

Standards der Alkohol- Tabak, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen

- Expertise -

Projekt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Stand November 2005

Dr. Elisabeth Wienemann
Dipl.-Ök. Patrick Müller

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
1. Einführung: Betriebliche Suchtprävention	2
1.1 Stellenwert der betrieblichen Suchtprävention	2
1.2 Rahmen und Aktionsfelder der betrieblichen Suchtprävention	3
1.3 Aktuelle Herausforderungen für die betriebliche Suchtprävention	4
2. Standards in der betrieblichen Suchtprävention	7
2.1 Vom "Ist-Standard" zum "Ziel-Standard"	7
2.1.1 Was ist ein Standard?	7
2.1.2 Verfahren der Expertise zur Bestimmung der Standards	7
2.2 Entwicklung der Standards in der betrieblichen Suchtprävention	8
2.3 Standardelemente aktueller Suchtpräventionsprogramme	14
3. Verfahren der Expertise zur Beschreibung der Standards	17
3.1 Vorgehen bei der Abfassung der Expertise	17
3.1.2 Gutachten zu einzelnen Themengebieten der betrieblichen Suchtprävention und –hilfe	18
3.1.3 ExpertInnenrunden zur Diskussion und Überprüfung der Standards	19
3.1.4 Vorgehen bei der Darstellung der Ergebnisse der Expertise	19
3.2 Allgemeine Angaben zu den Erhebungen	20
4. Organisatorischer Rahmen und strukturelle Einbindung der betrieblichen Suchtprävention	26
4.1 <i>Standards</i> für den Rahmen und die Einbindung eines betrieblichen Suchtpräventionsprogramms	26
4.1.1 Betriebliches Suchtpräventionsprogramm	26
4.1.2 Gesamtkonzept eines betrieblichen Suchtpräventionsprogramms	27
4.1.3 Arbeitskreis "Suchtprävention "	29
4.1.4 Einbindung des Suchtpräventionsprogramms in betriebliche Prozesse	30
4.1.4.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement und Suchtprävention	31
4.1.4.2 Suchtprävention und Suchthilfe im erweiterten Arbeitsschutz	33
4.1.5 Betriebs- und Dienstvereinbarungen	36
4.2 <i>Ist-Situation</i> : Organisatorischer Rahmen und strukturelle Einbindung des Suchtpräventionsprogramms	40
4.2.1 Suchtpräventionsprogramm und Betriebs- /Dienstvereinbarung	40
4.2.2 Steuerung des Suchtpräventionsprogramms durch den Arbeitskreis Suchtprävention	43
4.2.3 Integration der Suchtprävention in betriebliche Prozesse	48

4.3	<i>Entwicklungsbedarfe</i> für den organisatorischen Rahmen und die strukturelle Einbindung des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms	49
4.3.1	Vom Suchthilfe- zum Suchtpräventionsprogramm	50
4.3.2	Verbindlichkeit des organisatorischen Rahmens und der strukturellen Verankerung	50
4.3.3	Suchtprävention und -hilfe als Teil des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	50
4.3.4	Die betriebliche Suchtprävention kooperationsfähig machen	51
5.	Primärprävention: Information und Vorbeugung	53
5.1	<i>Standards</i> für Information und Vorbeugungsmaßnahmen in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen	53
5.1.1	Information und Aufklärung der Beschäftigten	54
5.1.2	Angebote und Maßnahmen zur Konsumreduzierung	61
5.1.2.1	Angebote zur individuellen Konsumreduzierung	61
5.1.2.2	Betriebliche Absprachen und Regelungen zur Einschränkung des Konsums von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen	62
5.1.3	Übergreifende Prävention und Gesundheitsförderung	69
5.1.4	Abbau Sucht fördernder Arbeitsbedingungen und salutogene Arbeitsgestaltung	70
5.2	<i>Ist-Situation:</i> Vorbeugende Aktivitäten und Information	71
5.2.1	Information der Beschäftigten	71
5.2.2	Seminarangebote für Beschäftigte zur Prävention	75
5.2.3	Regelungen des Suchtmittelkonsums	75
5.3	<i>Entwicklungsbedarfe</i> zur Information und Vorbeugung	79
5.3.1	Kontinuierliche, betriebsbezogene Informationen	79
5.3.1	Individuelle Konsumreduzierung	80
5.3.3	Konsumeinschränkungen – Konsumkontrollen	80
5.3.4	Gesundheitsförderung und Abbau Sucht fördernder Arbeitsbedingungen	81
6.	Intervention bei Auffälligkeiten und Qualifizierung von Führungskräften	85
6.1	<i>Standards</i> zur Intervention bei Auffälligkeiten und zur Qualifizierung der Führungskräfte	85
6.1.1	Verfahren bei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und Gefährdung der Arbeitssicherheit durch Suchtmittel	85
6.1.2	Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz und Hilfeangebote	88
6.1.2.1	Das Interventionskonzept: Fürsorgegespräch, Klärungsgespräch und Stufenplan	92
6.1.2.2	Rechtliche Anforderungen an den Stufenplan	94
6.1.2.3	Besonderheiten des Beamtenrechts	97
6.1.3	Qualifizierung der Vorgesetzten	100
6.2	<i>Ist-Situation:</i> Intervention bei Auffälligkeiten und Qualifizierung der Führungskräfte	103
6.2.1	Verfahren in Verbindung mit den Unfallverhütungsvorschriften	103
6.2.2	Stufenplan	104
6.2.3	Qualifizierung der Personalverantwortlichen	105

6.3	<i>Entwicklungsbedarfe</i> zur Intervention bei Auffälligkeiten und zur Qualifizierung der Führungskräfte	110
6.3.1	Verfahren zur Ausfüllung der Unfallverhütungsvorschriften	110
6.3.2	Intervention bei Auffälligkeiten nach dem neuen Interventionskonzept	110
6.3.3	Qualifizierung von Personalverantwortlichen	111
7.	Beratung und Suchthilfe im Betrieb	113
7.1	<i>Standards</i> für die interne Beratung und Suchthilfe	113
7.1.1	Beratungsaufgaben interner Einrichtungen	114
7.1.1.1	Beratung von Personalverantwortlichen und Beschäftigten zu präventiven Themen	114
7.1.1.2	Beratung der Vorgesetzten und des betrieblichen Umfeldes - Vorbereitung von Interventionen	115
7.1.1.3	Beratung und Hilfe für sucht(mittel)auffällige oder suchtgefährdete Beschäftigte - Case Management	117
7.1.2	Auftrag, Ausbildung und Ausstattung	129
7.1.2.1	Hauptamtliche Sozial- und Suchtberatungen	129
7.1.2.2	Qualifizierung und Einsatz der Nebenamtlichen	131
7.1.3	Kooperationen und Vernetzung	137
7.2	<i>Ist-Situation:</i> Interne Einrichtungen für Beratung und Suchthilfe	137
7.2.1	Art der internen Einrichtung	137
7.2.2	Beratungs- und Hilfeangebote	138
7.2.3	Qualifikation von haupt- und nebenamtlichen Ansprechpersonen	140
7.2.4	Ausstattung der haupt- und nebenamtlichen Einrichtungen zur Suchtprävention	142
7.2.5	Kooperationen und Vernetzung	143
7.3	<i>Entwicklungsbedarfe</i> für die interne Beratung und Suchthilfe	146
7.3.1	Entwicklungsbedarfe in den Beratungs- und Hilfeangeboten	146
7.3.2	Qualifizierungsbedarfe von Haupt- und Nebenamtlichen	147
7.3.3	Ausbau von Kooperation und Vernetzung	148
8.	Marketing und Qualitätssicherung	151
8.1	<i>Standards</i> für Marketing und Qualitätssicherung des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms	151
8.1.1	Marketing und Öffentlichkeitsarbeit	151
8.1.2	Qualitätssicherung – Evaluation	153
8.2	<i>Ist-Situation:</i> Marketing und Qualitätssicherung	156
8.2.1	Evaluation	156
8.2.3	Berichtslegung: Arbeitsbericht mit Kosten-Nutzen-Relation	156
8.3	<i>Entwicklungsbedarf</i> für Marketing und Qualitätssicherung	157

9.	Externe Dienstleister in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe	159
9.1	<i>Standards</i> für den Einsatz externer Dienstleister in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen	159
9.1.1	Auswahl externer Dienstleister für ein betriebliches Angebot	159
9.1.2	Beratung zum Aufbau eines Suchtpräventionsprogramms	161
9.1.3	Beratung in bestehenden Suchtpräventionsprogrammen	161
9.1.3.1	Beratung zu primärpräventiven Aktivitäten	163
9.1.3.2	Externe Dienstleistung im Bereich Führungskräfte training	163
9.1.3.3	Externe Dienstleistungen für das Hilfeangebot an auffällig gewordene Beschäftigte	164
9.1.4	Qualifizierungsmöglichkeiten externer Dienstleister	165
9.2	Erhebung zu den Standards bei externen Dienstleistern	168
9.2.1	Daten zu den beteiligten Dienstleistern	168
9.2.2	Kundengruppe und Ansprechpartner	169
9.2.3	Leistungsspektrum der externen Dienstleister	169
9.2.4	Ausbildungsstandards und Qualifizierung der externen Dienstleister	171
9.2.5	Evaluation der Dienstleistung beim Kunden	172
9.3	<i>Entwicklungsbedarfe</i> zum Einsatz externer Dienstleister in der betrieblichen Suchtprävention und –hilfe	173

Anhang 1:	Allgemeiner Fragebogen zu Standards in der Suchtprävention und –hilfe
Anhang 2:	Fragebogen zu Standards in der Suchtprävention und –hilfe für externe Dienstleister
Anhang 3:	ILO – Management of alcohol- and drug-related issues in the Workplace (Auszug – Übersetzung)
Anhang 4:	Interventionsleitfaden und Handlungsanleitung für Gespräche bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz
Anhang 5:	Aspekte der rechtlichen Einbindung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe in den Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit (J. Heilmann)
Anhang 6:	Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe als Teil des Arbeitsschutzrechts (U. Faber)

Einleitung

Ziel der Expertise ist es, Auskunft darüber zu geben, welche Standards in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe als Orientierung dienen können, um eine für unterschiedliche Betriebsstrukturen angemessene, qualitativ aber auf professionellem Niveau angelegte Präventionsarbeit zu ermöglichen.

Bei der Beschreibung der Standards soll der aktuelle Stand der fachlichen Auseinandersetzung über Konzepte und Praxismodelle in diesem Handlungsfeld berücksichtigt werden. Deshalb wurden speziell für die Expertise Gutachten von Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis zu spezifischen Fragestellungen eingeholt und bestehende oder neu entwickelte Konzepte für einzelne Elemente von Suchtpräventionsprogrammen in ExpertInnenrunden einer kritischen Überprüfung unterzogen.

Begleitend wurden zwei Erhebungen durchgeführt, eine im Bereich von Betrieben, Verwaltungen und Verbänden und eine zweite bei den externen Dienstleistern. Diese Bestandsaufnahme gibt in erster Linie Auskunft über die tatsächliche Umsetzung der Elemente der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe in den gegenwärtigen Suchtpräventionsprogrammen und die Möglichkeiten der externen Begleitung.

Aus dem Vergleich von den beschriebenen fachlichen Standards mit den Ergebnissen der Bestandsaufnahme läßt sich der weitere Entwicklungsbedarf im Handlungsfeld betriebliche Suchtprävention aufzuzeigen hinsichtlich

- a. der Einbeziehung weiterer Zielgruppen, Betriebsarten, -größen und Branchen,
- b. der Ausdehnung oder Intensivierung präventiver Suchtarbeit, z.B. auf spezifische Suchtmittel oder gesundheitsriskantes Verhalten,
- c. der Entwicklung von "Standards of Good Practice" und der Vernetzung,
- d. des gegenwärtigen und zukünftig entstehenden Unterstützungsbedarfs unter Einbeziehung der Möglichkeiten einschlägiger privater und öffentlicher Institutionen.

Die Expertise kann also ein differenziertes Bild der anzustrebenden und praktizierten Standards herstellen und zugleich aufzeigen, wo weitergehender Entwicklungs- und Abstimmungsbedarf besteht. Sie kann und sollte damit zugleich die Grundlage für einen "kontinuierlichen Verbesserungsprozess" für das Konzept und die Modelle der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe legen. Angesichts der Entwicklung neuer Ansätze in Präventions- und Therapiekonzepten einerseits und der schnellen Veränderung betrieblicher Rahmenbedingungen und Prozesse andererseits sind betriebliche Suchtpräventionsprogramme regelmäßig auf ihre Aktualität und Wirksamkeit hin zu überprüfen, zu modifizieren und zu erweitern.

1. Einführung: Betriebliche Suchtprävention

1.1 Stellenwert der betrieblichen Suchtprävention

Die betriebliche Suchtprävention bietet gegenwärtig den wirksamsten Weg, die erwachsene Bevölkerung mit gezielten Sucht vorbeugenden Maßnahmen zu erreichen. Eine systematische Aufklärung am Arbeitsplatz über Wirkungen von Suchtmitteln und eine veränderte Konsumkultur im Betrieb regt vielfach zu weit reichenden Verhaltensänderungen im Umgang mit Suchtmitteln an. Dies gilt in erster Linie für die Reduzierung des Alkoholkonsums und neuerdings des Rauchens am Arbeitsplatz. Unterstützt wird dieser Effekt durch Informationen und Informationsmaterialien¹, die über den (gesundheits-)riskanten Konsum aufklären (z.B. "Alles klar?") und Anregungen zur persönlichen Konsumreduzierung geben bzw. organisatorische Regulierungen vorschlagen (z.B. Punktnüchternheit) und nicht mehr ausschließlich auf Suchterkrankung und ihre Folgen fokussieren. Die neuen Ansätze in der Suchtvorbeugung korrespondieren zudem hervorragend mit den Ansätzen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Betriebliche Suchtpräventionsprogramme finden sich in der Privatwirtschaft, im öffentlichen Dienst, in Verbänden und Einrichtungen. Kurz zusammengefasst steht "der Betrieb" für die verschiedenen Organisationsformen des Beschäftigungssystems.

Eingeführte und systematisch angewandte Programme treffen bei den Beschäftigten auf hohe Akzeptanz und wirken sich positiv auf das betriebliche bzw. dienststelleninterne Geschehen aus, wie in Erhebungen ermittelt wurde. Als positive Wirkungen werden hervorgehoben:

- das gestiegene Bewusstsein zur Sucht- und Gesundheitsgefährdung durch Suchtmittel,
- die Enttabuisierung des Themas Sucht,
- die Senkung des Konsums von Suchtmitteln,
- das konsequente Anbieten von Hilfe,
- die Verbesserung des Führungsverhaltens.

Der Schwerpunkt der betrieblichen Angebote liegt heute vielfach noch auf der Suchthilfe mit traditionell ausgeprägter Gewichtung auf den gestuften Interventionen und begleitenden Hilfeangeboten bei Alkoholauffälligkeiten. Aber auch diese betrieblichen Interventionen spielen für die Prävention eine herausragende Rolle, helfen sie doch bei der Früherkennung von Suchtgefährdungen und führen zu frühzeitiger Aufnahme einer Therapie mit relativ guter Prognose. Als motivierender Faktor wirkt das Interesse der Beschäftigten am Erhalt des Arbeitsplatzes. Darin besteht ein wirksamer Motivator zur Veränderung gesundheitsriskanter Konsummuster und zur Einschränkung des Suchtmittelmissbrauchs sowie zur Annahme therapeutischer Hilfe bei Suchtgefährdungen und -erkrankungen.

Die Wirkung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme strahlt in andere gesellschaftliche Bereiche aus. Frühzeitige Interventionen im Betrieb erhöhen die Quote erfolgreicher Therapien in den

Einrichtungen des Therapiesystems. Die Verbreitung des Wissens über Abhängigkeitsprobleme von legalen Suchtmitteln und Suchterkrankung in der Bevölkerung wird ganz wesentlich über die betriebliche Suchtprävention transportiert. Außerdem spielen betriebliche Angebote der Suchtprävention und Suchthilfe in der Rechtsprechung und Rechtsentwicklung im Arbeits- und Sozial- sowie Disziplinarrecht eine Rolle.

Schließlich profitieren die Betriebe selbst von der Einführung eines Suchtpräventionsprogramms. Als konkrete Auswirkungen werden die Erhöhung der Arbeitssicherheit, die Verbesserung des Betriebsklimas und die Steigerung der Qualität und Effektivität sowie die Senkung von Fehlzeiten und Krankheitskosten genannt. Die Auswertung von Fehlzeitenverläufen bei Suchtmittel missbrauchenden oder suchtkranken Beschäftigten belegt eindrücklich, dass sich Maßnahmen zur Suchtprävention und -hilfe rechnen.² Mit dem Aufbau von Programmen und der Schulung von Führungskräften wurden in vielen Betrieben mit der Suchtprävention zugleich wichtige Impulse für eine Organisations- und Personalentwicklung gesetzt.

1.2 Rahmen und Aktionsfelder der betrieblichen Suchtprävention

Betriebliche Suchtprävention erschöpft sich nicht in punktuellen Maßnahmen der Suchtvorbeugung im engeren Sinne oder einzelfallorientierter Suchthilfe, sondern bezeichnet ein differenziertes Konzept zum Aufbau und zur Ausgestaltung betrieblicher Programme. Um diese zu verstetigen sind neben präventiven sowie suchtspezifischen Angeboten und Aktionen verstärkt Aktivitäten zur strukturellen Verankerung sowie zur Einbindung in betriebliche Prozesse erforderlich.

