das Gefühl erhöhter Leistungsbereitschaft. Sie sind daher auch bei Beschäftigten beliebt, die ständig Termindruck haben und dauerhaft ein überdurchschnittliches Leistungsspensum erbringen müssen. Die Mittel enthalten

Amphetamine und werden im Umgangston auch »Weckamine« genannt. Diese Arzneimittel haben ein hohes Suchtpotential. Sie stellen am Arbeitsplatz ein erhöhtes Risiko dar, da die Konsumierenden zur Selbstüberschätzung neigen und, wenn die Wirkung des Medikamentes nachlässt, ganz plötzlich eine Schlafattacke haben können.

Es besteht eine nicht unerhebliche Einschränkung der Arbeitssicherheit durch die Wirkungen und Nebenwirkungen der psychotropen Medikamente. Hier sind neben den Personalverantwortlichen auch die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und vor allem die Betriebsärzte gefordert, die Beschäftigten ausreichend aufzuklären.

Illegale Drogen

3

Illegale Drogen – ein neues Problem am Arbeitsplatz?

Der Arbeitsplatz ist bezüglich illegaler Drogen keine Insel, sondern ein Spiegelbild des Alltags. Es wurde bislang vielleicht vermutet, dass aufgrund des Verbots der Missbrauch von illegalen Drogen den Arbeitsplatz nicht erreicht. Angesichts nachfolgend aufgeführter Schätzzahlen zur Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen muss davon ausgegangen werden, dass zumindest Konsumenten von Cannabis, Ecstasys und Kokain am Arbeitsplatz präsent sind.

In welchem Umfang das Problem der illegalen Drogen in der Bundesrepublik besteht, kann nicht exakt festgestellt werden. Von folgenden qualifizierten Schätzzahlen geht man aus:

- 250.000 – 300.000 Personen, die harte illegale Drogen (z. B. Heroin) konsumieren. In dieser Gruppe befinden sich maximal 150.000 Personen, die harte Drogen mindestens hundertmal in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben und daher als Drogenabhängige bezeichnet werden können. Es ist nicht bekannt, wie viele dieser Konsumenten in einem festen Arbeitsverhältnis stehen. Die Zahl ist eher gering.

- 2.100.000 Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate mindestens einmal Cannabis konsumiert haben. Von der Gesamtzahl haben 270.000 Personen in den letzten dreißig Tagen zwanzig- bis dreißigmal Cannabis benutzt.

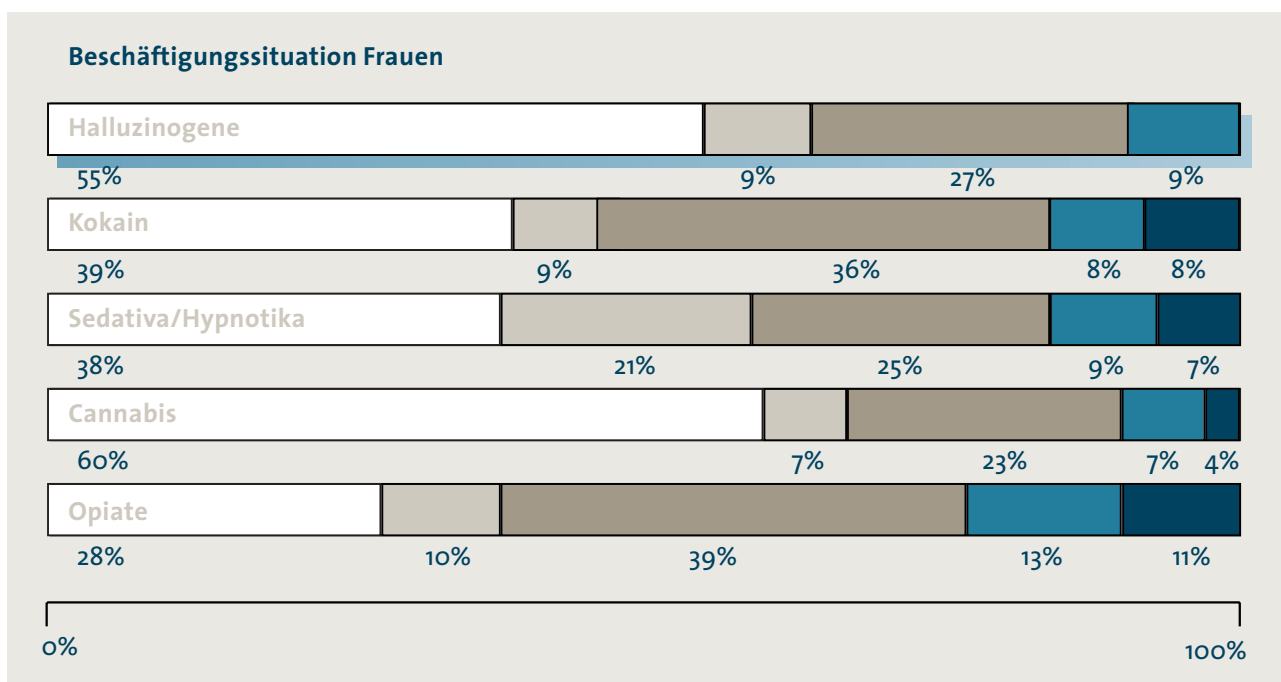
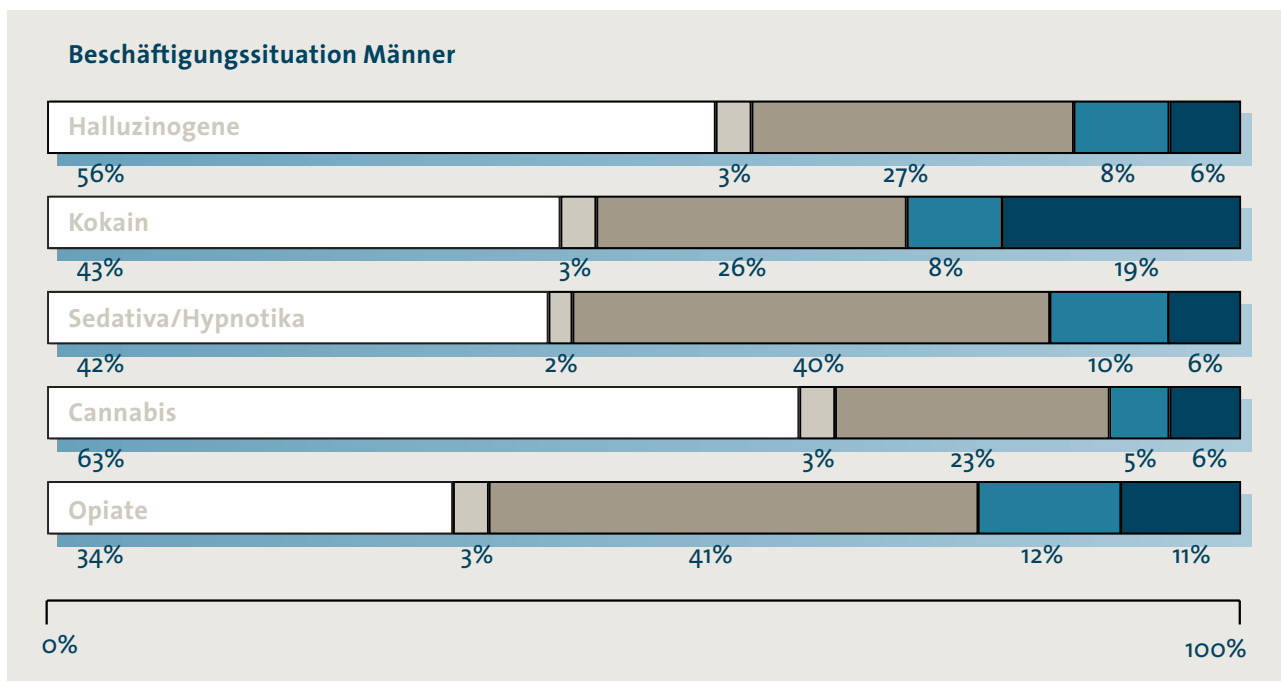
Bei der Höhe der Zahlen ist es aber wahrscheinlich, dass sich unter den Cannabis-konsumenten auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer befinden.