Zu den einschlägigen Handlungsfeldern der betrieblichen Suchtprävention gehören schon heute

a) die inhaltliche Ausgestaltung des Suchtpräventionsprogramms:

Entwicklung und Umsetzung der Elemente, die ein Programm je nach Betriebsgröße und Beschäftigtenstruktur enthalten soll, z.B. ein kontinuierliches Angebot vorbeugender Maßnahmen unter Berücksichtigung der aktuellen Ansätze der Suchtprävention, Interventionen bei Auffälligkeiten (Stufenplan), Schulung der Personalverantwortlichen, interne Hilfe- und Beratungsangebote, Einbeziehung externer Dienstleister oder Facheinrichtungen;

b) die strukturelle Verankerung des Suchtpräventionsprogramms:

Bildung einer Lenkungsgruppe, z.B. "Arbeitskreis Suchtprävention/Gesundheit", Ausarbeitung einer - an die Bedingungen des jeweiligen Betriebes bzw. der Einrichtung anzupassenden - Betriebs-/Dienstvereinbarung, Einführung eines Ablaufs von Qualitätssicherung, Evaluation und Weiterentwicklung, Abstimmung von Öffentlichkeitsarbeit. Da der rechtliche Rahmen für die betriebliche Suchtprävention zurzeit noch unscharf ist, muss jedes Programm intern verhandelt und oftmals mit noch nicht entwickelten Ressourcen aufgebaut werden;

c) die strategische Einbindung der Suchtprävention in betriebliche Prozesse:

Bestandsaufnahme bestehender Strukturen, Funktionen, Leitlinien und Prozesse, um die notwendigen Vernetzungen herstellen zu können und die Schnittstellen aktiv zu gestalten. Betriebliche Suchtprävention kann sich heute als Faktor moderner Personalpolitik und Betriebskultur positionieren. Für eine wirksame Sucht vorbeugende Arbeit und zur Nutzung von Synergien ist eine enge Verzahnung mit den Aktivitäten anderer betrieblicher Funktionsbereiche fruchtbar, u.a. des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (z.B. Sicherheitsunterweisung, Gefährdungsbeurteilung, Nichtraucherchutz), der Gesundheitsförderung (z.B. Stressbewältigung, Gesundheitszir-

kel, Gesundheitstage), der Personalentwicklung (z.B. Führungskräfteentwicklung, Konfliktmanagement), der Organisationsentwicklung (z.B. Teamentwicklung, Arbeitszeitgestaltung) oder des Qualitätsmanagements (z.B. Qualitätszirkel, Qualitätsaudits).

Die aufgezeigten Aktionsfelder sind in den Suchtpräventionsprogrammen unterschiedlich weit entwickelt. Das Spektrum reicht von begrenzten, von engagierten Einzelpersonen getragenen Aktivitäten, bis hin zu entwickelten und ausdifferenzierten Suchtpräventionsprogrammen mit hauptamtlich besetzten Sucht- oder Sozialberatungen. In vielen Fällen stellen die aufgezeigten neuen Möglichkeiten bestenfalls Orientierungspunkte für die zukünftige Arbeit dar. Denn die betriebliche Suchtprävention selbst ist ein Prozess, dessen Dynamik beeinflusst wird von den Rahmenbedingungen der jeweiligen Organisation, den eingesetzten Energien, Kompetenzen und Ressourcen sowie dem Entwicklungsstand der Suchtpräventionskonzepte. Entscheidend ist zunächst, dass Betriebe sich dem Thema überhaupt zuwenden, denn bedeutsam ist jeder einzelne Programmbaustein, der dazu beiträgt, Suchtgefahren vorzubeugen und Suchtgefährdeten und -kranken sachgerecht zu helfen. Unabhängig davon, ob also der Handlungsrahmen jeweils enger oder weiter gefasst wurde, stellt dieser einen Raum dar, der für den Ausbau der Suchtprävention genutzt werden kann und die Basis für Weiterentwicklungen und die Anpassung an aktuelle Entwicklungen und Anforderungen bildet.

1.3 Aktuelle Herausforderungen für die betriebliche Suchtprävention

Ab Mitte der 90er-Jahre haben sich die Kontextbedingungen für die betriebliche Suchtprävention gravierend verändert. Die Entwicklungen betreffen alle drei aufgezeigten Handlungsfelder, den inhaltlichen, den strukturellen und den strategischen Bereich. Sie bieten neue Chancen für die Gestaltung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme, stellen aber zugleich eine erheblich Herausforderung dar, auf die viele betriebliche Akteure bislang unzureichend vorbereitet sind, nicht zuletzt weil in der Praxis immer noch mit Präventions- und Hilfskonzepten der 80er-Jahre gearbeitet wird.

a) Veränderte inhaltliche Anforderungen an die betriebliche Suchtprävention und neue Ansatzpunkte ergeben sich aus den folgenden Entwicklungen:

- Die Suchtprävention spricht beim Alkoholthema heute die ganze Breite der Konsumenten an, um über riskanten und schädigenden Gebrauch aufzuklären, eine Verringerung des alltäglichen Konsums und u.a. bei der Arbeit "Punktnüchternheit" anzuregen. In der betrieblichen Suchtprävention wird immer noch vorrangig auf Missbrauch und Abhängigkeit fokussiert und die Hilfe zur Aufnahme einer Therapie bei Suchterkrankung in den Vordergrund gestellt. Auch niedrigschwellige Angebote wie z.B. Programme zum kontrollierten Trinken haben noch selten Eingang gefunden.
- Nikotinprävention hat sich jüngst als Feld betrieblicher Suchtprävention mit hohem Handlungsbedarf aufgetan. Durch eine Neuregelung des Nichtraucher-schutzes in der Arbeitsstättenverordnung werden in den Betrieben vermehrt Regelungen getroffen, die das Rauchen am Arbeitsplatz einschränken. Hier hat die Suchtprävention zusammen mit der Gesundheitsförderung eine begleitende Rolle zur Aufklärung über Sucht- und Gesundheitsgefährdungen durch das Rauchen und dem Angebot von sog. Nichtraucherkursen. Regelungen, vor allem ein Rauchverbot allein sind keine zufrieden stellende Suchtprä-

vention; zu wünschen wären vielmehr ähnlich breite und kreative Ansätze wie zum Thema Alkohol. Gerade in Verbindung mit dem Tabakkonsum am Arbeitsplatz wäre zudem die Sensibilität für suchtfördernde Arbeitsbedingungen noch zu erhöhen.

- In Bezug auf Medikamente steigt der Präventionsbedarf im Betrieb durch die Veränderung der Unfallverhütungsvorschriften für den gewerblichen Bereich. Nach § 15 dürfen sich Arbeitnehmer durch Alkohol, Drogen und andere berauschende Mittel sowie explizit auch durch die Einnahme von Medikamenten (was implizit allerdings auch für die anderen Beschäftigungsbereiche gilt) nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst und andere gefährden können. Erforderlich sind deshalb neue Präventionsstrategien, vor allem eine breitere Aufklärung im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention, über die Nebenwirkungen von Medikamenten am Arbeitsplatz, nicht ausschließlich über deren Abhängigkeitspotenzialen. Und es müssen Strategien entwickelt werden, wie die Beschäftigung unter Einfluss von Arzneimitteln auf handhabbare Weise geregelt werden kann.
- Wirtschaftlicher Wandel, strukturelle Veränderungen im Beschäftigungssystem, schnelle Wechsel der Arbeitsanforderungen gehen mit erhöhtem Veränderungsdruck, tief greifender Verunsicherung und neuen gesundheitlichen, vor allem psychischen Gefährdungen der Beschäftigten einher. Medikamente und Suchtmittel werden in diesem Zusammenhang nicht selten zur Bewältigung von Anforderungen oder Belastungen eingesetzt. Zu diesem Problemfeld muss sich die betriebliche Suchtprävention verhalten können, denn gerade hier wird in den Betrieben verstärkt Unterstützung angefragt.
- Die aufgezeigten Entwicklungen machen deutlich, dass frühzeitige Interventionen heute bei wiederholten Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten der Beschäftigten ansetzen sollten, nicht erst beim nachweisbaren Suchtmittelkonsum, was meist Alkoholkonsum bedeutet. Prävention durch Fürsorge- und Klärungsgespräche können den Interventionszeitpunkt vorverlegen und damit die Chancen zur Vermeidung eines langwierigen Krankheitsverlaufs mit disziplinarischen Folgen erhöhen. Modelle wie die motivierende Gesprächsführung in der Beratung die betriebliche Hilfe wirksam unterstützen.

b) Für die **strukturelle Verankerung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme** sind die folgenden Entwicklungen relevant:

- Mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement entstehen neue Strukturen für die gesundheitsbezogenen Aktivitäten im Betrieb. Arbeits- und Gesundheitsschutz als gesetzliche Aufgabe, Gesundheitsförderung und Suchtprävention werden unter dem Dach des Gesundheitsmanagements zusammengeführt. Eine Lenkungsgruppe "Gesundheit" übernimmt in vielen Fällen die Steuerungs- und Koordinationsaufgaben für bestehende Angebote und neue Projekte. In einer Reihe von Fällen geht der Arbeitskreis Sucht darin auf oder bekommt eine neue Rolle.
- Viele der unter a) dargestellten Anforderungen an die betriebliche Suchtprävention richten sich auf Angebote, die in enger Verknüpfung mit der Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen sind. Dabei kann es von Nutzen sein, das spezifische Angebot der Suchtprävention über die jeweilige Einzelmaßnahme hinaus sichtbar zu machen.
- Qualitätssicherung und Controlling gewinnen in allen betrieblichen Projekten, in die investiert wird, an Bedeutung. Die Evaluation des Angebotes oder eine Berichtslegung wird im Bereich der betrieblichen Suchtprävention bislang noch zu selten geleistet. Die

Entwicklung von Zielen, die Überprüfung der Fortschritte auf dem Weg zu den gesetzten Zielen und der Aktualität der eingesetzten Konzepte können zu einer verbesserten Verankerung des Suchtpräventionsprogramms im Betrieb beitragen.

c) **Möglichkeiten für die strategische Einbindung der Suchtprävention** in betriebliche Prozesse ergeben sich aus den folgenden Entwicklungen:

- Erweiterter Arbeitsschutz und Präventionsauftrag der Versicherungsträger haben neben der Suchtprävention weitere präventive Programme und Maßnahmen zum Gefährdungsabbau und zur Gesundheitsförderung entstehen lassen. Neue Regelungen im Sozialgesetzbuch IX für Beschäftigte mit längeren Erkrankungszeiten eröffnen weitere präventive Ansatzpunkte. Beiträge zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Beschäftigten leisten darüber hinaus auch andere betriebliche Bereiche, vor allem die Personal- und Organisationsentwicklung und die Interessenvertretungen. Die betriebliche Suchtprävention muss sich mehr denn je zuvor in ein dichtes fachliches Netzwerk innerhalb, aber auch außerhalb des Betriebes einbinden.
- Integrierte Managementsysteme umfassen u.a. Qualitätsmanagement, Human Resource Management, Arbeitsschutz- und Gesundheitsmanagement und legen Gewicht auf Leitbildentwicklung, Qualität und Kundenorientierung, motivierende Führungskultur, Kooperation und Beteiligung, Teamentwicklung und Selbstmanagement. Für all diese Bereiche kann die betriebliche Suchtprävention ihren Beitrag leisten und sich im Sinne einer internen Dienstleistung positionieren, wie es in Modellen guter Praxis bereits praktiziert wird.
- Gesundheitsförderliches Führungsverhalten ist eine Anforderung, aber auch ein Konzept im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Führungsgrundsätze und Führungsanforderungen haben sich in vielen Betrieben, nicht zuletzt im öffentlichen Dienst, tief greifend gewandelt. Mitarbeitergespräche oder Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräche, Rückkehrgespräche oder Feedback-Gespräche sind zu einem verbreiteten Instrument moderner Personalführung geworden. Die suchtspezifischen Präventionsthemen sollten einerseits stärker integriert werden, andererseits kann das Konzept der strukturierten Interventionen diese Instrumente wirksam ergänzen.

¹ BZGA (Hrsg.): Alles klar? Tipps & Informationen für den Verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol, o.J.;

² Petschler, T./Fuchs, R.: Betriebswirtschaftliche Kosten- und Nutzenaspekte innerbetrieblicher Alkoholprobleme. In: Sucht aktuell 1/2000; Wienemann, E.: Suchtprävention und -hilfe im Betrieb - ein profitabler Kostenfaktor? In: Brosch, R./Mader, R. (Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz, Wien 2001

2. Standards in der betrieblichen Suchtprävention

2.1 Vom "Ist-Standard" zum "Ziel-Standard"

2.1.1 Was ist ein Standard?

Der Begriff "Standard" ist in seiner Bedeutung schillernd. Er beschreibt durchaus unterschiedliche Qualitäten und bezieht sich auf verschiedene Dimensionen eines Aspekts:

Standard bezeichnet sowohl

- das Normalmaß,
- die Durchschnittsbeschaffenheit,
- die Richtschnur,
- das allgemeine Leistungs- und Qualitätsniveau,
- die Normalausführung.¹

Es reicht also nicht einen Standard einzufordern, sondern es muss auch die Dimension oder das Ziel angegeben werden, auf die sich seine Beschreibung bezieht. Es geht hier keineswegs um semantische Spitzfindigkeiten. Denn es macht einen Unterschied, ob mit einem Standard der vorhandene Durchschnitt gekennzeichnet oder eine anzustrebende Richtgröße vorgegeben wird, ob er das anzustrebende Qualitätsniveau festlegt oder die Normalausführung beschreibt.

Dies lässt sich an einem Beispiel verdeutlichen, dem "Standard" der Evaluation oder des Controllings in der betrieblichen Suchtprävention: "Mindestens einmal jährlich wird in einem Bericht der Fortgang der Aktivitäten in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen erhoben sowie ausgewertet und die Ziele für das kommende Jahr werden abgestimmt und festgehalten." Da jährliche Berichte nicht dem vorhandenen Durchschnitt entsprechen und noch weit entfernt sind von der Normalausführung, kann es entweder um ein anzustrebendes Qualitätsniveau oder eine Richtgröße für professionelles Handeln in der betrieblichen Suchtprävention gehen. Während die ersten beiden Dimensionen durch Erhebung zu ermitteln wären, könnten die letzten beiden Aspekte jeweils nur durch Vorgabe, Vereinbarung oder Abstimmung den Charakter eines Standards zugesprochen bekommen.

2.1.2 Verfahren der Expertise zur Bestimmung der Standards

Für die vorliegende Expertise sollten zunächst die Ist-Standards der betrieblichen Suchtprävention erhoben werden, die in der Praxis betrieblicher Suchtpräventionsprogramme gegenwärtig zur Anwendung kommen und sich aus der "Normalausführung" der Aktivitäten oder der "Durchschnittsbeschaffenheit" der existierenden Suchtpräventionsprogramme ergeben.

Die aktuellen Anforderungen, die den Veröffentlichungen und Gutachten aus der wissenschaftlichen, betrieblichen und beraterischen Fachwelt zu entnehmen sind, werden nach weiterer Überprüfung und Abstimmung als Ziel-Standards beschrieben.

Die Ziel-Standards, die als "Richtschnur" und als Orientierung für ein "allgemeines Leistungs- und Qualitätsniveau" in der betrieblichen Suchtprävention dienen können, werden im nächsten Schritt mit den Ergebnissen der Erhebung abgeglichen. Aus den Differenzen zwischen den in der Fachwelt vertretenen Standards und in den Erhebungen festgestellten Ergebnissen ergibt sich der Bedarf an Weiterentwicklung und Unterstützung.

2.2 Entwicklung der Standards in der betrieblichen Suchtprävention

Standards in der betrieblichen Suchtprävention in Deutschland sind nur zum Teil das Ergebnis von - z.B. in spezifischen Fachforen - abgestimmten Konzepten. Viel Einfluss auf die Gestaltung der Suchtpräventionsprogramme hat die Weitergabe von Erfahrungen aus praktizierten betrieblichen Modellen, was manchmal zu Lasten der Qualität und Aktualität dieser Angebote geht. Es fehlt eine kompetente Instanz, in deren Aufgabenbereich die kontinuierliche Entwicklung von Konzepten der betrieblichen Suchtprävention, deren Abstimmung in breiteren Fachkreisen sowie die Umsetzung, Überprüfung und Weiterentwicklung der Ansätze in der Praxis fallen würde.

Die bislang beschriebenen Standards der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe können als Stationen des Abgleichs der verschiedenen Erfahrungen von Praktikern aus den betrieblichen Modellen sowie aus dem therapeutischen - und dem Selbsthilfe-System mit den Erkenntnissen von WissenschaftlerInnen betrachtet werden. Im Verlauf der 50jährigen Geschichte betrieblicher Suchtpräventionsprogramme wurden im internationalen wie im nationalen Rahmen Standards formuliert. Die wichtigsten Stationen seien hier in zeitlicher Reihenfolge skizziert:

Der mit Unterstützung durch Praktiker von Wissenschaftlern aus dem Yale Center of Alcohol Studies für US-Unternehmen ausgearbeitete 'Yale Plan for Business and Industry' steckte **1948** den Rahmen für die modernen betrieblichen Alkoholprogramme; die seinerzeit definierten Standards sind in den Grundzügen heutiger Suchtpräventionsprogramme nach wie vor zu erkennen. Festgelegt wurde

- Der institutionelle Charakter des Programms als Einrichtung des Betriebes und Bestandteil seiner Betriebspolitik,
- die Verantwortung des Managements für das Programm,
- die Rolle des/der Vorgesetzten und der Programm-MitarbeiterInnen (Ansprechpersonen) bei der Intervention,
- die Bestandsaufnahme über den Umgang mit Suchtmitteln im Betrieb und mit Auffälligkeiten am Arbeitsplatz zu Beginn des Programms,
- das Training der Führungskräfte.²

Anfang der 70er-Jahre erfolgte eine Weiterentwicklung der Standards im Zuge der Einführung der Employee Assistance Programs (EAP) und der Studie des Stanford Research Institutes - SRI.

Das von der US-amerikanischen Hazelden Foundation **1974** herausgegebene EAP-Handbuch für die Praxis beschrieb die Standards für die Hilfeprogramme. Der Interventionsrahmen wurde über die Alkoholauffälligkeiten hinaus auf andere gesundheitliche, persönliche und soziale Probleme, die am Arbeitsplatz sichtbar werden konnten, erweitert. Ziel der EAP-Programme ist es, alkoholgefährdete oder mit anderen Schwierigkeiten belastete MitarbeiterInnen zu motivieren, Hilfe zu suchen, um ihre Produktivität wieder herzustellen, bevor ihnen auf Grund unzureichender Arbeitsleistung gekündigt werden muss. Außerdem wurde die Zu-

sammenarbeit von Unternehmensleitungen und Gewerkschaften bzw. Interessenvertretungen hervorgehoben.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes der Stanford University wurden **1976** die Interventionschritte noch weiter präzisiert und zu einer Interventionskette zusammengefasst, die als Standard des Verfahrensablaufs bis heute aktuell ist. Im Überblick waren dies die veränderten Anforderungen an betriebliche Suchtpräventionsprogramme:

- Abfassung eines schriftlich formulierten Programms, das von Unternehmensleitung und Gewerkschaft gemeinsam herausgebracht wird,
- Schulung der Vorgesetzten und anderer Personalverantwortlicher sowie Training für Interventionen,
- Information der Belegschaft über das Programm,
- Bestellung eines oder mehrerer EAP-Verantwortlicher (Ansprechpersonen) in einem Betrieb,
- Angebot professioneller Beratung innerhalb oder außerhalb des Betriebes,
- Aufzeigen von Behandlungsangeboten für alkoholranke MitarbeiterInnen,
- Intervention durch eine Abfolge von Gesprächen und mit Hilfe des sog. "konstruktiven Drucks", um auffällige Personen dazu zu motivieren, sich in Behandlung zu begeben:

1. Identifikation des veränderten Arbeitsverhaltens - Verantwortung der Vorgesetzten

- Worin weicht das Arbeitsergebnis von der erwarteten Arbeitsleistung ab?
- Ist die Veränderung bzw. die Diskrepanz bedeutsam?
- Anhand welcher Fakten lässt sich die Abweichung beschreiben?
- Hat der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin selbst die Veränderung schon wahrgenommen oder muss mit ihm/ihr darüber gesprochen werden?
- Was ist mögliche Ursache für die Abweichung? (z.B. schlechte Arbeitsgestaltung, Umweltbelastungen, widersprüchliche Anweisungen, Leistungsverweigerung, Motivationsprobleme oder gesundheitliche bzw. persönliche Probleme?)
- Welche Lösung steht für das Problem an?

2. Konfrontation des/der Beschäftigten

Bei gesundheitlichen oder verhaltensbedingten Problemen in Verbindung mit Alkohol:

Konfrontation des Mitarbeiters oder der Mitarbeiterin mit den gesunkenen Arbeitsleistungen in der Weise, dass der / die Vorgesetzte

- sich ausschließlich auf die Arbeitsleistung bezieht und nicht die Gründe des Alkoholismus diskutiert,
- über seinen eigenen Eindruck von der Situation spricht, ohne moralische Wertung des Verhaltens,
- das spezifische Leistungsproblem klar definiert,
- dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin deutlich macht, dass das Thema sich auf die Arbeitsleistung bezieht,
- dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin seine Wahrnehmung mitteilt, dass er/sie ein Problem mit dem Alkohol hat,
- ihn / sie auffordert, sich Hilfe zu holen,
- betont, dass der Mitarbeiter/ die Mitarbeiterin für sich allein verantwortlich entscheidet, dass jedoch der Arbeitsplatz in Gefahr ist, falls die unzureichende Arbeitsleistung andauert,
- gemeinsam mit dem Mitarbeiter einen Plan aufstellt, nach dem sie in regelmäßigen Abständen die Leistungsverbesserungen des Betroffenen überprüfen und beurteilen können und dass sich beide Seiten an den vereinbarten Plan halten.

3. Meldung/Überweisung

- Auf eigene Initiative oder auf Vorschlag des Vorgesetzten nimmt der Mitarbeiter /die Mitarbeiterin Kontakt zur Ansprechperson oder zum Berater auf, um eine Beratung oder eine Therapie aufzunehmen.
- Die Ansprechperson / der Berater ist sowohl zuständig für die Umsetzung des Programms als auch für die Koordination der Bemühungen aus den einzelnen beteiligten Abteilungen wie z.B. Personalabteilung, medizinischer Dienst und/oder Sozialabteilung.

4. Beratung

Der Berater / die Beraterin

- hilft dem Mitarbeiter / der Mitarbeiterin das Problem zu definieren, Ziele zu setzen und professionelle Hilfsangebote auszuwählen,
- steht er den Vorgesetzten als Unterstützung für die ersten beiden Phasen des Vorgehens zur Verfügung
- gibt kontinuierlich Informationen über Alkoholismus und andere medizinische - oder Verhaltensprobleme und ihre Behandlungsmöglichkeiten,
- ist nicht verantwortlich für die Kontrolle des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin.

5. Behandlung

- Falls notwendig, wird der Mitarbeiter / die Mitarbeiterin zu einer Behandlung oder einer externen Beratung motiviert und unterstützt.
- Der Berater hält Kontakt zu dem Mitarbeiter / der Mitarbeiterin
- Falls die Überweisung durch den Vorgesetzten erfolgt ist, teilt der Berater diesem mit, wie der Mitarbeiter auf das Programm reagiert, allerdings bespricht er nicht die spezifischen Probleme des Mitarbeiters mit ihm oder die Art der Behandlung.³

Die ab Mitte der 70er-Jahre in Westdeutschland einsetzende Entwicklung zur betrieblichen Suchthilfe griff auf die Interventionskette aus den EAPs und der Stanford Studie zurück, bezog sie jedoch ausschließlich auf den Bereich Alkohol und Alkoholkrankheit.

Ein erster Schritt über die Suchthilfe hinaus zur Suchtprävention wurde auf der Fachkonferenz der DHS **1979** getan. Dort stellte eine Arbeitsgruppe die Standards für suchtpreventive Maßnahmen im Betrieb unter den folgenden Schwerpunkten zusammen:

a) primäre Prävention

Verhinderung von Erkrankungen durch: Aufklärungskampagnen, Informationsmaterialien, Einsatz von Filmen mit dem Ziel, den Konsum alkoholischer Getränke einzuschränken, ein Bewusstsein über die Unfallgefährdung durch Alkohol zu schaffen und das hohe Image des Alkohols zu beeinflussen.

b) sekundäre Prävention

Früherkennung und Frühbehandlung von Alkoholkranken mit folgenden Zielen: Verständnis für die Krankheit wecken, Vorgesetzte für Gespräche mit Betroffenen vorbereiten, Netz von HelferInnen und Ansprechpersonen im Betrieb aufbauen, disziplinarische Maßnahmen nur im Sinne eines 'konstruktiven Drucks' und in abgestufter Folge zu nutzen.

c) tertiäre Prävention

Verhinderung von Schäden als Folge einer schon bestehenden, mehr oder weniger stark ausgeprägten Erkrankung, Therapieangebote, Aufbau innerbetrieblicher Selbsthilfegruppen bzw. enger Kontakt mit entsprechenden Gruppen außerhalb, Kontaktpflege zu Betroffenen während langfristigen Therapien, Reintegration nach Therapieaufenthalten.⁴

Erst im Laufe der 80er-Jahre entwickelte sich in der BRD ein breiterer konzeptioneller Rahmen für die betriebliche Suchtprävention. Ein Impuls zur Weiterentwicklung der Standards in Deutschland kam **1982** aus dem Bereich der Gewerkschaften mit der Broschüre der IG Metall 'Alkoholismus, die Krankheit unserer Zeit'. Die Stufenpläne wurden den arbeitsrechtlichen Voraussetzungen durch die Erweiterung der Interventionskette um mehrere Stufen angepasst, d.h. die Kündigung erfolgt erst nach vorherigen Abmahnungen und ihr Abschluss in Form von Betriebs- oder Dienstvereinbarungen wurde empfohlen. Standardelemente des Konzepts waren:

- Arbeitskreis Alkohol, zuständig für die Abstimmung des Programms,
- Schulung der Personalverantwortlichen,
- Einrichtung eines Helfernetzes,
- Information der Belegschaften über das Programm durch persönliche Anschreiben, auf Betriebsversammlungen usw.,

- Einflussnahme auf das Getränkeangebot im Betrieb (Griffnähe abbauen), Veränderung der Trinksitten,
- Information über Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Thema 'Frau und Sucht'⁵.

Auf diesem Stand setzte der Seminarleitfaden 'Alkoholprobleme in der Arbeitswelt' (Gelber Ordner), der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) **1987** herausgegeben wurde, an.⁶ Er steckte den Rahmen für das "Gesamtkonzept" der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe und schaffte einen Standard für die vorbeugende Arbeit in Informationsveranstaltungen und Seminaren und ging in die Schulungsmaterialien vieler betrieblicher Fachkräfte ein.

- Gesamtkonzept zur Initiierung und Durchführung eines betrieblichen Alkoholpräventionsprogramms
- Normaler Alkoholkonsum am Arbeitsplatz - Alkoholmissbrauch - Alkoholabhängigkeit
- Betriebliche Einflussgrößen des Alkoholkonsums - Ansatzpunkte für primärpräventive Maßnahmen

Im November **1988** gab der DGB als Vertretung aller Gewerkschaften zur DHS-Konferenz eine 'Empfehlung zur Vermeidung von Missbrauchs- und Suchtproblemen und zur Entwicklung von Hilfeangeboten für Alkohol- Medikamenten- und Drogenabhängige in der Arbeitswelt' heraus. Darin stellten die Gewerkschaften ihre Position zu Suchtproblemen dar und forderten weitergehende Standards:

- Die betriebliche Suchtprävention sollte über die unmittelbare Hilfe für Suchtgefährdete und -kranke hinaus dazu beitragen, die Ursachen des Suchtmittelmissbrauchs zu beseitigen.
- Die Suchtprävention und -hilfe sollte flächen deckend in den Betrieben institutionalisiert und durch Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen abgesichert werden.
- Die Suchtarbeit sollte von sozialen Diensten - im Betrieb angesiedelt oder überbetrieblich organisiert - durchgeführt und durch Suchtbeauftragte gewährleistet werden. Auf Professionalität wurde dabei explizit Wert gelegt.
- Die Suchtprävention sollte mit Aktivitäten zur Gesundheitsförderung verbunden werden.⁷

1991 erschien 'Das Suchtbuch für die Arbeitswelt' der IG Metall, das eine Erweiterung der betrieblichen Suchtprävention über Alkohol und Medikamente hinaus auf illegale Drogen, Nikotin, Ess-Störungen, Spiel- und Arbeitssucht anregte.⁸

Im Jahre **1992** wurde von der DHS eine Sichtung der Ausbildungsangebote für die freiwilligen SuchthelferInnen in der betrieblichen Suchthilfe vorgenommen.⁹ Dabei wurden Standards für die Qualifizierung und den Einsatz nebenamtlicher Ansprechpersonen festgelegt.

Vom International Labour Office (ILO) wurde **1995** unter dem Titel 'Management of Alcohol- and Drug-related Issues in the Workplace' eine umfassende Leitlinie, ein "Kodex", für das Verfahren im Umgang mit Suchtmitteln und Suchtmittelauffälligkeiten am Arbeitsplatz sowie für den Aufbau von Suchtpräventionsprogrammen im Betrieb verabschiedet.¹⁰ Die Leitlinie formuliert - dem tripartitären Charakter der ILO folgend - sowohl Anforderungen an staatliche Unterstützung sowie an die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite. Da es sich um eine Leitlinie mit internationaler Geltungsbreite handelt, die USA eingeschlossen, werden vor allem im Hinblick auf den Einsatz von Drogentests in Unternehmen ausführliche Leitprinzipien beschrieben.

Als Ziele der Leitlinie werden genannt:

Die Zielsetzung dieses Kodex ist die Förderung der Prävention, die Verringerung der mit Alkohol und Drogen verbundenen Probleme am Arbeitsplatz bzw. der Umgang damit. Bei dem Bestreben dies zu erreichen, bietet der Kodex Orientierung über

- a) das Sichern der Gesundheit und Sicherheit aller Arbeitnehmer;
- b) Unfallverhütung;
- c) Erhöhung der Produktivität und Effizienz im Unternehmen;
- d) Unterstützung lokaler, regionaler und nationaler Aktionen zur Senkung von Alkohol und Drogenmissbrauch am Arbeitsplatz;
- e) Einführung und Unterstützung von Programmen auf betrieblicher Ebene,
 1. um diejenigen zu unterstützen, die mit Alkohol- und Drogenproblemen zu tun haben und
 2. um Bedingungen am Arbeitsplatz zu erkennen, die Arbeitnehmer einem erhöhten Risiko aussetzen, solche Probleme zu entwickeln;
- f) Aufbau eines administrativen, gesetzlichen und pädagogischen Rahmens, in dem Maßnahmen zur Prävention und Abhilfe von Alkohol- und Drogen- Problemen im Betrieb entwickelt und eingeführt werden können, einschließlich solcher Maßnahmen, die dazu beitragen, die Vertraulichkeit herzustellen und die Privatsphäre und Würde der Arbeitnehmer zu schützen;
- g) Förderung der Beratung und Kooperation zwischen Regierungen, Arbeitgebern, Arbeitnehmern und ihrer Vertreter, Unterstützung von Sicherheitsfachkräften, Arbeitsmedizinern, medizinischem Personal und der Fachkräfte für die Arbeit mit Alkohol- und Drogen-Problemen.

Die Maßnahmen dieses Kodex¹¹ sollten als grundsätzliche Empfehlungen und praktische Anleitung zur Prävention, zur Verringerung und zum Umgang mit Alkohol- und Drogen-Problemen am Arbeitsplatz erachtet werden. Jedoch haben sowohl nationale und internationale Standards oder Regelungen als auch mehr Schutz bietende kollektive Vereinbarungen den Vorrang vor den Maßnahmen dieses Kodex.¹¹

Der Kodex beschreibt Standards und Maßnahmen auf folgenden Ebenen:

- Allgemeine Pflichten, Rechte und Verantwortlichkeiten (der zuständigen Behörden, der Arbeitgeber und Arbeitnehmer),
- Entwicklung von Alkohol- und Drogenrichtlinien für den Arbeitsplatz,
- Maßnahmen, um die mit Alkohol und Drogen verbundenen Probleme durch Modelle guter Praxis im Arbeitsleben zu verringern,
- Einschränkungen von Alkohol, legalen und illegalen Drogen am Arbeitsplatz,
- Prävention durch Information, Aufklärung und Schulungsprogramme,
- Erkennen von MitarbeiterInnen mit Alkohol- oder Drogenproblemen,
- Unterstützung, Behandlung und Rehabilitationsprogramme,
- Intervention und Disziplinarmaßnahmen,
- Diskriminierung im Arbeitsverhältnis,
- Entwicklung eines betrieblichen Alkohol- und Drogenprogramms,
- Leitprinzipien zu Drogen- und Alkoholtests am Arbeitsplatz.

Die Leitlinie der ILO ist zwar unter deutscher Beteiligung erarbeitet worden, wurde aber weder in deutscher Sprache veröffentlicht, noch wurden die in ihr vorgeschlagenen Maßnahmen bzw. Regelungen national umgesetzt. Nicht einmal in einschlägigen Fachkreisen der betrieblichen Suchtprävention ist der ILO-Kodex bekannt. Ihn hierzulande aufzugreifen und zu diskutieren würde sich lohnen, weil es für die dort beschriebenen Standards im Umgang mit Drogentests (Screenings) im Bereich Alkohol und illegaler Drogen auf nationaler Ebene noch keine Vorbilder gibt. (Siehe Anhang 3 dieser Expertise)

Die meisten Standards in der betrieblichen Suchtprävention sind nicht explizit unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung formuliert worden, sondern eher als Elemente von Konzepten oder Praxisauswertungen. Eine Ausnahme bildet die **1997** erschienene Broschüre zur "Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe"¹², die von ExpertInnen aus vier norddeutschen Bundesländern erstellt wurde und die

- Ansatzpunkte für Qualitätskriterien und zur Erfolgsmessung
- Checklisten zu den Qualitätskriterien für die verschiedenen Bereiche betrieblicher Suchtprävention und -hilfe

vorstellt sowie für folgende Elemente von Suchtpräventionsprogrammen abgestimmte Standards beschreibt:

- Qualitätskriterien für das Gesamtkonzept und die organisatorischen Rahmenbedingungen
- Qualitätskriterien für die Organisation und Durchführung von Informationsveranstaltungen und Schulungen
- Qualitätskriterien für die Einrichtung und Arbeit einer hauptamtlichen betrieblichen Suchtberatung
- Qualitätskriterien für den Einsatz und die Qualifikation betrieblicher SuchthelferInnen und sozialer AnsprechpartnerInnen

Im Jahr **2000** wurde in einer Veröffentlichung zu "Stand und Perspektive betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe" der Universität Oldenburg ein Qualitätsmanagement für betriebliche Suchtpräventionsprogramme beschrieben, das sich an den Richtlinien des DIN ISO und des EFQM orientiert.¹³ Es beschreibt:

- Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe als internes Dienstleistungsangebot im Kontext von Gesundheitsförderung, Organisations- und Personalentwicklung,
- Qualitätssicherung und Qualitätsstandards (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe.¹⁴

Für die inhaltlichen Standards in der betrieblichen Suchtprävention, vor allem für die Seminar- und Schulungsarbeit mit Führungskräften, bietet die im Jahre **2000** erstmals aufgelegte Broschüre der DHS zum Thema 'Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz' einen konzentrierten Überblick über die Bereiche Alkohol, Medikamente, illegale Drogen und Vorbeugung.¹⁵

Mit zunehmender Integration der Suchtpräventionsprogramme ins betriebliche Gesundheitsmanagement stellen sich in den letzten Jahren neue Anforderungen, die sich zurzeit erst abzeichnen, aber im Verlauf der Expertengespräche im Rahmen der Erhebungen zur Expertise im Jahre **2003/2004** in ihrer Tendenz bestätigt wurden:

Betriebliche Suchtprävention im Gesundheitsmanagement sollte

- sich an den aktuellen fachlichen und rechtlichen Standards orientieren,
- sich dem riskanten und gesundheitsgefährdenden Konsum von Suchtmitteln zuwenden,
- sich mit spezifischen Angeboten an verschiedene Beschäftigtengruppen richten,
- an den Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten – nicht nur an Suchtproblemen - am Arbeitsplatz ansetzen,
- intern ein Beratungsangebot auf professionellem Niveau sicherstellen durch haupt- und/oder nebenamtliche Ansprechpersonen bzw. durch Einbeziehung externer Dienstleister,
- verbindliche Qualifizierungen für Interventionsgesprächen im Sinne gesundheitsorientierter Führung vorsehen,
- regelmäßig evaluiert und weiterentwickelt werden.¹⁶

Die betrieblichen Suchtpräventionsprogramme haben nach der Entstehungs- und Aufbau-phase sowie einer mehrjährigen Konsolidierungsphase gegenwärtig einen Stand erreicht, der zu einer kritischen Überprüfung einlädt. Es steht eine Auswertung an, welche Standards in der Praxis zur Anwendung kommen und welchen neueren Anforderungen bereits nachgekommen wird. Die Weiterentwicklung der Standards ist dort notwendig, wo die Suchtpräventionsprogramme sich verändern müssen, um eine qualitative und professionelle Dienstleistung im Sinnen der vorbeugenden Arbeit wie der Suchthilfe im Betrieb zu gewährleisten und sich strategisch wirksam und dauerhaft zu positionieren.