- 380.000 Personen geben an, in den letzten zwölf Monaten Ecstasy konsumiert zu haben.

Sofern Funktionsträger am Arbeitsplatz die Möglichkeit erwägen, dass es in der Belegschaft Konsumenten illegaler Drogen geben könnte, assoziieren sie leicht ein Bild vom nicht mehr ansprechbaren und nicht mehr arbeitsfähigen Junkie, den sie vom Bahnhofsvorplatz kennen. Dieses Erscheinungsbild eines Drogenkonsumenten begegnet Ihnen am Arbeitsplatz natürlich nicht. Verkannt wird dabei, dass es auch einen moderaten Konsum illegaler Drogen gibt, der mit einem relativ unauffälligen Erscheinungsbild der Konsumenten einhergeht.

Ein Teil der Konsumente kann über Jahre den Konsum steuern und diesen vornehmlich in den Freizeitbereich legen. Dieses Konsummuster soll nicht verharmlost werden, da es Auswirkungen auf das Arbeitsverhalten haben kann.

Im Bericht zur Drogensituation 2000, der im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit erstellt wurde, zeigt sich ein relativ hoher Prozentanteil von Beschäftigungsverhältnissen bei Drogenkonsumenten. Die Daten basieren auf dem Dokumentationssystem EBIS, ein einrichtungsbezogenes Informationssystem, an dem sich 600 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe jährlich an einer qualifizierten Erhebung beteiligen.



Einschätzung der Ergebnisse

- Die Problematik der illegalen Drogen ist in Zahlen kaum fassbar, da sie sich im illegalen Bereich abspielt. Es gibt wenige Zugriffsmöglichkeiten, die zuverlässige Erhebungen ermöglichen.
- Das Fahren unter Einfluss von illegalen Drogen kommt vor, aber nicht in dem Ausmaß, wie es nach den Konsumentenzahlen vermutet werden könnte. Eine andere Erklärung: Die Polizei gibt seltener einen Prüfauftrag zum Nachweis illegaler Substanzen als zum Nachweis von Alkohol. Die Blutanalyse auf Drogen und Medikamente wird nur beantragt, wenn deutliche Verdachtsmomente vorliegen. Sofern das Ergebnis negativ ausfällt, bezahlt das jeweilige Bundesland die teureren toxikologischen Untersuchungen. Da die Polizeibeamten permanent zum Sparen angehalten werden, kommen Prüfaufträge nur dann zustande, wenn sie sich ihrer Wahrnehmung relativ sicher sind. Beim Alkohol ist es etwas einfacher. Die erste Beweisführung geht über den Alkomaten, der den Anfangsverdacht ggf. bestätigt. Anschließend noch einen Blutalkoholtest zu verfügen, erscheint bei dem Vorergebnis auf jeden Fall sicherer.
- Die Zahlen, die auf eine seltene Unfallbeteiligung unter Einfluss spezifischer illegaler Drogen hindeuten, könnten auf ein risikobewusstes Verhalten der Konsumenten schließen lassen. Verstärkt wird dieses Argument durch eine Untersuchung von Robbe, der Versuchspersonen befragte. Diese sagten aus, dass sie sich unter dem Einfluss von Cannabis weniger fahrtüchtig fühlten und sich daher auch nicht ans Steuer setzen würden – im Gegensatz zu alkoholisierten Versuchspersonen.

Sofern diese Aussagen, zumindest für den Cannabiskonsumenten, zutreffen würden, könnte man eine verminderte Sicherheitsgefährdung auch für den Arbeitsplatz erwarten. Da dieses nur eine vage Hoffnung ist, bleibt Aufmerksamkeit am Arbeitsplatz geboten. Die Ergebnisse begründen aber auch keine panikartige Reaktionen. Eine sachliche Einschätzung der Drogenproblematik ist Voraussetzung für konstruktive Lösungen. Die Suchtpräventions- und Hilfeprogramme, die für »Alkoholprobleme im Betrieb« entwickelt wurden, bieten einen handhabbaren Rahmen auch für das Thema »Illegale Drogen am Arbeitsplatz«.

Cannabis

Cannabis ist der wissenschaftliche Ausdruck für Hanf. In der Bundesrepublik werden in begrenztem Umfang mit spezieller Genehmigung Hanfpflanzen zur Gewinnung von Papier, Baumaterial, Textilien usw. angebaut. Das Harz der Hanfpflanze dient als Rauschmittel, denn darin ist das psychisch wirksame »Delta-9-Tetrahydrocannabinol«, kurz THC genannt, enthalten. Die Höhe des THC-Gehaltes sagt etwas über die Intensität der Wirkungen aus. Cannabis steht für die beiden Produkte: Haschisch und Marihuana.

- Haschisch ist das gepresste Harz der weiblichen Pflanze. Der THC-Gehalt liegt zwischen 5-12%.
- Marihuana sind die getrockneten Blüten, Blätter und Stängelspitzen der weiblichen Cannabispflanze. Der THC-Gehalt liegt zwischen 1-7%. Es gibt inzwischen aber auch gezüchtete Pflanzen mit einem THC-Gehalt bis zu 15%.

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

Wirkungen von Cannabis

Mit den Wirkungen von Cannabis harz auf die menschliche Psyche beschäftigten sich bereits seit Beginn des vorigen Jahrhunderts zahlreiche Arbeiten. Euphorie,

ein sogenanntes »High-Gefühl«, leichte Benommenheit, Verstärkung der inneren und äußeren Wahrnehmung, Veränderung des Zeitgefühls, Verbesserung der visuellen Leistung werden genannt. Die Wirkungen können aber von Person zu Person sehr unterschiedlich sein. Sie sind sehr stark abhängig von der Gemütsverfassung der Konsumenten und der Situation, in der Cannabis geraucht wird. Generell lässt sich sagen, dass die bereits vorhandenen Gefühle des Konsumenten durch Cannabis verstärkt werden.

In einer negativen Ausgangssituation kann es zu unerwünschten Wirkungen wie Angst, Panik, Orientierungslosigkeit, Furcht vor Verselbständigung der Gedanken bis hin zu alptraumartigen, halluzinationsähnlichen Erlebnissen kommen. Es ist bislang nicht erwiesen, dass Cannabis körperlich abhängig macht. Doch bei gewohnheitsmäßigem Konsum besteht die Möglichkeit einer psychischen Abhängigkeit. Beim Absetzen treten keine gravierenden Entzugssymptome auf. Dieses schließt allerdings nicht aus, dass akute körperliche Wirkungen auftreten können:

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

Rechtliche Situation von Cannabis

Die Gefährlichkeit von Cannabisprodukten und eine entsprechende Strafverfolgung wird seit Beginn des 20. Jahrhunderts diskutiert. In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde Cannabis in Form von »Pillen« und »Tinkturen« in Apotheken verkauft. Im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) des Jahres 1971 wird Cannabis als illegale Droge aufgeführt und der Erwerb, Besitz, Handel usw. unter Strafe gestellt. Die Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 1992 zeigt die Bereitschaft des Gesetzgebers, den Erwerb und Besitz geringer Mengen Cannabis zu entkriminalisieren. Im §31 a des BtMG wird der Staatsanwaltschaft die Möglichkeit gegeben, von einer Strafverfolgung abzusehen, wenn »die Schuld des Täters als gering anzusehen wäre, kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht und der Täter die Betäubungsmittel lediglich für den Eigengebrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt«. Die Bundesländer legen den Begriff der geringen Menge unterschiedlich aus. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass in den meisten Bundesländern Cannabis in einer Menge von sechs Gramm sanktionsfrei bleibt, wenn keine Fremdgefährdung vorliegt.

Das Bundesverfassungsgericht beschäftigte sich 1994 mit der Frage, ob Cannabisprodukte nicht generell straffrei gestellt werden müssten. Aufgrund der Tatsache, dass die Unbedenklichkeit von Cannabisprodukten nicht hinreichend geklärt ist, lehnte das Bundesverfassungsgericht eine Straffreistellung ab.

Seit Januar 1999 gelten bundesweit strengere Regeln in der Fahrerlaubnis-Verordnung. Das Ordnungsamt wird von der Polizei und Staatsanwaltschaft informiert, wenn Personen im Zusammenhang mit Drogen aufgefallen sind – es reicht der Fund von einem Gramm Haschisch im Auto oder in der Wohnung. Blut- und Urinkontrollen geben dann Aufschluss über den Konsum. Bei harten Drogen wie Heroin kommt es zum direkten Führerscheinentzug. Cannabiskonsum muss ein zweites Mal nachgewiesen werden. Dann folgt ein medizinisch-psychologisches Gutachten, das über die Fahrtauglichkeit Aufschluss geben soll (z.B. bei DEKRA, TÜV und anderen).

Cannabis und Arbeitssicherheit

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

- Bei dauerhaftem Gebrauch treten Antriebs- und Lustlosigkeit auf. Konsumenten werden sich selber und anderen gegenüber gleichgültig. Es liegt nahe, dass diese Grundeinstellung dazu beiträgt, Sicherheitsregeln zu umgehen oder sie gar nicht zu beachten.

- Gewohnheitskonsumenten entwickeln zunehmend eine seelische Abhängigkeit, die mit dem Zwang einhergeht, das Suchtmittel unter allen Umständen zu beschaffen und zu konsumieren. Bei dieser Konsumentengruppe ist davon auszugehen, dass sie auch am Arbeitsplatz unter der akuten Wirkung von Cannabis stehen. Sowohl das Reaktionsvermögen als auch die Möglichkeit des abstrakten Denkens, der schnellen Informationsverarbeitung und die Leistungsfähigkeit des Kurzzeitgedächtnisses sind eingeschränkt. In einer Studie von Berghaus (1993, 1994, 1995) zu fahrrelevanten Leistungen nach Cannabiskonsum wird unterschieden zwischen automatisierten und kontrollierten Handlungen.

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

M. Vollrath, H.-P. Krüger: Auftreten und Risiken von Drogen im Straßenverkehr – eine epidemiologische Studie, in: Nds. Sozialministerium: Drogenmissbrauch und Verkehrsgefährdung

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

Ecstasy

Ecstasy ist eine chemisch hergestellte Droge, in der die Substanz MDMA (3,4-Methylendioxyamphetamin) enthalten ist. Die Begriffe Ecstasy und MDMA werden häufig synonym gebraucht. Bereits zu Beginn des vorigen Jahrhunderts wurde der Wirkstoff von der Firma Merck entdeckt. Er sollte als Appe-

tizügler auf den Markt kommen, was aber unterblieb. In der Bundesrepublik ist MDMA seit 1986 dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt und verboten. Ecstasy wird in Form von Pillen mit ausgefallenen Motiven auf den schwarzen Markt gebracht. Nicht selten werden der eigentlichen Substanz andere Wirkstoffe beige-mischt.

Wirkungen von Ecstasy

Der folgende Text liest sich wie eine Animation zur Einnahme von Ecstasy. Der Autor, selber Berater, beschreibt aber lediglich die Motivation der Konsumentinnen und Konsumenten, um sie für die vorbeugende Arbeit zu nutzen.

*«Ecstasy verleiht scheinbar Flügel – obwohl relativ klar im Kopf, kann man sich dem ekstatischen Genuss durchtanzter Nächte hingeben. Ecstasy baut Hemmschwellen ab – man findet schnell Anschluss an neue Personengruppen, die Partygesellschaft wird als Familienkreis empfunden
Ecstasy erzeugt ein warmes »Ich-Gefühl« und steigert die Kommunikationsfähigkeit. Wer dem gängigen Schönheitsideal nicht entspricht oder sich im Alltag allein fühlt, kann versuchen, mit Ecstasy die hiermit verbundenen Frustrationen zu überwinden. Ecstasy macht das Partywochenende zu einem besonderen Erlebnis. Alle Wünsche und Hoffnungen werden auf diese drei Tage fokussiert, Konflikte des Alltags hingegen nebensächlich.»*

Quelle: Lennart Grube: Funktion des Ecstasy-Konsums bei Jugendlichen...
in: Nds. Landesstelle gegen die Suchtgefahren: Ecstasy – Konsum, Missbrauch, Präventionsstrategien

Das mit Hilfe von Ecstasy erzeugte Lebensgefühl entspricht dem Wunsch nach Kommunikation und Freisein von Konflikten. Dieses Bedürfnis ist in der Regel mit einer einmaligen Einnahme nicht gestillt. Das Gedächtnis hat dieses Erlebnis gespeichert und drängt nach Wiederholung. Eine seelische Abhängigkeit entsteht.

Ecstasy verursacht keine körperliche Abhängigkeit. Die Wirkungen und Nebenwirkungen sollten nicht unterschätzt werden. Sie sind, wie bei allen Suchtmitteln, abhängig von der Höhe der Dosis, der Grundstimmung der Konsumenten und den Umgebungseinflüssen.

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

Quelle: K.-A. Kovar: Ecstasy: Status Quo des pharmakologisch/ medizinischen Forschungsstandes,
in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Prävention des Ecstasykonsums

Die direkten körperlichen Auswirkungen sind z. B. Blutdruck- und Herzfrequenzsteigerungen, Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit, und bei extremer körperlicher Belastung Hyperthermie (Körpertemperatur steigt auf mehr als 40° C). Die Ergebnisse der Untersuchung von Thomasius geben einen Hinweis darauf, dass das Ausmaß an drogeninduzierten psychischen Störungen bei Ecstasy außerordentlich hoch sein kann. Mehr als ein Viertel von den insgesamt 107 untersuchten Ecstasy-Konsumenten wies in den letzten zwölf Monaten mindestens eine durch psychotrope Substanzen hervorgerufene psychotische Störung mit Halluzinationen, Personenverkennerung, Wahn, Beziehungsideen und psychomotorischen Störungen auf. Hinter dieser Zahl verbirgt sich der Konsum verschiedener psychotroper Substanzen, der bei Drogengebrauchern üblich ist. Darüber hinaus bestätigt die Studie erneut das neurotoxische Potenzial von Ecstasy.