2.3 Standardelemente aktueller Suchtpräventionsprogramme

Als Standard betrieblicher Suchtpräventionsprogramme in Deutschland hat sich eine Reihe von Elementen durchgesetzt, die allerdings im Detail und im Umfang je nach Betriebsgrößen, Betriebsstruktur, aber auch Betriebskultur erheblich variieren können:

A. Organisatorischer Rahmen und strukturelle Einbindung

- a) Bildung einer Steuerungsgruppe (Arbeitskreis, Projektgruppe), die für die konzeptionelle Gestaltung und praktische Umsetzung, für die Budgetierung, für die Evaluation, Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung des Programms verantwortlich ist;
- b) schriftliche Vereinbarung des Suchtpräventionsprogramms bzw. der Maßnahmen zur Suchtprävention- und -hilfe, möglichst in Form einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung;
- c) Einbindung in das betriebliche Gesundheitsmanagement und/oder Verknüpfung mit der Gesundheitsförderung, zum Teil auch mit der Personal- und Organisationsentwicklung;

B. Primärprävention - Vorbeugung - Information

- a) Information und Aufklärung der Beschäftigten über einen riskanten Konsum von Suchtmitteln oder ein Verhalten, aus dem negative gesundheitliche Folgen resultieren oder auch Suchtgefährdungen entstehen können, über Besonderheiten und Verlauf von Suchterkrankungen und den Möglichkeiten der (therapeutischen) Hilfe;
- b) Veränderung der Konsumkultur - Stärkung positiver Modelle (Vorbildverhalten), Reduzierung der Zugriffsmöglichkeiten, einschränkende Regelungen bzw. Verbot des Konsums von Suchtmitteln;
- c) Angebot verhaltensbezogener Maßnahmen zur Unterstützung der Konsumreduzierung (Vom-Raucher-zum-Nichtraucher-Kurse, Kontrolliertes Trinken, gesunde Ernährung);
- d) Abbau Sucht fördernder und Unterstützung bei der Bewältigung belastender Arbeitsbedingungen in Verbindung mit dem erweiterten Arbeitsschutz und der Gesundheitsförderung (Reduzierung psychischer Belastungen, Stressbewältigung, gesundheitsorientiertes Führen)

C. Intervention bei Auffälligkeiten und Qualifizierung der Personalverantwortlichen

- a) Festlegung und Vereinbarung einer gestuften Gesprächsfolge zur Intervention bei Auffälligkeiten von Beschäftigten in Verbindung mit suchtmittelbedingten Störungen am Arbeitsplatz;
- b) Qualifizierung und Sensibilisierung der Personalverantwortlichen, insbesondere der Vorgesetzten, für die Wahrnehmung von Veränderungen im Arbeits- und Leistungsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um frühzeitig intervenieren, sachgerecht Probleme ansprechen und korrigierend eingreifen zu können;

c) Handlungsanleitung für das Vorgehen bei Gefährdung der Arbeitssicherheit nach BGV A1 und UVV.

D. Betriebliche Suchthilfe, interne und externe Beratungsangebote

a) Angebot von Beratung und Hilfe für Beschäftigte mit gesundheitsriskantem Verhalten, Suchtgefährdeten und Suchtkranken auf professioneller Basis innerhalb oder außerhalb des Betriebes;

b) Einsatz haupt- oder nebenamtlicher Beratungskräfte und Ansprechpersonen, welche die Beschäftigten informieren, die Personalverantwortlichen qualifizieren, beraten und coachen sowie die Suchtgefährdeten und -kranken beraten und begleiten;

c) Sicherstellung der Qualität und Aktualität des internen Beratungsangebotes durch einschlägige Qualifizierung, Weiterbildung und Supervision der Fachkräfte oder der externen Dienstleistung durch qualifizierte Auswahl und Begleitung der Anbieter;

d) Sicherstellung einer qualifizierten Fallbegleitung.

E. Marketing und Qualitätssicherung

a) Koordination der Aktivitäten und Maßnahmen durch eine(n) Programmverantwortliche(n), bei hauptamtlich besetzten Beratungseinrichtungen meist durch diese;

b) innerbetriebliches Marketing, Ermittlung der Unterstützungsbedarfe, besonders von Personalverantwortlichen, Präsentation des Dienstleistungs-, Beratungsangebotes, Öffentlichkeitsarbeit in der Region und in Fachkreisen;

c) Beteiligung an regionalen und fachlichen Netzwerken (Regionale Arbeitskreise u.a.);

d) Qualitätssicherung der Dienstleistungen im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe, ggf. in Verbindung mit den etablierten Qualitätsmanagementprozessen in der Organisation;

e) Evaluation der Maßnahmen und regelmäßige konzeptionelle Anpassung und Weiterentwicklung, ggf. in Verbindung mit der Gesundheitsförderung und dem Gesundheitsmanagement, Dokumentation der Prozesse und Maßnahmen (Berichtslegung).

¹ Duden: Das Fremdwörterbuch, 5. Aufl. 1990

² Vgl. Wienemann, E.: Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement. Die Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention von 1800 bis 2000. Stuttgart 2000, S. 99 f

³ Vgl. a.a.O., S. 118ff

⁴ Vgl. Ziegler, H.: Bericht der Arbeitsgruppe "Prävention des Alkoholismus am Arbeitsplatz". In: Prävention - Möglichkeiten und Grenzen bei Suchterkrankungen. Heft 22 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Hamm 1980, S. 190 ff

⁵ Vgl. Russland, R.: Alkoholismus - die Krankheit unserer Zeit. Schriftenreihe der IG Metall, Bd. 95, Frankfurt/M. 1982

⁶ Vgl. Liepmann, D., Gnegel, A., Rainer, L. Fuchs, R.: Alkoholprobleme in der Arbeitswelt. Ein Seminarkonzept zur betrieblichen Alkoholprävention - Leitfaden. Köln 1987

⁷ Russland, R.: Das Suchtbuch für die Arbeitswelt. Alkohol, Medikamente, Drogen, Nikotin, Eßstörungen, Spiel- und Arbeitssucht. Schriftenreihe der IG Metall, Bd. 126, Frankfurt/M. 1991, 240f

⁸ a.a.O.

-
- ⁹ Vgl. DHS - Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Sucht am Arbeitsplatz. Sichtung der Ausbildungsangebote zum freiwilligen Suchtkrankenhelfer/zur freiwilligen Suchtkrankenhelferin. Hamm 1992
- ¹⁰ International Labour Office (ILO): Management of Alcohol- and Drug-related Issues in the Workplace. Genf 1995
- ¹¹ a.a.O., S. 1
- ¹² Vgl. NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS): "Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe". Orientierungshilfen für die betriebliche Praxis. Büro für Suchtprävention, Hamburg 1999
- ¹³ Vgl. Schumann, G. (Hrsg.): Stand und Perspektive betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe. BIS Universität Oldenburg, 2000
- ¹⁴ Vgl. a.a.O. S. 149ff
- ¹⁵ Vgl. Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche. Hrsg.: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen - DHS, Text: U. Pegel-Rimpl, Hamm 2000
- ¹⁶ Vgl. Wienemann, E.: Perspektiven der Suchtprävention an Hochschulen. Vortrag auf der 8. bundesweiten Fachtagung „Betriebliche Suchtprävention an Hochschulen und Universitätskliniken“ am 10.09.2003 in Würzburg, www.uni-wuerzburg.de/suchttagung

3. Verfahren der Expertise zur Beschreibung der Standards

3.1 Vorgehen bei der Abfassung der Expertise

Die Beschreibung der Standards in der Expertise erfolgt auf der Grundlage

1. der Analyse der - vorwiegend deutschsprachigen - Veröffentlichungen zur betrieblichen Suchtprävention (vgl. auch Punkt 2.2),
2. der Ergebnisse von zwei eigenen Fragebogenerhebungen, die im Rahmen des Projektes zur Erstellung dieser Expertise durchgeführt wurden,
3. den Unterlagen, Vereinbarungen und Materialien, die ein Teil der befragten Unternehmen, Verwaltungen und Verbände uns ergänzend zu den ausgefüllten Fragebögen zur Verfügung gestellt hat,
4. von neun Gutachten, die speziell für die Expertise zu verschiedenen Themen der betrieblichen Suchtprävention aus der Wissenschaft und Praxis eingeholt wurden,
5. der Ergebnisse aus insgesamt sechs ExpertInnenrunden, in denen bestehende und neu entwickelte Standards überprüft wurden.



Abbildung 3.1: Vorgehen bei der Abfassung der Expertise

3.1.2 Gutachten zu einzelnen Themengebieten der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe

Zu speziellen Themenbereichen der Expertise wurden Gutachten von Fachleuten eingeholt, die entweder über langjährige einschlägige Erfahrungen in den jeweiligen Praxisbereichen verfügen und/oder sich wissenschaftlich intensiv mit spezifischen Fragestellungen aus der betrieblichen Suchtprävention auseinandergesetzt haben. Insgesamt neun Gutachten zu den folgenden Themen wurden zur Beschreibung der Standards herangezogen:

- Arbeitsrechtliche Aspekte zur der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe, insbesondere zu den arbeits- und dienstrechtlichen Problemen von Stufenplänen (Dr. Jürgen Fleck, Berlin)
- Vorbeugung von Medikamentengebrauch und anregenden Drogen (Angelika Nette, Hamburg)
- Qualifizierung und Einsatz nebenamtlicher Ansprechpersonen für Suchtfragen in Betrieben und Verwaltungen (Ute Pegel-Rimpl, Hannover)
- Internationale Standards der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe, insbesondere die von der ILO formulierten Standards (Dr. Christa Appel, Frankfurt)
- Standards des Angebots externer Dienstleister in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe (Institut für Betriebliche Suchtprävention Berlin (IBS))

Für zwei weitere Themenbereiche wurden jeweils zwei Gutachten parallel vergeben, da es sich um weitgehend neuartige Fragestellungen zu den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen handelt. Zum einen geht es um die rechtlichen Fragen zur strukturellen Verankerung der betrieblichen Suchtprävention in Verbindung mit den Anforderungen des Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsrechtes. Zum anderen wurde die Frage nach den Möglichkeiten einer intensiven Fall- und Prozessbegleitung nach dem Verfahren des Case-Managements in der betrieblichen Suchthilfe für Personen, die aufgrund von Interventionen nach dem Stufenplan in Beratung und Therapie sind. Die folgenden Gutachten wurden unabhängig voneinander zweimal eingeholt:

- Arbeitsrechtliche Aspekte zur (rechtlichen) Einbindung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe in den Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit
 1. Gutachten: Prof. Dr. Joachim Heilmann, Universität Lüneburg
 2. Gutachten: Prof. Dr. Wolfhard Kohte/Dr. Ulrich Faber, Universität Halle-Wittenberg)
- Case Management in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe durch interne Dienste oder externe Dienstleister
 1. Gutachten - externes Fallmanagement: Jörg Ebeling,
 2. Gutachten - internes Fallmanagement: Ronald Hillebrand, Sozialberatung Daimler-Chrysler Bremen)

Neben den Gutachten wurden im Zuge der Arbeit an der Expertise zahlreiche Gespräche mit verschiedenen Fachexperten aus dem Handlungsfeld der betrieblichen Suchtprävention (u.a. BetriebsärztInnen, Betriebs- und Personalräte, Führungskräfte, BeraterInnen) geführt, in denen einzelne Standards diskutiert und Ideen zu ihrer Weiterentwicklung gesammelt wurden. Diese Personen können hier nicht einzeln genannt werden; ihre Überlegungen haben aber ganz erheblich zu einer differenzierten Einschätzung des augenblicklichen Standes sowie zur Klärung des Entwicklungsbedarfs und schließlich zum Zustandekommen neuer Zielstandards beigetragen.

3.1.3 ExpertInnenrunden zur Diskussion und Überprüfung der Standards

Die Entwürfe der veränderten oder neu entwickelten Standards wurden in mehreren Runden mit Expertinnen und Experten aus dem Bereich der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe diskutiert und vor allem auf ihre Umsetzbarkeit überprüft.

Insgesamt haben sechs ExpertInnenrunden stattgefunden mit

- Mitarbeiterinnen betrieblicher Sozialberatungen aus Wirtschaft und Verwaltung (in Verbindung mit der Fachtagung des Bundesverbandes Betriebliche Sozialarbeit - bbs)
- Hauptamtliche Ansprechpersonen in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe aus Wirtschaft, Verwaltung und Verbänden
- Nebenamtlich tätige Ansprechpersonen in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe aus Wirtschaft, Verwaltung und Verbänden
- MitarbeiterInnen aus Fachstellen zur Suchtprävention und Suchtberatungsstellen mit Erfahrung als externe Dienstleister im Bereich der betrieblichen Suchtarbeit
- Selbstständige AnbieterInnen externer Dienstleistungen in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe
- Fachleute zum Thema Case Management in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe, den Leistungsträgern sowie aus dem Therapiesystem.

Die Ergebnisse dieser ExpertInnenrunden führten teilweise zur Modifikation der Entwürfe und vor allem zur Verbesserung ihrer Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis. Nicht immer waren sich jedoch die TeilnehmerInnen an den ExpertInnenrunden untereinander in ihren Einschätzungen einig. Insofern übernehmen die Autoren dieser Expertise die Verantwortung für die vorliegenden Formulierungen der Zielstandards.

3.1.4 Vorgehen bei der Darstellung der Ergebnisse der Expertise

Die Ausführungen zu den Standards in den Kapiteln 4 bis 8 folgen einem einheitlichen Gliederungskonzept:

- Zuerst werden jeweils die Standards kurz gefasst (bereits länger bestehende Standards) oder ausführlicher (veränderte bzw. neue Standards) beschrieben. Darin fließen - nach weiterer Überprüfung und Abstimmung - die Anforderungen und Aussagen ein, die den Veröffentlichungen, den Gutachten sowie den ExpertInnendiskussionen mit TeilnehmerInnen aus der wissenschaftlichen, betrieblichen und beraterischen Fachwelt zu entnehmen sind.
- Als zweiter Punkt erfolgt die Darstellung der Ergebnisse aus der allgemeinen Fragebogenerhebung. Sie beschreiben die Ist-Situation oder Ist-Standards in der betrieblichen Suchtprävention, wie sie in der Praxis betrieblicher Suchtpräventionsprogramme gegenwärtig zur Anwendung kommen.
- Im dritten Schritt wird aus der Differenz zwischen den in der Fachwelt vertretenen Standards und den in den Erhebungen festgestellten Ergebnissen der Bedarf an Weiterentwicklung und Unterstützung abgeleitet.

Eingehend erläutert werden in der Expertise die Standards, die teilweise über die bisherige Praxis hinausgehen oder neu formuliert worden sind. Sie sind als Zielstandard zu verstehen, die als Orientierung für die qualitative Anpassung der betrieblichen Suchtprävention an die aktuellen Herausforderungen dienen können. Die Weiterentwicklung der davon berührten Elemente in den bestehenden Suchtpräventionsprogrammen ist von den Betrieben und Einrichtungen meist noch zu leisten, wobei es vereinzelt durchaus schon Modelle guter Praxis

dafür geben kann. Soweit diese für uns in den Erhebungen oder in Publikationen erkennbar geworden sind, wird im Text der Expertise auf sie verwiesen.

3.2 Allgemeine Angaben zu den Erhebungen

Erhebung Standards in der betrieblichen Suchtprävention

Die schriftliche Erhebung der praktizierten Standards in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen wurde im Zeitraum von 10.11.2003 bis 31.12.2003 durchgeführt. Ziel war es, eine möglichst große Anzahl von Betrieben und Einrichtungen zu erreichen, die bereits über Erfahrungen mit betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe verfügen, um repräsentative Aussagen darüber machen zu können, welche Elemente in den Programmen zur Anwendung kommen und welche Angebote gemacht werden. Es war nicht das Ziel, ein repräsentatives Bild über die Verbreitung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme in deutschen Betrieben herzustellen.

Der eigens für die Erhebung konzipierte Fragebogen (siehe Anlage 1) wurde versandt an insgesamt

2000	Betriebe und Einrichtungen, darunter befinden sich die
584	größten, in Deutschland ansässigen Unternehmen,
91	größten deutschen Banken,
43	größten deutschen Versicherungen, sowie
136	Verbände,
252	Kommunen,
12	Anstalten des öffentlichen Rechts,
75	Betriebe und Einrichtungen in der Region Hannover und
807	TeilnehmerInnen regionaler Arbeitskreise.