Unerwünschte Nebenwirkungen treten vor allem als Nacheffekte der Einnahme auf. Dazu zählen unter anderem Schläfrigkeit, depressive Verstimmungen, Muskelkater, Konzentrationsstörungen, Mundtrockenheit, Unruhe und Ängstlichkeit.

Ecstasy und Arbeitssicherheit

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

- Die andauernde nervliche Erregung muss in der Regel mit einer längeren Erschöpfung bezahlt werden. In dieser Phase sind Aufmerksamkeit und Reaktionsvermögen herabgesetzt. Wer also eine mehrere Tage andauernde Partie mit Hilfe von Ecstasy voll »durchzieht«, der ist in der Regel am Montag morgen nicht uneingeschränkt arbeitsfähig. Insofern berührt das Freizeitverhalten das Arbeitsverhalten und sollte daher vom Vorgesetzten angesprochen werden.
- Die depressiven Verstimmungen in der Nachphase, die oft auch mit einer Gleichgültigkeit einhergehen, stören den Betriebsfrieden. Die regelmäßig Konsumierenden sind erst wieder »gut drauf«, wenn das Wochenende in Sicht ist.
- In einer der neuesten Forschungsarbeiten von Thomasius wird für regelmäßige Ecstasy-Konsumenten eine starke Beeinträchtigung des »mittelfristigen Gedächtnisses« angenommen. In Anbetracht der Tatsache, dass viele Konsumenten in einem Alter sind, in dem Lehre und Schulausbildung stattfinden, sind Gedächtnisleistungen von besonderer Bedeutung. Hier ist das Augenmerk von Ausbildern am Arbeitsplatz gefragt.

- Zu den genannten akuten körperlichen Wirkungen kommt noch hinzu, dass Ecstasy die Pupillen weitet. Das Hell-Dunkel-Sehen ist dadurch gestört, die Blendempfindlichkeit erhöht. Für spezielle Arbeitsabläufe kann durch diese Einschränkung eine erhöhte Sicherheitsgefährdung ausgehen. Da der Arbeitgeber auch für den Weg von und zur Arbeit fürsorgepflichtig ist, stellt sich die Frage, ob nach der Einnahme von Ecstasy die Fahrtüchtigkeit gegeben ist. Nach bisherigem Kenntnisstand ist unter akuter Einwirkung von Ecstasy das sichere Führen von Kraftfahrzeugen nicht möglich.

Das Durchschnittsalter der Konsumenten beträgt zur Zeit 23 Jahre. Insgesamt 80% der Befragten einer diesbezüglichen Erhebung waren älter als 18 Jahre. Frauen beginnen mit dem Erstkonsum früher als Männer. Das Niveau der Schulbildung ist sehr hoch und die Konsumenten selber empfinden ihren Kenntnisstand über Ecstasy als sehr gut.

Der Konsum von Ecstasy wurde anfangs für eine vorübergehende Erscheinung gehalten. Er ist nicht ausschließlich, jedoch stark mit der Techno-Szene verknüpft. Der Konsum scheint sich etabliert zu haben. Die Verantwortlichen am Arbeitsplatz sollten sich darauf einstellen.

Kokain

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

Kokain kann auf eine lange Geschichte zurückblicken

Bereits um 2500 v. Chr. wird das Coca-Kauen von den Inkas in Peru zu kulturellen Handlungen als rituelles Rauschmittel und als Heilmittel verwendet. 1860 isoliert Albert Niemann in Göttingen das

Hauptalkaloid der Pflanze, Coca, und nennt es Kokain. Die Firma Merck stellt ein Medikament daraus her und erzielt damit gute Absätze. In den USA stellt 1886 der Apotheker John S. Pemberton aus den Cocaextrakten und cocainhaltigen Colanüssen einen Sirup her, genannt »Coca Cola«. Dieses Weltgetränk war bis 1903 kokainhaltig.

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

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

Trotz der Warnungen kommt es in Europa in den 20er-Jahren zu einer Kokain-Welle. Mit der Weltwirtschaftskrise Ende der 20er- und Anfang der 30er-Jahre endet die Kokainwelle. Der Deutsche Reichstag beschließt 1929 ein Opiumgesetz, das die Abgabe durch den Arzt und den Handel bereits erheblich einschränkt. Heute fällt Kokain unter das Betäubungsmittelgesetz, das bedeutet, dass u.a. Herstellung, Besitz und Handel unter Strafe gestellt sind.

Wirkungen von Kokain

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

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

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

Quelle: Ralph Parnefjord: Das Drogentaschenbuch

Diese etwas ausführliche Beschreibung zeigt deutlich, dass Kokain im Gegensatz zu Cannabis und Ecstasy etwas Glorifizierendes anhaftet. Auch in der heutigen Zeit gilt Kokain als Droge der Intellektuellen, der Schönen und Reichen.

Die erwünschten Effekte des Kokainkonsums sind Euphorie, Stimulation, verminderte Müdigkeit, Appetitverlust, Redseligkeit, Erhöhung des Sexualgenusses, gesteigerte geistige Fähigkeiten, erhöhte Wachsamkeit und vermehrte Geselligkeit. In dem bereits zitierten Drogentaschenbuch lesen sich die Wirkungen anschaulich:

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

Diese Darstellungen werden von vielen Experten bestätigt, wobei der Psychiater Emrich, Drogenforscher an der Medizinischen Hochschule Hannover, einschränkend hinzufügt, dass jemand der nicht sehr intelligent und dessen Leben einsam und langweilig ist, mit Kokain nicht viel anfangen kann. Damit die Möglichkeiten des Stoffes »Kokain« sich voll entfalten können, müsse der Konsument die richtige Mischung aus Selbstverliebtheit und intellektuellem Potenzial besitzen. Neurophysiologisch lässt es sich damit erklären, dass Kokain eine bestimmte Gruppe von Nervenfasern im Hirnstamm, die wie eine

Art Beschleuniger von Denkprozessen wirken, stimuliert. Außerdem aktiviert Kokain das sogenannte »Belohnungssystem«, indem es die Konzentration des Botenstoffes Dopamin im Gehirn erhöht. Nicht zuletzt dieser Wirkungen wegen überschreibt »Der Spiegel« in seinem Interview mit Emrich seinen Artikel zum Kokain mit dem Titel: »Pulver für Alpha-Tierchen«.

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

Die körperlichen Reaktionen auf diese Droge sind bedingt durch die Einnahmeform des »sniefens« die Betäubung von Haut und Schleimhäuten sowie eine Verengung der Blutgefäße. Hinzu kommen:

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

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

Kokain und Arbeitssicherheit

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

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

Quelle: Ralph Parnefjord: Das Drogentaschenbuch

Selbst ein moderater Freizeitkonsum verändert die Person so, dass sie im betrieblichen Miteinander durch ihre häufigen depressiven Verstimmungen ein Störfaktor werden kann. Die Wirkungen der Droge »Kokain« sind derart verlockend, dass es den wenigsten gelingt, sie nicht dauerhaft einzusetzen. Sofern die psychische Abhängigkeit einen regelmäßigen Konsum fordert, wird es für den Arbeitsplatz problematisch. Die körperlichen Reaktionen bei regelmäßiger hoher Dosierung zeigen deutlich, dass Dauerkonsumenten ein Sicherheitsrisiko für den Betrieb sind.

Hohe Dosierung führt zu Koordinationsstörungen, Schüttelfrost, Geräuschempfindlichkeit, Ohrensausen, Schwindelgefühlen, Zittern und Krämpfen, Übelkeit und Erbrechen und in einigen Fällen auch zu Herzrhythmusstörungen.

Bei hohen Einnahmemengen kommt es statt zu einer Antriebssteigerung zu einer Sedierung. Der chronische Gebrauch führt zu einer Abnahme des Körpergewichtes, Verringerung der sexuellen Bereitschaft und Vernachlässigung der Körperpflege. Die entzündliche Verletzung der Nasenscheidewand durch das »sniefen« des Kokains, bis hin zur Perforation der Knorpelwand, wird von den Konsumenten kaum wahrgenommen, da die ständige Kokaineinnahme immer auch eine Betäubung der Schleimhäute bewirkt. Betroffene in diesem Stadium sind am Arbeitsplatz nicht tragbar. Sie müssen angesprochen werden und sich verpflichten, umgehend eine therapeutische Maßnahme in Angriff zu nehmen.

Kokainkonsumenten stellen auch durch ihren enorm hohen Geldverbrauch ein Sicherheitsrisiko für den Betrieb dar. Laut Darstellung in der Kokain-Broschüre des Büros für Suchtprävention in Hamburg, kostet 1g Kokain zwischen 100 und 200 DM. Eine Einzeldosis (eine »line«) entspricht etwa 50 - 100 mg Pulver. Die Wirkung tritt nach 2 - 3 Minuten ein und hält dann etwa zwei Stunden an. Innerhalb von 24 - 36 Stunden wird das Kokain durch die Leber abgebaut und über die Nieren wieder ausgeschieden. Ein chronischer Kokainkonsument braucht pro Tag zwischen 500 mg und 1 g reines Kokain. In der oben skizzierten Broschüre wird sogar von

einer Tagesration von circa 2 g Kokain ausgegangen. Diese Angaben bedeuten einen täglichen Geldbedarf von minimal 100 bis maximal 400 DM pro Tag.

In der Jahresstatistik 1999 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland wird die Verschuldung von Opiat- und Kokainpatienten besonders hervorgehoben. Bei ambulant betreuten Kokainabhängigen sind 64% der Männer und 45% der Frauen verschuldet. Besonders hoch verschuldet sind männliche Kokainkonsumenten: 23% haben zwischen 10.000 und 50.000 DM und 10% haben mehr als 50.000 DM Schulden.

Obwohl der Preis für Kokain in den letzten Jahren ständig gefallen ist, ist es dennoch eine Luxusdroge. Soweit sie am Arbeitsplatz vorkommt, ist sie eher in den höheren Hierarchieebenen zu finden.

In den Straßenhandel kommt zunehmend »Crack«. Aus 1 g Kokain lassen sich sechs Crackportionen herstellen. Crack erfährt zur Zeit eine große Verbreitung aufgrund der intensiven Rauschwirkung und des billigen Anschaffungspreises. Crack wird sehr häufig in den ärmeren Großstadtgebieten, insbesondere in den USA, konsumiert. Zurzeit müssen sich allerdings zunehmend auch deutsche Großstädte damit auseinandersetzen. Es ist eher unwahrscheinlich, dass Crackkonsumenten am Arbeitsplatz existent sind.

Sind Kontrollen in Form von »Drogen-screenings« das Mittel der Wahl ?

Entscheidungsträger sind irritiert, wenn sie erfahren, dass es in ihrem Betrieb einen Drogenkonsumenten gibt. Damit dieses Vorkommnis ein Einzelfall bleibt, wird mit dem Betriebsrat/Personalrat abgesprochen, bei Neueinstellungen zur Kontrolle ein »Drogen-screening« durchzuführen. Hält der Betrieb mit dieser Maßnahme das Problem wirklich von sich fern?

Was ist mit den bereits länger Beschäftigten? Wann sollen sie getestet werden, und ist das Vorgehen rechtlich legitimiert? Was ist mit den Bewerbern, die statt des eigenen Urins den der Verwandten zur Untersuchung abgeben? Dieses auszuschließen würde bedeuten, dass bei der Einstellungsuntersuchung das ärztliche Personal bei jeder Bewerberin und jedem Bewerber den Vorgang kontrolliert.

Was ist mit jenen Personen, die sich von einer Einstellung eine neue Lebenssituation versprechen und die bei einem gelungenen Neubeginn keinen Grund mehr zur Einnahme illegaler Drogen hätten? Entspricht die Kontrollmaßnahme einer modernen Firmenpolitik?

Eine gelungene Integrationshilfe für Betroffene wäre eine Anstellung, verbunden mit der Auflage zu freiwilligen Tests. Die Arbeitgeber könnten auf diese Weise zur Drogenfreiheit Einzelner beitragen und damit ihre soziale Verantwortung dokumentieren.

Die Vielzahl der offenen Fragen zum Drogen-screening zeigt, wie unsicher und verunsichernd der mögliche Einsatz dieses Verfahrens ist.

Was ist unter einem Drogen-screening zu verstehen?

Bei einem »Drogen-screening« handelt es sich um Laboruntersuchungen von Blut, Urin, Speichel, Haaren und ggf. auch Schweiß zur Feststellung der Substanzen verschiedener konsumierter Drogen. Je nach Intensität des Konsums und unterschiedlicher Halbwertzeiten (Zeitdauer, in der die Substanzen im Körper nachweisbar sind) können die einzelnen Drogen erkannt und zurückliegende Zeiträume des Konsums ermessen werden. Damit sind sowohl die Konsumenten zu erkennen, die es ausprobiert haben, als auch jene, die bereits langfristig Drogen nehmen. Es gibt inzwischen einige Betriebe, die bei der Einstellung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Tests anwenden. In der Broschüre eines Chemiekonzerns wird mit den Ergebnissen dieser Tests der Nachweis geführt, dass es hinreichend Bewerber gibt, die bei Einstellungsuntersuchungen als Konsumenten illegaler Drogen auffallen.

Obwohl die Bewerber über den beabsichtigten Drogentest informiert wurden und ihr Einverständnis zu dem Test schriftlich bestätigen mussten, war es umso überraschender, dass sechs Prozent der Tests positiv ausfielen. Ein anderes großes deutsches Chemieunternehmen nimmt seit einem Jahr bei jeder Versetzung eines Mitarbeiters in einen Gefahrenbetrieb »Drogen-screenings« vor. In sieben Prozent der Fälle fanden sich Drogenpositive.

Rechtliche Voraussetzungen für ein »Drogen-screening«

Drogen-screenings stellen einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Einzelnen dar und dürfen nur mit der Einwilligung der betroffenen Person erfolgen. Daraus ergibt sich, dass die Untersuchung vorher angekündigt werden muss.