Die regionalen Arbeitskreise 'Suchtprävention am Arbeitsplatz' fungieren als fachliche Netzwerke im Rahmen betrieblicher Suchtprävention und -hilfe. Um ein möglichst regional gestreutes Sample zu bekommen, wurden Arbeitskreise aus Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Bayern, Berlin, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern einbezogen.

Von den 2000 versandten Fragebögen wurden bis zum Abschluss der Erhebung 442 per Post und 171 via Internet zurückgesandt, insgesamt 613 Fragebögen. Mehrfachbeteiligungen von Betrieben und Einrichtungen wurden durch gezielte Plausibilitätsprüfungen herausgefiltert, sind jedoch aufgrund des getrennten Zugangs über den allgemeinen Verteiler und die Arbeitskreise nicht gänzlich auszuschließen. Ungültig waren 3 Fragebögen. Somit ergibt sich eine Gesamtzahl von 610 Fragebögen als Grundgesamtheit für die Auswertung. Das entspricht einer Rücklaufquote von 30,5%.

Mit Bezug auf die Anzahl der Fragebögen, die der Erhebung als Datenbasis zu Grunde liegt, wird im Weiteren von 610 Fällen (N=610 - Grundgesamtheit) gesprochen.

Verteiler	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Arbeitskreise	260	42,6
Betriebe/Banken/Versicherungen/ Kommunen/Sonstige	350	57,4
Gesamt	610	100

Tabelle 3.1: Anzahl der Fälle nach Verteilern

Größe der Betriebe / Einrichtungen und Beschäftigtenstruktur

Auf die Gesamtzahl der Fälle bezogen, verteilen sich die beteiligten Betriebe/Einrichtungen nach Anzahl der Beschäftigten wie folgt:

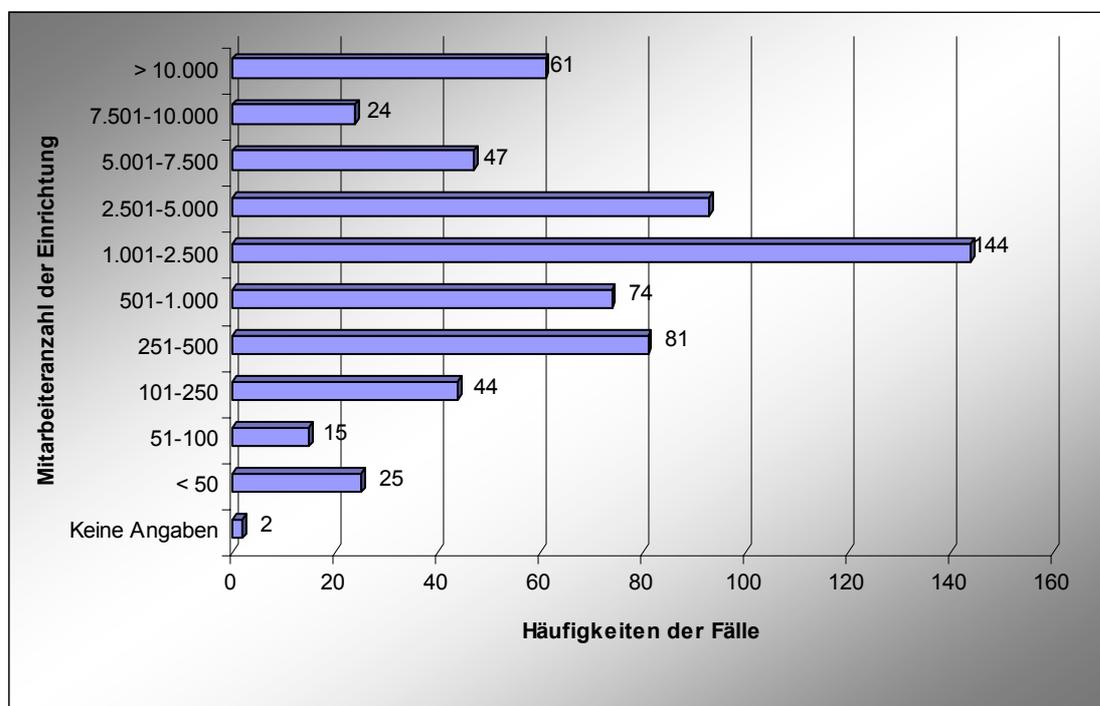


Abbildung 3.2: Häufigkeit der Fälle (N=610) in den Größengruppen

Betrachtet man die Verteilung, so ist festzustellen, dass besonders viele Betriebe/Einrichtungen über 500 Beschäftigte an der Umfrage teilgenommen haben (443 Fälle), davon überproportional häufig (61 Fälle) solche mit einer Beschäftigtenanzahl von über 10.000. Dieses Ergebnis erklärt sich aus der Auswahl des Stichprobensamples, da vorrangig größere Unternehmen und Kommunen nach den Aktivitäten in der betrieblichen Suchtprävention gefragt wurden (z.B. die 584 größten in Deutschland ansässigen Unternehmen).

Geografische Verteilung der Stichprobe

Obwohl die Erhebung als bundesweit angelegt wurde, sind die Daten über die regionale Verteilung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme aufgrund der speziellen Sampleauswahl nicht repräsentativ. Am häufigsten vertreten sind Betriebe/Einrichtungen aus Nordrhein-Westfalen (14,6% der Fälle) sowie Niedersachsen (14,4%), was darauf zurückzuführen ist, dass eine Vielzahl der angeschriebenen Arbeitskreise aus diesen Regionen stammt. Auch das Ungleichgewicht zwischen beteiligten Betrieben/Einrichtungen aus den alten und aus

den neuen Bundesländern ist zum Teil auf die Auswahl der kontaktierten Arbeitskreise zurückzuführen.

Bundesländer	Häufigkeit der Fälle	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	45	7,4
Bayern	57	9,3
Berlin	60	9,8
Brandenburg	16	2,6
Bremen	8	1,3
Hamburg	47	7,7
Hessen	52	8,5
Mecklenburg-Vorpommern	17	2,8
Niedersachsen	88	14,4
Nordrhein-Westfalen	89	14,6
Rheinland-Pfalz	19	3,1
Saarland	5	0,8
Sachsen	12	2
Sachsen-Anhalt	5	0,8
Schleswig-Holstein	46	7,5
Thüringen	7	1,1
Angabe mehrerer Bundesländer	34	5,6
Keine Angabe	3	0,5
Gesamt	610	100

Tabelle 3.2: Verteilung der Betriebe/Einrichtungen auf die Bundesländer

Sektorale Verteilung der Stichprobe

Nach Sektoren und Verteilern unterschieden, ergibt sich folgendes Bild der Beteiligung:

Sektoren	Arbeitskreise	Betriebe/Banken/ Versicherungen/Kommunen/ Verbände/Sonstige	Gesamt
Industrie	93	46	139
Private Dienstleister	36	22	58
Öffentlicher Dienst	172	176	348
Verbände/Kirchen	18	3	21
Sonstige	26	11	37
Keine Angabe	5	2	7
Gesamt	350	260	610
Anteil in Prozent	43	57	100

Tabelle 3.3: Sektorale Verteilung/Verteiler der beteiligten Betriebe/Verwaltungen

Wie aus den Tabellen 2 und 3 zu erkennen ist, kann von einer breiten regionalen wie auch sektoralen Streuung des Rücklaufes gesprochen werden.

Einrichtungen, die im Sektor des öffentlichen Dienstes angesiedelt sind, machen 348 der Fälle aus. Erhebliche Anteile kommen aus dem Sektor Industrie (139 Fälle) und private Dienstleistungen (58 Fälle). Der Überhang aus dem Bereich des öffentlichen Dienstes mag sich daraus erklären, dass einige einbezogene regionale Arbeitskreise und Netzwerke, wie z.B. das Netzwerk "Betrieb/Sucht/Gesundheit" der Hochschulen und Universitätskrankenhäuser, ausschließlich in diesem Sektor tätig sind.

Im Bereich 'Verbände/Kirchen' sind solche Einrichtungen für das Sample ausgewählt worden, die aufgrund ihrer Aufgabe bzw. Struktur Aktivitäten zur Suchtprävention für ihre Beschäftigten oder Mitglieder erwarten lassen konnten, z.B. Ärztekammern, Gewerkschaften, Berufsgenossenschaften, kirchliche Träger von Fach- und Pflegeeinrichtungen. Trotz der Einschlägigkeit und der Vielzahl der angeschriebenen Verbände (136 Kontakte) kann lediglich eine unterdurchschnittliche Beteiligung von 15,4% festgestellt werden (Vgl. dazu die Gesamtrücklaufquote von 30,5%).

Vergleichsstudie

Als Vergleich zu den Ergebnissen dieser Erhebung, kann die Evaluation der Rahmenempfehlung zur Suchtprävention in der niedersächsischen Landesverwaltung herangezogen werden, die 2002 im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (MS) ebenfalls vom Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft (WA) der Universität Hannover durchgeführt wurde. Im Mittelpunkt der Untersuchung standen die Suchtpräventions- und -hilfeprogramme in den Dienststellen des Landes. Dem Bericht - im Weiteren mit "Evaluation Nds.2003" bezeichnet - liegenden Daten aus 438 Fällen zu Grunde ($N_E=438$ - Grundgesamtheit Evaluation) die sich auf insgesamt 470 Dienststellen und sämtliche Schulen des Landes beziehen.¹

Vergleiche der Ergebnisse aus der aktuellen Erhebung mit der Evaluations-Studie zu manchen Fragen bieten sich an, da teilweise identische Themenbereiche erhoben wurden. Die

Aussagen bezüglich der Ist-Standards in der betrieblichen Suchtprävention lassen sich somit auf eine noch breitere Datenbasis treffen.

Erhebung Standards externe Dienstleister

Die schriftliche Erhebung der praktizierten Standards bei externen Dienstleistern in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe wurde im Zeitraum vom 01.02.2004 bis 01.03.2004 durchgeführt. Ziel war es, eine Anzahl von Dienstleistern zu erreichen, die bereits über langfristige Erfahrungen in dem Bereich der betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe verfügen, um repräsentative Aussagen darüber machen zu können, welche Strukturen und Aufgabenfelder abgedeckt werden. Es war, ähnlich wie in der Erhebung der Standards zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe, nicht das Ziel, ein repräsentatives Bild über die Strukturen und Aktivitäten externer Dienstleister zu erlangen.

Der eigens für die Erhebung konzipierte Fragebogen (siehe Anlage) wurde versandt an insgesamt 50 nationale externe Dienstleister, die in dem beschriebenen Arbeitsfeld tätig sind.

Von den 50 versandten Fragebögen wurden bis zum Abschluss der Erhebung 30 per Post zurückgesandt. Somit ergibt sich eine Gesamtzahl von 30 Fragebögen als Grundgesamtheit für die Auswertung. Das entspricht einer Rücklaufquote von genau 60%.

Mit Bezug auf die Anzahl der Fragebögen, die der Erhebung als Datenbasis zu Grunde liegt, wird im Weiteren von 30 Fällen ($N_D = 30$ - Grundgesamtheit Externe Dienstleister) gesprochen.

Größe der Dienstleister

Auf die Gesamtzahl der Fälle bezogen, verteilen sich die beteiligten Dienstleister nach Anzahl der Beschäftigten wie folgt:

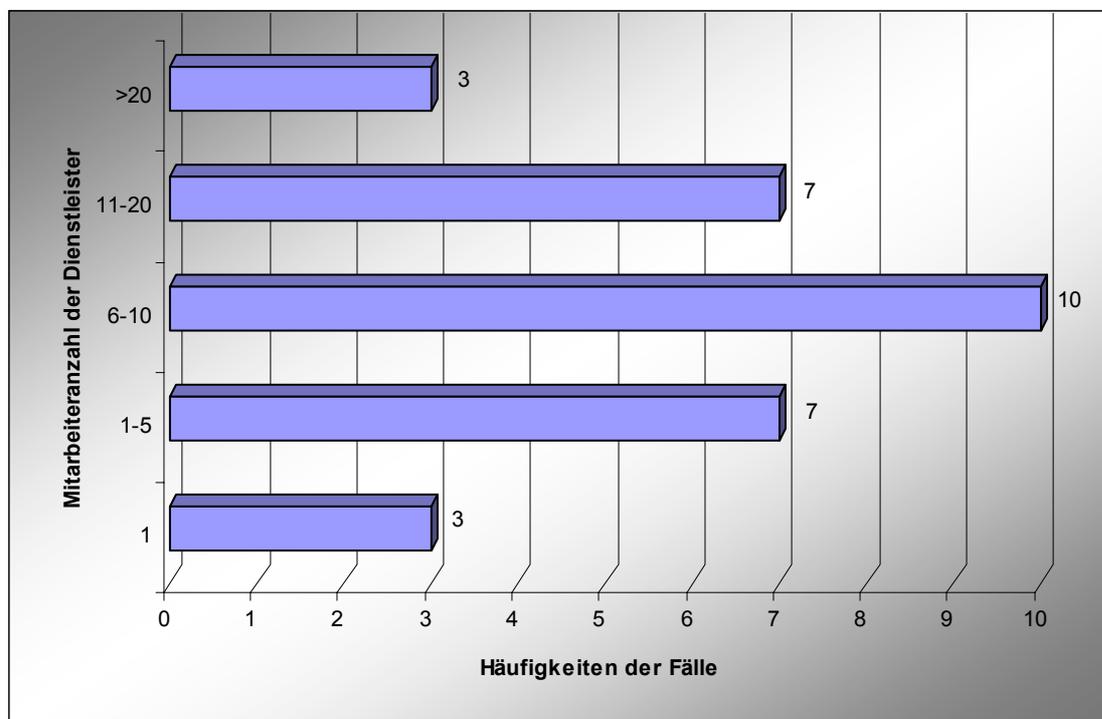


Abbildung 3.3: Häufigkeit der Fälle ($N_D=30$) in den Größengruppen

Betrachtet man die Verteilung, so ist festzustellen, dass besonders viele Dienstleister über 5 Beschäftigte an der Umfrage teilgenommen haben (20 Fälle), davon überproportional häufig (10 Fälle) solche mit einer Beschäftigtenanzahl von 6-10. Dieses Ergebnis erklärt sich aus der Auswahl des Stichprobensamples, da vorrangig mittlere Dienstleister nach den Strukturen, Aufgaben und Aktivitäten in der betrieblichen Suchtprävention gefragt wurden.

Geografische Verteilung der Stichprobe

Am häufigsten vertreten sind externe Dienstleister aus Niedersachsen (50% der Fälle) sowie Hessen (13,3%). Dienstleister aus den Neuen Bundesländern wurden nicht angeschrieben. Die Verteilung der Dienstleister nach Bundesländern kann der Tabelle 3.4 entnommen werden.

Bundesländer	Häufigkeit der Fälle	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	1	3,3
Bayern	1	3,3
Berlin	1	3,3
Bremen	1	3,3
Hamburg	2	6,7
Hessen	4	13,3
Niedersachsen	15	50
Nordrhein-Westfalen	3	10
Schleswig-Holstein	2	6,7
Gesamt	30	100

Tabelle 3.4: Verteilung der Betriebe/Einrichtungen auf ausgewählte Bundesländer

¹ Wienemann, E., Schad, S., Müller, P.: Bericht über die Evaluation der Umsetzung des gemeinsamen Runderlasses und der Rahmenempfehlung – Prävention und Hilfe bei Sucht- und Missbrauchsproblemen in der niedersächsischen Landesverwaltung. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (MS), Hannover 2003

4. Organisatorischer Rahmen und strukturelle Einbindung der betrieblichen Suchtprävention

4.1 Standards für den Rahmen und die Einbindung eines betrieblichen Suchtpräventionsprogramms

4.1.1 Betriebliches Suchtpräventionsprogramm

Das betriebliche Suchtpräventionsprogramm umfasst alle Aktivitäten, die in Betrieben zur Suchtprävention und Suchthilfe stattfinden. Je nach Art des Betriebes, der zur Verfügung stehenden Ressourcen und des Umfangs der Aktivitäten haben diese Programme sehr unterschiedliche Ausprägungen. Dennoch wird dafür plädiert, einheitlich von einem Suchtpräventionsprogramm zu sprechen, sobald es betriebliche Bestrebungen im Bereich der Suchtprävention und/oder Suchthilfe gibt.

Der Begriff "betriebliches Suchtpräventionsprogramm" wird dabei selber gegenwärtig noch als "Programm" verstanden. Viele einschlägige Aktivitäten in Betrieben finden punktuell und einzelfallbezogen, aber konzeptionell nicht eingebunden statt. Und selbst dort, wo bereits systematische Programme existieren, sind dies häufig noch Suchthilfeprogramme, die sich nicht oder nicht in erster Linie als Präventionsprogramme verstehen.

Die einheitliche Verwendung des Begriffes "betriebliches Suchtpräventionsprogramm" hat den Vorteil, dass

- es eine eindeutige Bezeichnung für alle betriebsbezogenen Aktivitäten zur Suchtprävention und Suchthilfe gibt,
- diese erkennbar mit anderen betrieblichen Initiativen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Verbindung stehen und einen definierten Platz im betrieblichen Gesundheitsmanagement bekommen,
- auch einzelne Aktivitäten in der Suchtprävention und -hilfe als Elemente eines ganzheitlichen Programms und als Baustein für seinen weiteren Ausbau verstanden werden können,
- darüber das Engagement der Personen, die verschiedene Aktivitäten zur Suchtprävention und -hilfe im Betrieb als Verantwortliche initiieren oder als Ansprechpersonen im Wesentlichen tragen, eine Aufwertung erfahren.