Bei Einstellungsuntersuchungen ist davon auszugehen, dass Bewerberinnen und Bewerber gar nicht in Betracht kommen, die gezielt diesen Test ablehnen. Andererseits hält diese Vorwarnung Betroffene überhaupt davon ab, an der weiteren Bewerbung festzuhalten. Sie kommen gar nicht zum vereinbarten Untersuchungstermin. Eine weitere Möglichkeit wären verfälschte Ergebnisse, da Drogenkonsumenten die Urinproben vertauschen könnten. Dieses auszuschließen heißt: erhöhte Kontrolle bei der Untersuchung selber.

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

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

J. Fleck: Zwischen Tabuisierung und rigider Kontrolle – rechtliche Aspekte des betrieblichen Umgangs mit Konsumenten »illegaler Drogen« in der Arbeitswelt, in Veröffentlichung

Was kann am Arbeitsplatz alternativ getan werden?

Aus den Programmen zur Prävention und Hilfe bei Alkoholproblemen am Arbeitsplatz sind Erfahrungen vorhanden, die auch für die vorbeugende Arbeit von illegalen Drogen genutzt werden können. Darüber hinaus gibt es eine lange Tradition in der professionellen Präventionsarbeit. Die Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und -kranke haben zum Teil eigens für diesen Arbeitsbereich eingestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Verantwortlichen am Arbeitsplatz können sich dort Unterstützung holen.

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

Von den Ecstasykonsumenten wissen wir aus Befragungen, dass sie sich selber für gut informiert halten. Die Qualität ihrer Informationen, die sich vornehmlich auf den Austausch mit anderen Konsumenten bezieht, sind nicht geklärt. Es erscheint daher sinnvoll, wenn Funktionsträger selber einen Wissensstand hätten, um Argumente gegen den Drogenkonsum zu formulieren. Zum Beispiel nennen ehemalige Ecstasykonsumenten vor allem die Angst vor schädlichen gesundheitlichen Wirkungen als Motiv für den Ausstieg.

Genau dieses Wissen könnte für die Argumentation sinnvoll sein. Der moralische Zeigefinger wäre unangebracht. Ebenso scheinen Drohgebärden ihr Ziel zu verfehlen. Die Ehemaligen sind am seltensten ausgestiegen, weil sie Angst vor »justitieller Ahndung« hatten, sondern sich um ihre Gesundheit sorgten.

Ein großer Teil der Konsumenten will bei illegalen Drogen »einfach nur mal Bescheid wissen«. Sie probieren und hören auf oder sie konsumieren gelegentlich. Informationen müssen diesem gelegentlichen Konsum Rechnung tragen und dürfen nicht undifferenziert alle Drogenkonsumenten »über einen Kamm scheren«, ansonsten werden sie unglaubwürdig.

Neben den suchtmittelspezifischen Informationen sollten für Beschäftigte Fortbildungen angeboten werden, in denen das Erlernen von Fähigkeiten zur Problembewältigung und zum Stressabbau im Vordergrund steht. Diese Angebote müssen zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein. Führungskräfte könnten auch die jüngeren Beschäftigten in ihrer Arbeitsgruppe ermutigen, an solchen Seminaren teilzunehmen.

Neben der Prävention stehen konkrete Maßnahmen im Einzelfall. Sofern ein Vorgesetzter Auffälligkeiten feststellt, die darauf hindeuten, dass illegale Drogen konsumiert wurden, ist die direkte Ansprache notwendig. Beschäftigte unter den Einwirkungen von illegalen Drogen sind in der Regel nicht arbeitsfähig.

Entsprechende Maßnahmen sind ausführlich beschrieben im Kapitel »Wie sollen Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte akut nicht mehr arbeits- bzw. dienstfähig sind«.

Kommt es zu wiederholten Verfehlungen in den vertraglichen Verpflichtungen, sind arbeitsrechtliche Maßnahmen unumgänglich. Da bei Suchtmittelmissbrauch häufig von einem krankheitsbedingtem Fehlverhalten ausgegangen werden kann, müssen neben Sanktionen auch Hilfeangebote unterbreitet werden. Es bietet sich an, auf die Stufenpläne zur Gesprächsführung zu verweisen, die bei »Beschäftigten mit Alkoholproblemen« Anwendung finden. Zur Zeit gibt es keine speziellen Gesprächsketten für Mitarbeiter mit Drogenproblemen. Mag sein, dass die zukünftigen Erfahrungen spezifisches Vorgehen einfordern. Zunächst steckt dieses Arbeitsplatz-Thema noch in den Kinderschuhen.

Vorbeugung

4

Hilfe ist gut, Vorbeugung ist besser!

Wer kann im Betrieb einen Beitrag leisten?

Dieser banale, aber dennoch richtige Satz trifft auf alle Suchtentwicklungen zu. Maßnahmen zur Verhinderung von Suchtmittelmissbrauch sind besonders notwendig. Zum Thema »Alkohol« finden im Betrieb inzwischen häufiger Aufklärungskampagnen statt. Bei Informationen zum verantwortungsvollen Gebrauch von psychotrop wirkenden Medikamenten gibt es in der betrieblichen Gesundheitsförderung noch einen Nachholbedarf. Das Thema »illegale Drogen« ist zwar in der außerbetrieblichen Diskussion ständig in der Öffentlichkeit präsent, aber am Arbeitsplatz wird es ausgespart.

Für den Betrieb ist es wenig hilfreich, Verantwortlichkeiten nach außen zu verlagern und z.B. beim Medikamentenproblem »Arztschelte« zu betreiben oder die Werbung verantwortlich zu machen. Sinnvoller erscheint es, Beschäftigte für das Thema »Medikamente« zu sensibilisieren. Unterschiedliche Funktionsträger hätten im Betrieb die Möglichkeit, sich aus ihrer speziellen Sichtweise heraus zu engagieren.

Es wäre denkbar, dass die **Fachkraft für Arbeitssicherheit** den Zusammenhang von Alkohol, psychisch wirksamen Medikamenten und illegalen Drogen und Arbeitssicherheitsgefährdung als Informationsbaustein in den Betrieb gibt und damit zur erhöhten Aufmerksamkeit beiträgt. Hierbei ginge es weniger um Fragen der Hilfe für Betroffene, sondern stärker um die Wirkungsweisen der verschiedenen Suchtmittel auch in kleineren Mengen. Zielgruppe dieser Aufklärungsaktionen wären die Beschäftigten

insgesamt. Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit würden damit einen zusätzlichen Beitrag zur Aufdeckung der psychischen und physischen Belastung am Arbeitsplatz liefern und zur weiteren Vermeidung von Arbeits- und Wegeunfällen beitragen.

Führungskräfte könnten in ihrer Abteilung über den Umgang mit psychisch wirksamen Medikamenten und Alkohol sprechen und sich den Mitarbeiterinnen gegenüber gesprächsbereit zeigen. Das wäre unter Umständen auch ein Versuch, die Einstiegsmotivation für Suchtmittelmissbrauch zu minimieren. Gleichzeitig signalisiert dieses Verhalten die Möglichkeit, das Thema bei Bedarf in der Arbeitsgruppe offen anzusprechen. So lernen auch Kolleginnen und Kollegen, dass die Führungskraft Suchtmittelprobleme bei Beschäftigten in Betracht zieht. Eine aufgeklärte Arbeitsgruppe ist eher in der Lage, frühzeitig zu helfen.