Voraussetzung für die Wirkung des Begriffes "betriebliches Suchtpräventionsprogramm" ist das Verständnis von einem Gesamtkonzept, das die Ziele und Aufgaben, die Maßnahmen und Vorgehensweisen der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe beschreibt.

Das betriebliche Suchtpräventionsprogramm sollte in jedem Fall auf die konkrete Situation bezogen schriftlich ausgearbeitet sein, auch wenn es in kleineren Betriebs- oder Verwaltungseinheiten weniger Punkte umfasst als in großen Unternehmen.¹ In der Regel setzt es eine Grundlegende Abstimmung zwischen Leitung und Interessenvertretung voraus. Es hat sich bewährt, das Programm in Form einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung festzuschreiben. Die konsequente Umsetzung wird durch ein wirkungsvolles Steuerungsgremium, in den meisten Fällen von einem Arbeitskreis, am ehesten sichergestellt.

4.1.2 Gesamtkonzept eines betrieblichen Suchtpräventionsprogramms

Das Gesamtkonzept beschreibt zunächst die Zuständigkeiten in der betrieblichen Suchtprävention und steckt den Rahmen für das interne Suchtpräventionsprogramm. Betriebliche Programme folgen einem seit 50 Jahren sich entwickelnden Konzept, das mittlerweile durch eine Leitlinie der ILO über einen weltweit abgestimmten Standard verfügt.²

Welches Gremium ist Träger des Programms und für seine Umsetzung, seine Qualität und Weiterentwicklung verantwortlich? An wen sollen sich vorbeugende Maßnahmen richten? Wer muss für Interventionen geschult werden? Wer kann die Vorgesetzten beraten, wer die suchtgefährdeten Personen? Soll es ein internes Beratungsangebot oder Ansprechpersonenhelferinnen geben und wie müssen sie qualifiziert und ausgestattet sein? Wann und wie soll mit externen Stellen kooperiert werden?

Das schriftliche Konzept umfasst die Elemente Vorbeugung, frühzeitige Intervention, fachliche Hilfe und Qualitätssicherung. Zur Unterstützung der Vorgesetzten werden Interventionsleitfäden, Handlungsanleitungen und Stufenpläne vorgelegt, um bei Auffälligkeiten von Beschäftigten auf diese zuzugehen und sachgerecht zu reagieren.

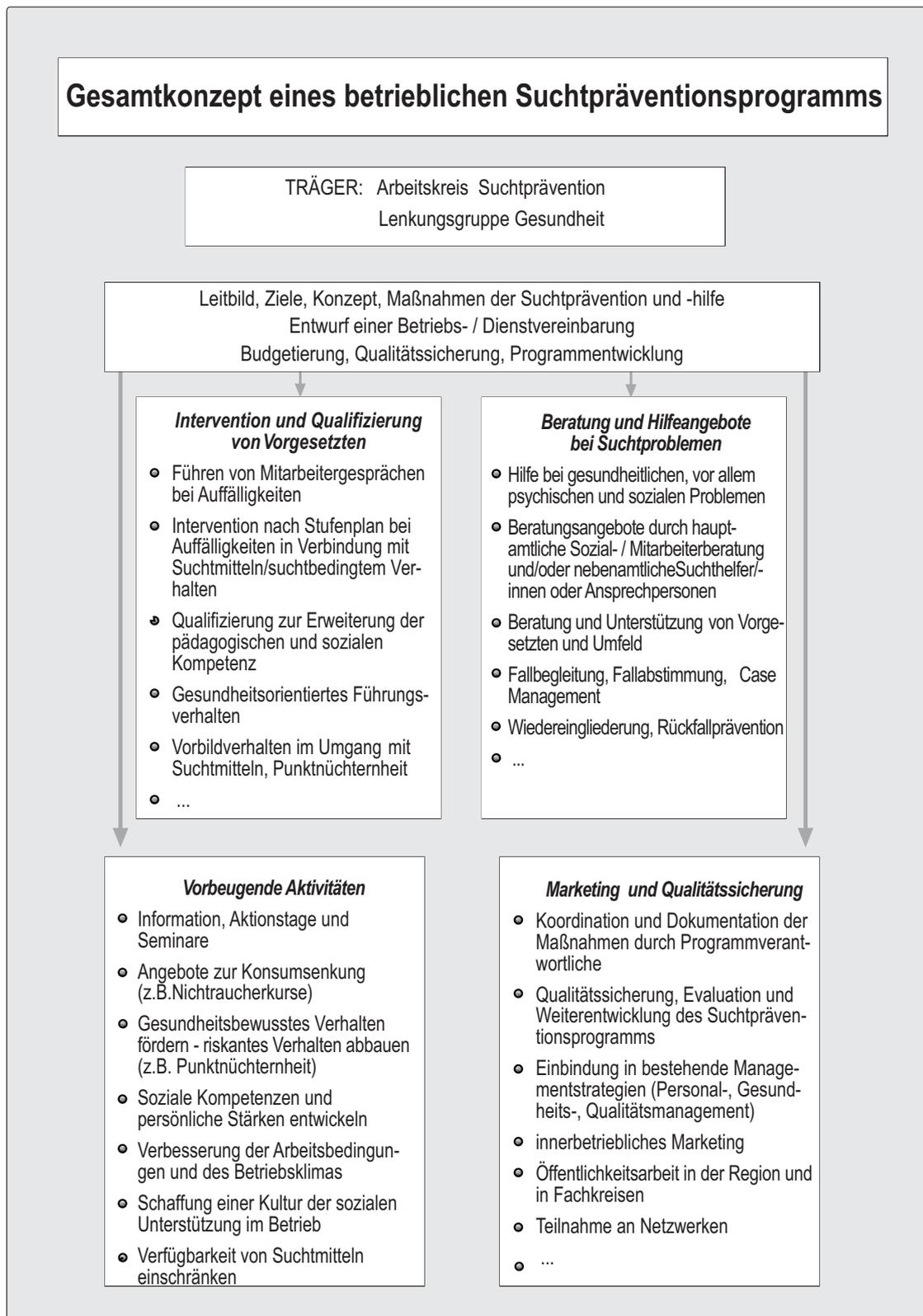


Abbildung 4.1: Präventionskonzept

Quelle: Wienemann 2002

Ziele betrieblicher Suchtpräventionsprogramme

Als Ziele stehen die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung aller Beschäftigten, die Hilfe bei Suchtgefährdung und -erkrankung sowie die Erhöhung der Arbeitssicherheit und die Verbesserung der Qualität von Produktion und Dienstleistungen im Vordergrund. Das alleinige Ziel, den Umgang mit sucht- oder substanzgefährdeten und -abhängigen Beschäftigten zu regeln, greift zu kurz. Qualitativ gute Programme bringen betriebsorientierte und beschäftigtenorientierte Ziele zu beiderseitigem Nutzen in ein ausgewogenes Verhältnis.

Die Ziele betrieblicher Suchtpräventionsprogramme sind nicht statisch und verändern sich mit den betrieblichen, gesellschaftlichen und fachlichen Rahmenbedingungen (vgl. Punkt 1). Deshalb erscheint es sinnvoll, vor dem Hintergrund der aufgezeigten Veränderungen im Zuge der Qualitätssicherung eines Programms regelmäßig zu überprüfen, ob und wie die Ziele weiter zu entwickeln und den gewandelten Bedingungen anzupassen sind.

4.1.3 Arbeitskreis "Suchtprävention"

Ein betriebliches Suchtpräventionsprogramm benötigt eine effektive Steuerungsstruktur. Abhängig vom Stand der Entwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements wird die Aufgabe der Steuerung in den Betrieben und Einrichtungen entweder von einem Arbeitskreis "Sucht-Prävention" wahrgenommen oder von einer Lenkungsgruppe "Gesundheit", die alle gesundheitsbezogenen Aktivitäten einer Organisation koordiniert, wobei hier jedoch nur die auf die Suchtprävention gerichteten Aufgaben betrachtet werden.

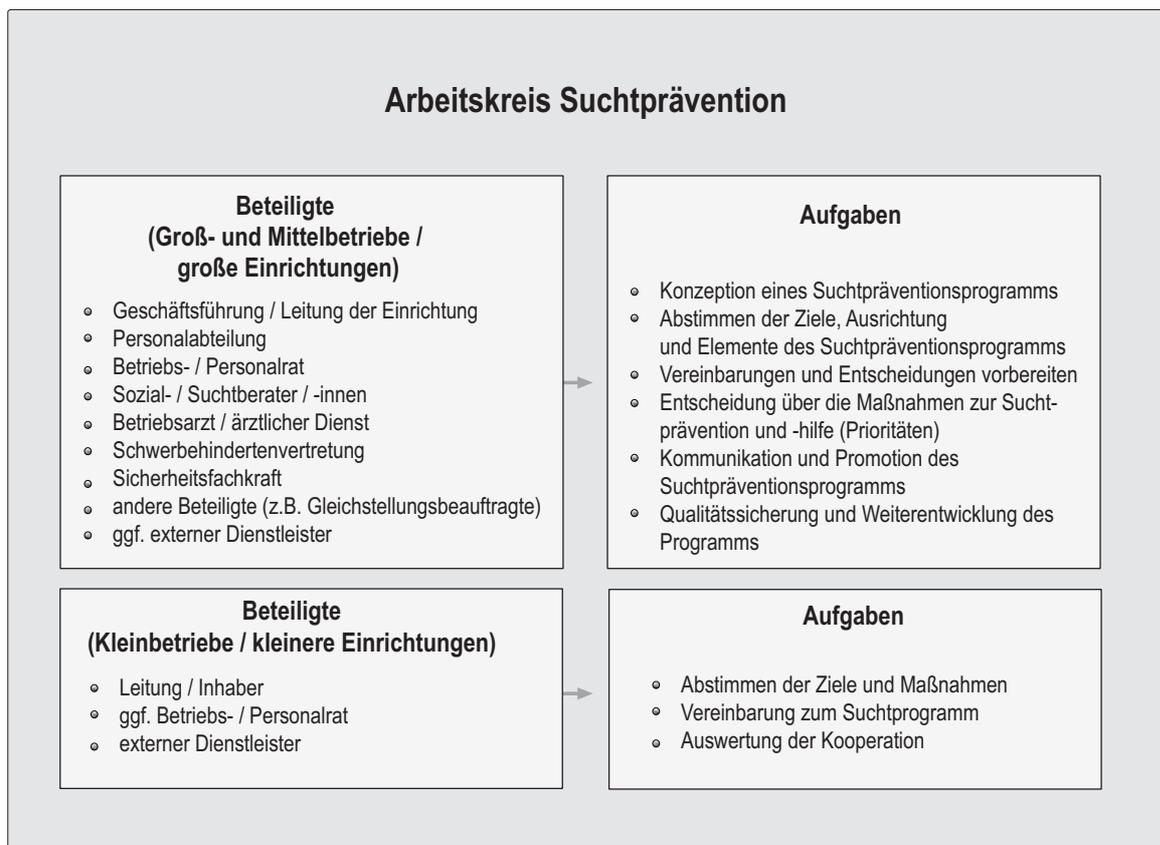


Abbildung 4.2: Zusammensetzung des Steuerungsgremiums / Arbeitskreises

Aufgabe dieses Steuerungsgremiums ist es, Ziele, Ausrichtung und Elemente des Suchtpräventionsprogramms abzustimmen sowie die notwendigen Entscheidungen bzw. Vereinbarungen zum Aufbau und zur Umsetzung vorzubereiten. Die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Programms fällt ebenfalls in seine Verantwortung. Als Träger des Suchtpräventionsprogramms ist seine Tätigkeit Bestandteil des dienststelleninternen Gesundheitsmanagements. Die Zusammensetzung des Gremiums ist an diesen Steuerungsaufgaben ausgerichtet.

Das Steuerungsgremium macht sich zum Thema Suchtprävention und -hilfe im Betrieb sachkundig. Es verschafft sich einen Überblick darüber, welche Aktivitäten und Regelungen dazu in seinem Wirkungskreis bereits bestehen, wie die Konsumkultur(en) aussehen und wie der Umgang mit Suchtmittel-Auffälligkeiten und gesundheitsriskantem Verhalten im Betrieb ist. Es setzt sich auch mit arbeitsplatzbedingten Risiken für den problematischen Umgang mit Suchtmitteln auseinander und beteiligt sich daran, Vorschläge zu deren Abbau zu erarbeiten.

Der Arbeitskreis "Suchtprävention" hat eine reine Steuerungsfunktion. Er hat keine Beratungsfunktion für auffällige Beschäftigte und ersetzt somit nicht die Einrichtung der Suchthilfe. Er sollte auch nicht mit einem Helferkreis verwechselt werden, der sich in der Regel aus internen Ansprechpersonen, SuchthelferInnen oder Suchtbeauftragten zusammensetzt. Helferkreise haben nicht den Auftrag, Strukturen für die Suchtprävention und -hilfe zu schaffen, verfügen deshalb auch nicht über die Kompetenz entscheidungswirksam tätig zu werden und sind allein auf die Unterstützung anderer Gremien angewiesen.

Die effektive Wahrnehmung der Steuerungsaufgaben setzt voraus, dass sich das Gremium in der Aufbauphase eines Suchtpräventionsprogramms in kürzeren Abständen, später seltener, jedoch kontinuierlich und mindestens einmal jährlich trifft, um eine Auswertung der zurückliegenden Aktivitäten sowie die Weiterentwicklung des Programms und die Abstimmung neuer Maßnahmen für das kommende Jahr vorzunehmen.

4.1.4 Einbindung des Suchtpräventionsprogramms in betriebliche Prozesse

Mit der Entwicklung eines Gesamtkonzepts der betrieblichen Suchtprävention in den 80er-Jahren war auch die Überlegung verbunden, dass das Suchtpräventionsprogramm und der Präventionsgedanke bei der Entwicklung von Leitbildern und Führungsgrundsätzen berücksichtigt und in der Betriebs- und Führungskultur verankert werden sollte. Im Laufe der 90er-Jahre wurde in größeren Betrieben und Einrichtungen immer häufiger der Anschluss zu den Aktivitäten der Personal- und Organisationsentwicklung gesucht und die Verbindung zu den Anforderungen aus den neuen Managementstrategien, z.B. Fehlzeitenmanagement, Qualitätsmanagement hergestellt. Eine Verknüpfung mit der Personalentwicklung bietet sich für die Integration der Suchtthemen in die Führungskräfteentwicklung und die Erweiterung der Gesundheitskompetenzen an. Maßnahmen der Suchtprävention lassen sich z.B. mit solchen der Organisationsentwicklung verbinden, wo es um Leitbildgestaltung, Teamentwicklung oder um die Verbesserung des Betriebsklimas geht. Die Verfahren des Qualitätsmanagements können dazu beitragen, Elemente der Suchtprävention zu verankern.

Mit der Zunahme der Bedeutung der Faktoren Qualifikation, Motivation und Mitarbeitergesundheit im Zuge des Human Resource Management findet sich die Suchtprävention und -hilfe als eine, bei entsprechender Verankerung bedeutende, gesundheitsbezogene Aktivität unter denen anderer betrieblicher Stellen wieder.

In vielen Betrieben hat die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe jedoch über lange Jahre ein sehr eigenständiges, aber häufig auch einzelkämpferisches Dasein fristen können oder müssen. Mit dem Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Zu-

nahme präventiver Aktivitäten in Folge der Neufassung des Sozialgesetzbuches und des Arbeitsschutzes sowie der Gesundheitsförderung steht die betriebliche Suchtarbeit vor einer neuen Situation. Diese schafft neue Möglichkeiten für die betriebliche Suchtprävention, aber auch neue Herausforderungen, vor allem zur Kooperation und Vernetzung mit anderen Fachdiensten.



Abbildung 4.3: Kooperationsfelder im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

4.1.4.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement und Suchtprävention

Die Entstehung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements lässt sich auf drei Entwicklungen zurückführen. Auf den gestiegenen Stellenwert der Faktoren Qualifikation, Motivation und Mitarbeitergesundheit in neuen Managementstrategien, vor allem im Human Resource Management, auf den erweiterten Arbeits- und Gesundheitsschutz und nicht zuletzt auf den Bedeutungszuwachs von Suchtprävention, psychosozialer Beratung und Gesundheitsförderung in Betrieben und Einrichtungen. Letztere werden im Zusammenhang mit der Zunahme von psychischen Belastungen im Arbeitsprozess immer bedeutsamer.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) kann definiert werden als die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten, getragen von verschiedenen Institutionen (siehe Abbildung 4.4). Es integriert die betrieblichen Aktivitäten zum Schutz des Menschen bei der Arbeit und zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeitsinhalten, Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation sowie die personenbezogenen Maßnahmen zur besseren Bewältigung des Arbeitsalltags. Es zielt auf Erweiterung der Gesundheitskompe-

tenz aller Beteiligten und gibt Orientierung für ein gesundheitsorientiertes Führungsverhalten sowie ein Verhalten der Beschäftigten, das Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden fördert.³

Aufgabe des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist eine zielgerichtete Maßnahmenentwicklung, die Auswahl von Instrumenten nach fachlichen Standards, der Einsatz professioneller Fachkräfte und die Überprüfung der Wirksamkeit gesundheitsbezogener Aktivitäten, mit besonderem Focus auf ihre Wirkung für die verschiedenen Arbeitnehmergruppen, insbesondere für Frauen und Männer. Es sorgt außerdem für eine Beteiligung der Organisation an überbetrieblichen, nationalen und internationalen fachlichen Netzwerken.