Der **Betriebs- oder Personalrat** ist ebenfalls aufgerufen, einen Beitrag zur Vorbeugung von Suchtmittelproblemen am Arbeitsplatz zu liefern. Er kann einen kritischen Blick auf die Rahmenbedingungen, unter denen Arbeit stattfindet, werfen. Laut Untersuchungen führen Arbeitsbedingungen, die hohe körperliche, soziale und psychische Belastungen beinhalten und zugleich geringe Handlungsspielräume zum »Auspuffern« der Belastungsfolgen bieten, eher zu gesundheitlichen Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen. Personen, die unter großem Leistungs- und Zeitdruck arbeiten, sind eher gefährdet. Diese Rahmenbedingungen begünstigen den Gebrauch von Suchtmitteln.

A. Nette fordert in einem Beitrag zum Thema »Medikamentenprobleme am Arbeitsplatz und Einflussmöglichkeiten des Betriebsrates« die Interessensvertretungen der Beschäftigten auf, sich für präventive Maßnahmen stark zu machen. Diese gehen weit über eine reine Aufklärungsarbeit der Belegschaft zum Thema »Medikamentenmissbrauch« hinaus. Ihre Vorschläge zur Prävention können in den Kontext »Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz« gestellt werden.

Die Vereinbarung umschließt drei Bereiche:

Arbeitsorganisation

- Flexiblere Zeitmodelle und Ausbau sozialer Unterstützungsangebote – insbesondere für berufstätige Frauen mit Kindern
- Entlastung von Beschäftigten im Schichtdienst
- Entlastung und höhere Flexibilität im Bereich der Arbeitszeit für ältere Beschäftigte

Arbeitszufriedenheit

- Erweiterung der Handlungs- und Entscheidungsspielräume
- Ausbau der Maßnahmen im Bereich von Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und Installation betrieblicher Gesundheitszirkel
- Stärkere Einbeziehung der Beschäftigten in die Arbeitszeitgestaltung
- Ausbau der Weiterbildungsmöglichkeiten
- Förderung stabiler sozialer Beziehungsfelder zwischen den Beschäftigten

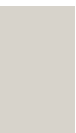
Führungskonzepte

- Möglichkeiten der Konfliktregelung am Arbeitsplatz durch Befähigung der Führungskräfte
- Verbesserung innerbetrieblicher Informations- und Kooperationsprozesse durch den Abbau unnötiger Hierarchien

Quelle:

A. Nette:
Medikamentenprobleme am Arbeitsplatz...
in: BR-Info 2/96;
3. Jahrgang

Bei allen Forderungen zur Prävention steht immer das achtsame und wertschätzende miteinander Umgehen und der persönliche Kontakt zueinander im Vordergrund. Erfahrungen zeigen, dass in kleineren Organisationseinheiten, in denen Führungskräfte ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen und ihnen auch täglich begegnen, Probleme frühzeitig erkannt und angesprochen werden. Selbst wenn dabei Fehler gemacht werden, so demonstrieren die Vorgesetzten durch ihr Eingreifen immer auch ihr Interesse an der Person. Zu dieser Haltung können Führungskräfte nur ermutigt werden.



Anhang

5

Literatur

Bundeszentrale

für gesundheitliche Aufklärung:

»Prävention des Ecstasykonsums«,
Empirische Forschungsergebnisse
und Leitlinien, Köln 1998

Büro für Suchtprävention:

»Cannabis: Haschisch und Marihuana«,
Hamburg 1999

Büro für Suchtprävention:

»Coca Kokain Crack«, Hamburg 2001

Claussen, Rudolf; Czapski, Peter:

»Alkoholmissbrauch im öffentlichen
Dienst – Gefahren und ihre Abwehr,
Leitfaden mit Rechtsprechung«,
Carl Heymanns Verlag KG, Köln, Berlin,
Bonn, München 1992

Deutsche Hauptstelle

gegen die Suchtgefahren (Hrsg.):

»Jahrbuch Sucht 2001«, Neuland Verlag,
Geesthacht. Das Jahrbuch »Sucht«
erscheint jährlich.

Dietze, Klaus:

»Alkohol und Arbeit. Erkennen,
Vorbeugen, Behandeln«,
Orell Füssli Verlag, Zürich 1992

Fleck, Jürgen; Wienemann, Elisabeth:

»Verhaltensbedingte Kündigung bei
Alkoholmissbrauch«, BR-INFO 2/96

Fleck, Jürgen:

»Zwischen Tabuisierung und rigider
Kontrolle – rechtliche Aspekte des
betrieblichen Umgangs mit Konsumenten
illegaler Drogen in der Arbeitswelt«,
in: illegale Drogen in der Arbeitswelt, Büro
für Suchtprävention, Hamburg 2000

Franke, Alexa; Mohn, Karin; Sitzler, Franziska; Welbrink, Andrea; Witte, Maibritt:
»Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen – Risiken und Widerstandsfaktoren«, Juventa Verlag, Weinheim und München 2001

Fuchs, Reinhard; Rainer, Ludwig; Rummel, Martina (Hrsg.):
»Betriebliche Suchtprävention«, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen 1998

Fuchs, Reinhard; Resch, Martin:
»Alkohol und Arbeitssicherheit«, Arbeitsmanual zur Vorbeugung und Aufklärung, Hogrefe Verlag, Göttingen 1996

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Deutscher Verkehrssicherheitsrat (Hrsg.):
»Suchtprobleme im Betrieb«, BC Verlags- und Mediengesellschaft, Wiesbaden 1995

Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe:
»Betriebliche Suchtprävention«, Tagungsdokumentation, Münster 1998

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Hauptfürsorgestelle:
»Suchtmittel und ihre Auswirkungen im Arbeitsleben«, Münster 1999

Mühlbauer, Helmut:
»Kollege Alkohol – Betreuung gefährdeter Mitarbeiter«, Kösel Verlag, München 1986

Nette, Angelika:
»Medikamentenprobleme in der Arbeitswelt«, ein Handbuch für die betriebliche Praxis, Schriftenreihe der IG Metall 139, Frankfurt/M 1995

Niedersächsisches Sozialministerium:
»Drogenmissbrauch und Verkehrsgefährdung«, Dokumentation der XI. Nds. Suchtkonferenz, Hannover 1997

Parnefjord, Ralph:
»Das Drogentaschenbuch«, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 2000

Thomasius, Rainer (Hrsg.):
»Ecstasy«, Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2000

Wienemann, Elisabeth:
Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement, Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention von 1800 bis 2000, ibidem-Verlag, Stuttgart 2000

Kontakte, Adressen

Kontaktadressen (Beratungsstellen, Fachkliniken)
und weitere Informationen erhalten Sie bei folgenden Organisationen

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS)

Postfach 1369
59003 Hamm
Tel.: 0 23 81/90 15-0
Fax: 0 23 81/90 15-30
e-Mail: info@dhs.de
Internet: www.dhs.de

*Unter www.dhs.de (Einrichtungen
der Suchtkrankenhilfe) sind die
Anschriften der Beratungsstellen,
Fachkliniken und anderen ambu-
lanten und stationären Behandlungs-
einrichtungen zu finden.*

BZgA-Info-Telefon

02 21/89 20 31
Mo. – Do. 10 – 22 Uhr
Fr., Sa., So. 10 – 18 Uhr

*Das BZgA-Info-Telefon beantwortet
Fragen zur Suchtvorbeugung. Bei
Alkohol- oder anderen Abhängigkeits-
problemen bietet das BZgA-Telefon
eine erste persönliche Beratung mit
dem Ziel, Ratsuchende an geeignete
lokale Hilfe- und Beratungsangebote
zu vermitteln.*

Für Materialanfragen:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Postfach 91 01 52
51071 Köln
Internet: www.bzga.de

Verzeichnis der Landestellen gegen die Suchtgefahren

Sächsische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e. V.
Schönbrunnstr. 5
01097 Dresden
Tel. und Fax: 03 51/8 04 55 06

Landesstelle Berlin
gegen die Suchtgefahren e. V.
Gierkezeile 39
10585 Berlin
Tel.: 030/34 80 09 20
Fax: 030/34 80 09 66

Brandenburgische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e. V.
Carl-von-Ossietzky-Str. 29
14471 Potsdam
Tel.: 03 31/96 37 50
Fax: 03 31/96 37 50

Landesstelle gegen die Suchtgefahren
Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Voßstraße 15 a
19053 Schwerin
Tel.: 03 85/7 58 91 96/71 29 53
Fax: 03 85/7 58 91 95

Hamburgische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e. V.
Brennerstraße 90
20099 Hamburg
Tel.: 040/2 84 99 18 - 0
Fax: 040/2 84 99 18 - 19

Landesstelle gegen die Suchtgefahren
für Schleswig-Holstein e.V.
Schauenburger Straße 36
24105 Kiel
Tel.: 04 31/56 47 70
Fax: 04 31/56 47 80

Bremische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e.V.
c/o Caritasverband Bremen e.V.
Postfach 10 65 03
28065 Bremen
Tel.: 04 21/3 35 73-0
Fax: 04 21/3 37 94 44

Niedersächsische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e.V.
Podbielskistr. 162
30177 Hannover
Tel.: 05 11/62 62 66 - 0
Fax: 05 11/62 62 66 22

Landesstelle gegen die Suchtgefahren
im Land Sachsen-Anhalt
Walther-Rathenau-Straße 38
39106 Magdeburg
Tel.: 03 91/5 43 38 18
Fax: 03 91/5 62 02 56

Arbeitsausschuss Drogen und Sucht
der Arbeitsgemeinschaft der Spitzen-
verbände der Freien Wohlfahrt in NW
zugleich Landesstelle g. d. Suchtgefahren
c/o Diakonisches Werk
Friesenring 32/34
48147 Münster
Tel.: 02 51 / 2 70 90
Fax: 02 51 / 27 09-398

Hessische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e.V.
Auf der Körnerwiese 5
60322 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69 / 5 96 96 21
Fax: 0 69 / 5 96 97 24

Saarländische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e. V.
c/o Diakonisches Werk an der Saar
Rembrandtstraße 17 - 19
66540 Neunkirchen
Tel.: 0 68 21 / 956-0
Fax: 0 68 21 / 95 62 05

Landesstelle Suchtkrankenhilfe
Rheinland-Pfalz
Geschäftsstelle des Diakonischen Werkes –
Referat Sucht, Aids- und Gefährdetenhilfe
Karmeliterstr. 20
67322 Speyer
Tel.: 06232 / 664-0
Fax: 06232 / 664-130

Landesstelle gegen die Suchtgefahren
in Baden-Württemberg
der Liga der freien Wohlfahrtspflege
Augustenstr. 63
70178 Stuttgart
Tel.: 07 11 / 6 19 67-31
Fax: 07 11 / 6 19 67-68

Badischer Landesverband
gegen die Suchtgefahren e.V.
Postfach 11 63
77867 Renchen
Tel.: 0 78 43 / 949-141
Fax: 0 78 43 / 949-168

Koordinierungsstelle
der bayerischen Suchthilfe (KBS)
Lessingstraße 3
80336 München
Tel.: 0 89 / 53 65 15
Fax: 0 89 / 543 92 03

Thüringer Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e.V.
Dubliner Straße 12
99091 Erfurt
Tel.: 03 61 / 7 46 45 85
Fax: 03 61 / 7 92 06 77

**BAG der Träger
Psychiatrischer Krankenhäuser**
c/o Landschaftsverband Rheinland
Mindener Straße 2
50663 Köln

**Bundesvereinigung
der kommunalen Spitzenverbände**
Postfach 51 06 20
50942 Köln

**Arbeitsgemeinschaft Kath.
Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e.V.**
Postfach 4 20
79004 Freiburg

**Katholische Sozialethische
Arbeitsstelle e. V. (KSA)**
Jägerallee 5
59071 Hamm

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg

**Gesellschaft gegen
Alkohol- und Drogengefahren e.V. (GAD)**
Am Großen Gleichberg 2
98631 Römhild

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
Postfach 41 01 63
53023 Bonn

**Blaues Kreuz in der Evangelischen
Kirche – Bundesverband e. V.**
Märkische Str. 46
44141 Dortmund

**Verband ambulanter
Behandlungsstellen für Suchtkranke/
Drogenabhängige e. V. (VABS)**
Postfach 4 20
79004 Freiburg

**Paritätischer Gesamtverband –
Ref. Gefährdetenhilfe**
Heinrich-Hoffmann-Str. 3
60528 Frankfurt

Fachverband Glücksspielsucht (fags)
Postfach 14 14
32004 Herford

Bundesfachverband Eßstörungen
Goethestr. 31
34119 Kassel

**Bahn-Zentralstelle
gegen die Alkoholgefahren**
Karlstraße 4 – 6
60329 Frankfurt

Blaues Kreuz in Deutschland e. V.
Postfach 20 02 52
42202 Wuppertal

**Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe
im Diakonischen Werk der EKD e.V.**
Postfach 10 13 66
34013 Kassel

Kreuzbund e. V. Bundesgeschäftsstelle

Postfach 18 67
59008 Hamm

**Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe –
Bundesverband e. V.**

Kurt-Schumacher-Straße 2
34117 Kassel

**Fachverband Drogen
und Rauschmittel e. V. (FDR)**

Odeonstraße 14
30159 Hannover

Bund für drogenfreie Erziehung e.V.

Postfach 14 22
21496 Geesthacht

**Deutscher Frauenbund
für alkoholfreie Kultur e.V.**

In der Welle 24
58091 Hagen

**Bundesverband der
Elternkreise drogengefährdeter
und drogenabhängiger
Jugendlicher e. V.**

Auf dem Mühlberg 77
60599 Frankfurt

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Winterstr. 1 a
86356 Neusäß

**Deutscher Guttempler-Orden
(I.O.G.T.) e. V.**

Adenauerallee 45
20097 Hamburg

**Bundesverband für stationäre
Suchtkrankenhilfe e. V. (»buss«)**

Kurt-Schumacher-Straße 2
34117 Kassel

Deutscher Caritasverband

Referat Basisdienste und
besondere Lebenslagen
Postfach 4 20
79004 Freiburg

Gefördert von der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Impressum

Herausgeber:



DHS – Deutsche Hauptstelle
gegen die Suchtgefahren e.V.,
Hamm

Text:

Ute Pegel-Rimpl,
Hannover

Gestaltung:

[designbüro],
Münster

Druck:

Degensche, St. Augustin
Auflage: 2.50.12.01

Dezember 2001