In der Regel wird ein Lenkungsgremium benannt, das die Institutionalisierung, Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Bereiche Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung, Suchtprävention und Sozialberatung koordiniert. Ein Konzept für die verbindliche organisatorische und praktische Einbeziehung der Suchtarbeit im betrieblichen Gesundheitsmanagement liegt bereits vor.⁴

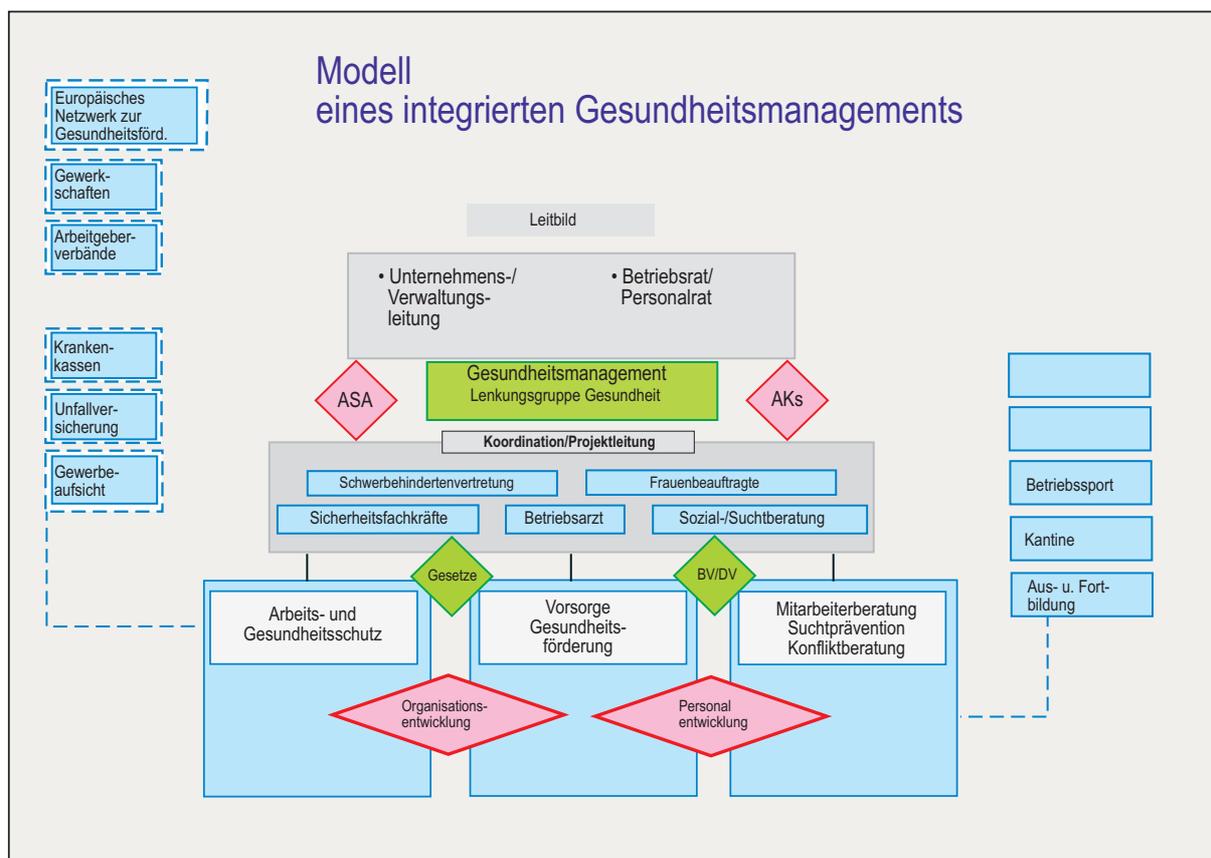


Abbildung 4.4: Modell eines integrierten Gesundheitsmanagements

Im Rahmen des Ausbaus des betrieblichen Gesundheitsmanagements geht es gegenwärtig auch um den Stellenwert, den Status und den Fortbestand einer eigenständigen betrieblichen Suchtprävention sowie um ihre Positionierung bei der Verteilung von Ressourcen. Eine gute strukturelle Verankerung der betrieblichen Suchtpräventionsprogramme mit einem Arbeitskreis und einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung erweist sich in diesem Prozess als eine besondere Stärke, da die vorhandenen Strukturen eine Integration und Kooperation und zugleich die Beibehaltung eines eigenständigen Angebots begünstigen. Hauptamtlich besetzte Einrichtungen der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe können sich im Gesundheitsmanagement in der Regel sogar stärker positionieren, als dies in der bisherigen Rolle als - vereinzelt - soziale Anlaufstelle möglich gewesen ist.

4.1.4.2 Suchtprävention und Suchthilfe im erweiterten Arbeitsschutz

Aufgrund der Erweiterung des Arbeitsschutzes durch europäische Normen (89/391/EWG) stellt sich die Frage, inwieweit die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe als ein integrierter Bestandteil der Vorbeugung und der Abwendung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) von 1996 angesehen werden kann und betriebliche Suchtpräventionsprogramme damit eine Rechtsgrundlage erhalten.

Im Arbeitsschutzgesetz heißt es im § 3 (1) zu den Grundpflichten des Arbeitgebers:

"Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben." ⁵

Der Arbeitgeber, so heißt es weiter in § 4 des Gesetzes, hat von folgenden allgemeinen Grundsätzen auszugehen, die auszugsweise dargestellt werden:

- "1. Die Arbeit ist so zu gestalten, daß eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird;
2. Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen;
3. bei Maßnahmen sind der Stand der Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen;
4. Maßnahmen sind mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluß der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen;
5. individuelle Schutzmaßnahmen sind nachrangig zu anderen Maßnahmen;
6. spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen sind zu berücksichtigen;
7. den Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen; (...)" ⁶

Auf der anderen Seite verpflichtet das Arbeitsschutzgesetz auch die Beschäftigten nach ihren Möglichkeiten für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen und weist ihnen in § 16 besondere Unterstützungspflichten zu:

"(1) Die Beschäftigten haben dem Arbeitgeber oder dem zuständigen Vorgesetzten jede von ihnen festgestellte unmittelbare erhebliche Gefahr für die Sicherheit und Gesundheit (...) unverzüglich zu melden.

(2) Die Beschäftigten haben gemeinsam mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit den Arbeitgeber darin zu unterstützen, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit zu gewährleisten (...)" ⁷

Um der Frage nachzugehen, inwieweit die Suchtprävention und Suchthilfe als eine verpflichtende Aufgabe des Arbeitgebers anzusehen ist, wurden für die Expertise zwei unabhängige Rechtsgutachten eingeholt.⁸ Sie kommen übereinstimmend zu einem positiven Ergebnis und plädieren für eine Erweiterung der bisherigen, für die Suchtprävention geltenden Rechtsauffassungen, die, wie es heißt, mit ihrer vorrangig an der Unfallverhütung orientierten Sicht der Dinge dem geltenden Arbeitsschutzrecht nicht gerecht werden. Es müssen vielmehr auch die Entstehungszusammenhänge von Gefährdungen berücksichtigt und geeignete Präventionsmaßnahmen ergriffen werden.

Suchtprävention und -hilfe in der Gesundheitsförderung sowie im Arbeits- und Gesundheitsschutz				
Verbindlichkeit	Freiwillige Angebote		Pflichten des Arbeitgebers	
Maßnahmenbereiche	Betriebliche Gesundheitsförderung		Arbeitsschutz	Unfallschutz
Rechtliche Grundlage	Krankenkassen und Unfallversicherungsträger § 20 SGBV § 14 SGBV II	Betriebsinterne Angebote Betriebs- / Dienstvereinbarungen	Europäische Arbeitsschutzrahmenrichtlinie und Arbeitsschutzgesetz 1996 (Arbschg.) § 3 + § 4	BGV A1 / UVV § 7 (neu) § 38 (alt)
Ziel	Verbesserung der Gesundheitssituation Stärkung des Gesundheitsverhaltens		Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, auch Vorbeugung der potenziellen Verstärkung nichtberuflich erworbener Erkrankungen	Abwehr von Gefahren und wahrscheinlichen gesundheitlichen Schäden
Maßnahmen	Verhältnis- und Verhaltensorientiert		1. Verhältnisorientiert (Ursachenbeseitigung) 2. ergänzend verhaltensorientiert (wenn 1 nicht möglich oder ausreichend)	verhaltensorientiert
Maßnahmen zur Suchtprävention und Suchthilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Angebote zur Konsumreduzierung • Information und Aufklärung • Angebote zur Erweiterung der Gesundheitskompetenz • Gesundheitszirkel • Abbau von belastenden Arbeitsbedingungen 		<ul style="list-style-type: none"> • Ermittlung und Abbau von arbeitsbedingten Ursachen des Suchtmittelgebrauchs • Anwendung des Interventionsleitfadens und Stufenplans • Verhaltensorientierte Angebote 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelungen des Konsums • Intervention bei Verstoß gegen die Arbeitssicherheit
Regelung in BV und DV	freiwillige Maßnahmen		verbindliche Maßnahmen	

Abbildung 4.5: Suchtprävention im Arbeitsschutz und in der Gesundheitsförderung

"Bilanziert man die bisherige juristische Aufarbeitung des Themas Suchtmittel im Arbeitsleben, fällt auf, dass die Gründe und Ursachen für den Gebrauch von Suchtmitteln und für die Entstehung von Suchtmittelkrankheiten keine nennenswerte Rolle spielen. Im Zentrum stehen Fragen der rechtlichen Grenzen bei der Feststellung, ob Suchtmittel gebraucht werden (z.B. Alkoholtests, Drogenscreenings, Offenbarungspflichten von Arbeitnehmern oder Bewerbern, Fragerechte des Arbeitgebers), Konsumverbote bzw. -beschränkungen (vor allem Alkohol, Tabak) sowie die rechtlichen Folgen des Suchtmittelkonsums und der Suchterkrankungen (z.B. Entgeltfortzahlung, Haftung, Abmahnungen und vor allem Kündigungen). Die juristische Bewertung setzt also am Phänomen an, ohne dieses selbst mit rechtlichen Kategorien zu hinterfragen. Dies gilt auch, sofern eine Thematisierung unter arbeitsschutzrechtlichen Aspekten erfolgt. So werden Alkohol oder Drogen bei der Arbeit vornehmlich als Sicherheitsrisiko wahrgenommen, das zu Unfällen und damit zu Selbst- und/oder Fremdschädigungen führen kann. (...) Die Hintergründe von Suchtverhalten bleiben demnach auch in diesem arbeitsschutzrechtlich geprägten Kontext quasi in einer „Blackbox“.⁹

Nach dem neuen Arbeitsschutzrecht wird die Einbeziehung des Umgangs mit Suchtmitteln und Suchtauffälligkeiten im Betrieb nicht mehr davon abhängig gemacht, dass die Arbeit eine wesentliche Bedingung für das Entstehen von bestimmten Suchterkrankungen ist, sondern entscheidend ist nunmehr die Frage, "ob sich aus den Arbeitsbedingungen belastende Faktoren ergeben, die geeignet sind, die Entstehung von Suchtmittelerkrankungen ungünstig zu beeinflussen".¹⁰ Dabei wird auf eine Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit von 1993 verwiesen, in der arbeitsbedingte Erkrankungen als solche Erkrankungen definiert werden, "die durch Arbeitseinflüsse verursacht oder mitverursacht bzw. die als außerberuflich erworbene Erkrankungen durch Arbeitsverhältnisse in ihrem Verlauf ungünstig beeinflusst werden".¹¹

Von einem Zusammenhang belastender Arbeitsbedingungen und steigendem Nikotin-, Alkohol- und Tablettenkonsum als mittel- und langfristige Folge psychischer Fehlbelastungen spricht aber der gegenwärtige Forschungsstand.¹² Auf die Entstehungszusammenhänge von

oder verstärkenden Faktoren für gesundheitsriskantes Verhalten durch Suchtmittelkonsum geht das zweite Gutachten noch näher ein:

"Suchtverhalten und Suchtkrankheiten sind häufig die Folge psychischer Belastungen am Arbeitsplatz, vor allem psychischer Mehrfachbelastungen. Diese haben in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen. Die Einführung neuer Technologien, die Intensivierung der Arbeit und neue Wege in der Arbeitsorganisation führen in Verbindung mit der dauerhaften und steigenden Arbeitslosigkeit zu verbreiteter Unsicherheit, zur Zunahme von Konkurrenzdenken und zu ständiger Angst um den eigenen Arbeitsplatz.

Solche psychischen Störquellen zählen zu den ernsthaftesten Gesundheitsproblemen in Betrieb und Gesellschaft. Bis zu 40 % der Bevölkerung leiden an psychosozial und psychisch bedingten Befindlichkeitsstörungen. (...)

Dass Suchtprävention und Suchthilfe zu einer unabweisbar notwendigen Aufgabe geworden sind, wird ernstlich von der Wissenschaft nicht bestritten. Zum Sachstand für die zutreffende rechtliche Einordnung gehören die vielfältigen Problemkreise, die sich um Sucht am Arbeitsplatz ergeben. Hier seien nur Stichworte genannt: Das betriebliche soziale Umfeld ist in seiner Bedeutung nicht zu unterschätzen. Noch immer ist das Haupthindernis zur Erkennung von Suchtverhalten die entwickelten Subsysteme an den Arbeitsplätzen, die vor allem eine Geheimhaltung bewirken. In diesen Systemen spielen die Verhaltensweisen der Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen sowie namentlich auch der Vorgesetzten eine entscheidende Rolle. Vorgesetzte in allen Hierarchiestufen befinden sich regelmäßig in einem Verhaltensdilemma. Hieraus ergeben sich in der Regel Loyalitätskonflikte und entsprechende Verhaltensunsicherheiten. Selbst wenn ausreichende Problemerkennntnis vorhanden ist, ist der Weg zu einer Lösung noch weit. Hier können nur betrieblich verankerte und umgesetzte praktische Verfahrensweisen helfen."¹³

Das Interventionsverfahren nach dem Stufenplan bei auffälligem Suchtmittelkonsum oder suchtbedingten Verhaltensweisen, die zu Störungen am Arbeitsplatz führen, kann als ein langjährig breit erprobtes, arbeitswissenschaftlich gesichertes Verfahren angesehen werden, das sich zur Abwendung gesundheitlicher Gefährdungen oder zur Verhütung der Verschlechterung des Gesundheitszustands von Beschäftigten bewährt hat.

Aber auch die Maßnahmen zur Vorbeugung können dem erweiterten Arbeitsschutzrecht zugeordnet werden. Das Arbeitsschutzgesetz gibt dabei den verhältnisorientierten Gestaltungsmaßnahmen zum Abbau suchtfördernder Arbeitsbelastungen den Vorrang vor den verhaltensorientierten Maßnahmen. Es sieht gleichwohl eine verantwortliche Beteiligungsorientierung vor, d.h. Beschäftigte werden nicht nur als Objekte von Unterweisung und Belehrung gesehen werden, sondern auch als sich selbst und andere schützende Subjekte in die Pflicht genommen. Sie haben sich bei den Verhütungsaktivitäten gegenüber Gefahren und Schäden aktiv zu beteiligen.¹⁴ Eine solche Beteiligung setzt die Aufklärung der Beschäftigten und die Erweiterung ihrer persönlichen, sozialen und gesundheitlichen Kompetenzen voraus.

Faber verweist in seinem Gutachten auf eine Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts zum Rauchverbot, die bei der arbeitsschutzrechtlichen Bewertung verhaltenspräventiver Maßnahmen in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe zu berücksichtigen ist. "Betriebliche Regelungen und Maßnahmen der Verhaltensprävention verletzen die grundrechtlich geschützte allgemeine Handlungsfreiheit und das Persönlichkeitsrecht (Art. 1, 2 GG), wenn sie allein das Ziel verfolgen, die Beschäftigten allgemein zu einer gesünderen Lebensführung anzuhalten. *Das Arbeitsschutzrecht bietet mit anderen Worten also keinen rechtlichen Rahmen für eine irgendwie verpflichtende persönliche Gesundheitserziehung.* Rechtsgrundlage für derartige Aktivitäten ist die (betriebliche) Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V, die nicht auf Zwang, sondern primär auf Freiwilligkeit beruht."¹⁵ Das bedeutet, dass die Vermeidung eines gesundheitsriskanten Verhaltens im Betrieb nicht erzwungen werden kann, Suchtvorbeugung also nicht per se Verbote, Auflagen oder Sanktionen rechtfertigt. Nur wenn Gesundheitsgefahren für Dritte ausgeschlossen werden sollen oder es um die Verhütung suchtmittelbedingter Unfallgefährdungen geht, können verhaltenspräventive Maßnahmen der

Suchtprävention sich demnach arbeitsschutzrechtlich auf eine zwingende Rechtsgrundlage stützen.¹⁶

Faber kommt in seinem Gutachten zum Ergebnis, dass die nicht zu unterschätzende Bedeutung des § 4 Nr. 1 ArbSchG darin liegt, dass sich der Arbeitgeber, und mit ihm die übrigen Akteure des betrieblichen Arbeitsschutzes, zu nennen sind hier vor allem Führungskräfte, Betriebs- und Personalräte, Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte und Sicherheitsbeauftragte, zwingend mit den Aspekten der Gesundheitsgefährdung durch im Betrieb in Erscheinung tretende Suchtprobleme befassen und geeignete Maßnahmen zu ihrer Abwendung ergreifen müssen.¹⁷ Verbote allein sind im Sinne des erweiterten Arbeitsschutzes dazu nicht geeignet, wohl aber können Suchtpräventionsprogramme in einem Gesamtkonzept des Arbeits- und Gesundheitsschutzes hierzu einen Beitrag leisten.

Wenn Betriebe und Einrichtungen nach dem erweiterten Arbeitsschutz verpflichtet sind, sich mit den Fragen zu Suchtproblemen am Arbeitsplatz, ihrer Ursachen und ihrer Vorbeugung zu befassen, so liegt es nahe, hierfür auch die geeigneten Präventionsfachkräfte vorzusehen. Faber verweist in diesem Kontext wieder auf die europäische Arbeitsschutzrahmenrichtlinie. Vor dem Hintergrund ihrer Anforderungen würde das im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) angelegte zweispurige System von Betriebsärzten und technisch orientierten Fachkräften für Arbeitssicherheit bereits heute "als gemeinschaftsrechtlich unzureichend" angesehen. So formuliert die EU-Kommission in ihrer Gemeinschaftsstrategie für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz für die Jahre 2002 – 2006 die Forderung nach multidisziplinären Präventionsdiensten, die in ihrer Struktur sowohl die sozialen und psychologischen Risiken als auch die Geschlechterperspektive berücksichtigen.

"Eine solche multidisziplinäre Betreuung der Betriebe dürfte durchaus neue Möglichkeiten für die betriebliche Suchtberatung eröffnen, zumal die Prävention sozialer Risiken, zu denen die Kommission ausdrücklich auch Alkohol-, Drogen- und Arzneimittelabhängigkeit rechnet, in der erwähnten europäischen Gemeinschaftsstrategie einen beachtlichen Stellenwert hat."

4.1.5 Betriebs- und Dienstvereinbarungen

Eine Möglichkeit, für das Suchtpräventionsprogramm gegenwärtig einen eindeutigen rechtlichen Rahmen zu schaffen, ist auf der betrieblichen Ebene durch die Form der Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung gegeben. Sie setzt eine Verhandlung und Einigung zwischen der Unternehmens- bzw. Dienststellenleitung und der Personalvertretung voraus und bedarf zwingend einer schriftlichen Form. Eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung stellt die verbindlichste Fassung eines Gesamtkonzepts zur Suchtprävention und Suchthilfe dar und wird als Standard empfohlen.

Für den Aufbau einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung (BV/DV) gibt es keine formale Vorgabe. Bei der Abfassung sollte jedoch geprüft werden, inwieweit die folgenden Aspekte berücksichtigt werden sollten:

Titel der Vereinbarung

Der Titel der BV/DV hat programmatischen Charakter und sollte deshalb sorgfältig gewählt werden, um die Reichweite des Suchtpräventionsprogramms zu verdeutlichen.

Präambel

Die Präambel kann dazu genutzt werden, das Leitbild des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms und/oder den Kontext zu verdeutlichen oder die Leitgedanken, die bei der Abfassung der BV/DV die Orientierung vorgegeben haben, zusammenzufassen.

Geltungsbereich

Die Festlegung des Geltungsbereiches ist von zentraler Bedeutung, da nicht alle Beschäftigten automatisch von einer BV/DV erfasst sind. Sie sollte jedoch für alle Beschäftigten oder Bediensteten in allen Arbeitsbereichen und Hierarchiestufen Anwendung finden.

Ziele der Betriebs-/Dienstvereinbarung

Die Ziele der Dienstvereinbarung decken sich in der Regel mit den Zielen des Suchtpräventionsprogramms. Sie haben programmatischen Charakter. Sie sollten möglichst konkret, aber zugleich so weitgehend gefasst sein, dass sie nicht jederzeit bei Kontextveränderungen und Konzeptanpassungen ihre Aktualität verlieren.

Arbeitskreis Suchtprävention - Zusammensetzung und Aufgaben

Bei der Zusammensetzung des Arbeitskreises, der Beschreibung seiner Aufgaben und der Festlegung der Häufigkeit seiner Treffen ist darauf zu achten, dass es sich dabei um ein Steuerungsgremium handelt. (Vgl. Punkt 4.1.3)

Umgang mit Suchtmitteln - Einschränkungen des Konsums

Hier geht es um die allgemeinen Regelungen des Suchtmittelgebrauchs, eingeschränkter oder genereller Verbote des Konsums - letztere bedürfen zwingend einer Regelung durch eine BV/DV - sowie Vereinbarungen zur Einschränkung der Griffnähe und der Gestaltung der Konsumkultur, z.B. durch eine Erklärung zur Punktnüchternheit. Regelungen zum Nichtraucherschutz können ggf. integriert werden.

Rolle und Bedeutung der Vorgesetzten

Führungskräfte nehmen - gewollt oder ungewollt - eine besondere Rolle in der Suchtprävention und bei der Intervention ein. Sie sind Vorbild und prägen mit ihren Einstellungen und ihrem Verhalten wesentlich die Kultur des Umgangs mit Suchtmitteln am Arbeitsplatz. Als Vorgesetzte tragen sie die Verantwortung zur Intervention bei Auffälligkeiten. Diese besondere Bedeutung der Haltung und des Handelns der Vorgesetzten kann in der BV/DV zum Ausdruck gebracht werden. Zugleich kann ihnen Unterstützung in Form von Beratung durch interne Beratungseinrichtungen oder externe Beratungsdienstleister zugesichert werden.

Vorgehen bei Gefährdung der Arbeitssicherheit

Für das Vorgehen bei Gefährdung der Arbeitssicherheit durch Beschäftigte unter dem Einfluss von Suchtmitteln (BGV A1 / UVV) sollte generell ein Verfahren abgestimmt und in der BV/DV festgelegt werden. Das gibt den verantwortlichen Vorgesetzten Handlungssicherheit und schafft für alle Beteiligten Transparenz.

Information der Beschäftigten, Aufklärung und Schulung

Informationsmaßnahmen und Aufklärungsaktionen sind zentrale, oftmals aber noch nachrangig gehandhabte Elemente in der betrieblichen Suchtprävention. Sie sollten als Selbstverpflichtung in die BV/DV aufgenommen werden. Verbindlich zu vereinbaren sind Qualifizierungsmaßnahmen, Coachings und Schulungen für Personalverantwortliche, damit diese ihre Aufgaben in der Suchtprävention und -hilfe sachgerecht wahrnehmen können.

Arbeitssituation, Arbeitsbelastungen und riskanter Gebrauch von Suchtmitteln

In Arbeitsbereichen oder Beschäftigtengruppen, in denen ein auffälliger Suchtmittelgebrauch festgestellt wird, sollte im Sinne des Arbeitsschutzes gemeinsam mit den Beschäftigten geprüft werden, ob Ursachen dafür auch in der Arbeitssituation, in den Arbeitsbelastungen oder im Arbeitsklima zu suchen sind, um diese dann möglichst zu beseitigen. Eine Verknüpfung mit Maßnahmen des Arbeitsschutzes (z.B. bei der Gefährdungsermittlung), der Gesundheits-

förderung und des Gesundheitsmanagements könnte in der BV/DV ebenfalls hergestellt werden.

Einrichtung der internen Suchtprävention und Suchthilfe

Für eine interne Einrichtung der Suchtprävention und -hilfe, einer haupt- oder nebenamtlich getragenen Suchtberatung im Betrieb, stellt eine BV/DV die einzige rechtlich verbindliche Grundlage dar. Sie sollte deshalb die Rahmenbedingungen ihrer Aufgaben, räumliche und materielle Ausstattung sowie die organisatorische Anbindung ebenso festlegen wie die fachliche Weisungsfreiheit, die Fortbildungsmöglichkeiten und die regelmäßige Supervision als Basis professioneller Beratungstätigkeit.

Schweigepflicht und Datenschutz

Zu regeln ist die Schweigepflicht, die nur auf diese Weise im Betrieb für alle Berufsgruppen in der Beratung rechtsverbindlich festgelegt werden kann.

Für die in Verbindung mit der Suchtberatung und Suchthilfe im Betrieb gewonnenen Daten gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu den Verwendungsbedingungen sensibler Daten im Bereich des Gesundheitswesens, d.h. ihre Verarbeitung und Nutzung ist ausschließlich hinreichend qualifizierten Personen vorbehalten, die strikt an die Maßstäbe der ärztlichen Schweigepflicht gebunden sind.

Hauptamtliche Suchtberatung

Sofern hauptamtliche Kräfte in der Suchtprävention und Suchtberatung eingesetzt werden, sind deren Aufgaben, Rechte und Pflichten in der BV/DV zu beschreiben. Diese wird damit zum Fundament für die Arbeitsplatzbeschreibung, die Ausschreibung der Stelle(n) und den einzelvertraglich abgestimmten Arbeitsvertrag.

Nebenamtlich tätige Ansprechpersonen - Helferkreis

Ausbildung, Aufgaben und Einsatzbedingungen von nebenamtlichen Ansprechpersonen oder Suchthelfer/innen und ggf. ihre Zusammenarbeit in einem Helferkreis sollten in der BV/DV beschrieben werden. Auf dieser Basis kann die offizielle Beauftragung der Ansprechpersonen erfolgen, die zugleich eine unverzichtbare Voraussetzung für eine - unter verschiedenen Rechtsaspekten betrachtet - gesicherte Tätigkeit in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe darstellt.

Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern

Wird das betriebliche Suchtpräventionsprogramm mit Unterstützung eines externen Dienstleisters (Beratungsstelle, Beratungsunternehmen) ausgestaltet, so sind die Rahmenbedingungen der Kooperation sowie die Aufgaben, die von diesem im Betrieb oder in der Einrichtung wahrgenommen werden sollen in der BV/DV zu verankern.

Ansprache und Hilfe bei Suchtgefährdung

Alle Beschäftigten sollten in der BV/DV aufgefordert werden, bei Auffälligkeiten in Verbindung mit einem riskanten Suchtmittelgebrauch und/oder Störungen durch suchtbedingtes Verhalten im Rahmen ihrer Möglichkeiten tätig zu werden. Vor allem die Personalverantwortlichen können angehalten werden, frühzeitig mit den betroffenen Personen das Gespräch zu suchen. Vorgesetzte sind aufzufordern, bei Verstößen gegen arbeitsvertragliche oder dienstrechtliche Pflichten nach dem Interventionsleitfaden und dem Stufenplan vorzugehen.

Interventionsleitfaden und Stufenplan

Die Vorgehensweise nach Interventionsleitfaden und Stufenplan sowie ggf. vorgesehene Abweichungen davon sind in der BV/DV als verbindliches Prinzip festzuhalten. Dagegen wird

empfohlen, den Leitfaden und Stufenplan selbst eher als Anhang hinzuzufügen. Es erleichtert die notwendigen Anpassungen und Aktualisierungen bei Weiterentwicklung der Konzepte oder aufgrund veränderter Rechtsprechung, ohne dass die BV/DV gekündigt werden müsste.

Case Management - Begleitung des Therapieprozesses

In Zukunft wäre es in einer BV/DV vorzusehen, auffällig gewordenen und im Stufenplan schon vorangeschrittenen Beschäftigten ein verbindliches Angebot für eine längerfristige verantwortliche Prozessbegleitung in Form eines Case Managements zu machen, das den Zeitraum von der Aufnahme der Beratung über die Teilnahme an ambulanter und /oder stationärer Therapie bis zur Wiedereingliederung und Stabilisierung umfasst. Mit Einverständnis der oder des Beschäftigten initiiert und begleitet der Case Manager die Hilfemaßnahmen, organisiert den Informationsaustausch und gewährleistet den geordneten Ablauf. Gestaltung und Steuerung des Case Managements geschieht mit dem Ziel, die verschiedenen Leistungen wirksam abzustimmen und durchzuführen. (Vgl. Punkt 7)

Betriebliche Selbsthilfegruppen

Sofern sich Betriebe oder Dienststellen entscheiden, interne Selbsthilfegruppen einzurichten, sind die Rahmenbedingungen für deren Arbeit und die Möglichkeiten der Beschäftigten zur Teilnahme in der BV/DV zu regeln. Hier gilt es jedoch das Prinzip der Freiwilligkeit zu beachten, denn die Verpflichtung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann zwar für Beamte ausgesprochen werden, ist jedoch für ArbeitnehmerInnen arbeitsrechtlich nicht bindend.¹⁸

Besondere Beschäftigtengruppen

Abweichende, ergänzende oder einschränkende Regelungen für einzelne Beschäftigtengruppen (z.B. Auszubildende, Beamte, Beschäftigte in der Probezeit, mit Zeitverträgen), die sachlich oder rechtlich begründet sind, sollten in der BV/DV erläutert werden.

Wiedereingliederung - Wiedereinstellung

Für die Rückkehr aus stationärer Therapie sind geeignete Maßnahmen zur Wiedereingliederung (z.B. Rückkehrgespräche, Arbeitsversuche) zu vereinbaren. Dies gilt besonders dann, wenn keine Begleitung durch Case Management vorhanden ist. Eine Wiedereinstellung nach ausgesprochener Kündigung kann in der BV unter bestimmten Voraussetzungen in Aussicht gestellt werden, wegen der im öffentlichen Dienst häufiger vorkommenden Einstellungsstopps jedoch nicht in der DV.

Erneute Auffälligkeiten

Für das Vorgehen bei erneuten Auffälligkeiten nach längerer Zeit, wenn Beschäftigte sich im Stufenplan befunden haben, sollten entsprechende Regelungen getroffen werden, insbesondere sollte festgelegt werden, wer über den weiteren Fortgang entscheidet. Der Begriff "Rückfall" sollte in den BV/DVs möglichst vermieden werden, da er nicht nur mit dem modernen Krankheitsverständnis der Abhängigkeit kollidiert, sondern vor allem dienstrechtlich negative Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Vertraulichkeit/Tilgung/Datenschutz

Die Vertraulichkeit aller Gespräche, Notizen und Protokolle in Verbindung mit Interventionen sollte in der BV/DV festgelegt werden, ebenso der Zeitraum nach dem die Unterlagen aus der Personalakte getilgt werden.

Bei den Daten, die im Rahmen mit der betrieblichen Suchtberatung erhoben und festgehalten werden, handelt es sich um gesundheitsbezogene Daten, die der besonderen

Evaluation und Bericht

In der BV/DV sollte die Evaluation und Weiterentwicklung des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms vereinbart und der Turnus sowie die Zuständigkeit festgeschrieben werden. Der Bericht ist dem Arbeitskreis als Steuerungsgremium vorzulegen.

Geltungsdauer

Die Geltungsdauer der BV/DV ist festzulegen. Wichtig ist es, eine Nachwirkung zu vereinbaren, damit nach Ablauf der Geltungsdauer oder nach Kündigung der Vereinbarung diese noch fortgesetzt gilt, bis eine neue Regelung getroffen wurde.

4.2 Ist-Situation: Organisatorischer Rahmen und strukturelle Einbindung des Suchtpräventionsprogramms

4.2.1 Suchtpräventionsprogramm und Betriebs- /Dienstvereinbarung

Zunächst wurde nach der Existenz eines Suchtpräventions- bzw. Suchthilfeprogramms im Betrieb gefragt. Wie aus Tab. 4.1 zu erkennen ist, können 72% der Fälle ($n^{19}=436$ von $N=610$) ein Programm vorweisen. Damit bestätigt sich die Annahme, dass bei der Auswahl des Samples vor allem Betriebe und Einrichtungen erreicht werden konnten, die über Erfahrungen in der betrieblichen Suchtprävention verfügen. 80% der über den Arbeitskreis-Verteiler beteiligten Organisationen weisen ein Suchtpräventions- und -hilfeprogramm vor, die Institutionen des allgemeinen Verteilers immerhin zu 64%.

Suchtpräventionsprogramm / Suchthilfeprogramm	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Ja	436	71,5
Nein	161	26,4
Nicht bekannt	10	1,6
Keine Angaben	3	0,5
Gesamt	610	100

Tabelle 4.1: Existenz eines Suchtpräventions- und Suchthilfeprogramms im Betrieb

Gesamtkonzept der betrieblichen Suchtprävention

Das Gesamtkonzept der betrieblichen Suchtprävention enthält die Ziele, Maßnahmen und Vorgehensweisen, die im Betrieb vereinbart werden. Empfohlen wird die Verankerung des Konzepts in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung. Darüber hinaus sollte mit dem Gesamtkonzept die Einbindung des Suchtpräventionsprogramms bzw. des Präventionsgedankens

- in die betrieblichen Prozesse, insbesondere in die zur Anwendung kommenden Managementkonzepte (Gesundheits-, Qualitäts-, Personal- oder Human Resource Management),
- in die Entwicklung von Leitbild und Führungsgrundsätzen,
- in die gelebte Organisations- und Führungskultur erleichtert werden.

Das Gesamtkonzept setzt eine grundlegende Abstimmung zwischen Leitung und Interessenvertretung voraus. Seine Umsetzung erfordert eine wirksame Steuerung, die in den meisten Fällen von einem Arbeitskreis wahrgenommen wird.

Betriebs- und Dienstvereinbarungen

Die Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung, die zwingend einer schriftlichen Form bedarf, stellt die Fassung eines Suchtkonzepts dar, die den empfohlenen Standards am weitestgehenden entspricht.

Form der schriftlichen Vereinbarung	Anzahl der Nennungen (539)
Betriebs- / Dienstvereinbarung	312
Handlungsanleitung	112
Dienstanweisung / Verfügung	54
Sonstige schriftliche Vereinbarung	30
Nicht schriftlich fixiert	28
Nicht bekannt	2

Tabelle 4.2: Form des Suchtpräventions- und -hilfeprogramms (Mehrfachnennungen möglich)

Wie Tab. 4.2 zeigt, wird in 312 von den 436 Fällen, in denen ein Suchtpräventionsprogramm existiert, angegeben, dass eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung abgeschlossen wurde. In einer Reihe von Fällen wird diese noch durch eine Handlungsanleitung (48) bzw. durch eine Verfügung/Dienstanweisung (24) oder durch eine sonstige schriftliche Vereinbarung (9) ergänzt. Mit insgesamt 51% (n=312 von N=610) ist die BV/DV zwar die häufigste Form der Regelung in den beteiligten Betrieben und Einrichtungen, dennoch sollte eine Erhöhung der Quote angestrebt werden.

Zieht man jene 48 Fälle, die sowohl über eine Dienstvereinbarung als auch über eine Handlungsanleitung verfügen, ab, so verbleiben weitere 64 Fälle, in denen das Suchtpräventionsprogramm allein in Form einer Handlungsanleitung schriftlich fixiert worden ist. 30 Mal werden sonstige schriftliche Vereinbarungen angegeben, die nicht näher qualifiziert wurden.

Weitere 30 nannten die Form der Dienstanweisung und Verfügung, bei der es sich um eine einseitig vom Arbeitgeber erlassene Regelung handelt.

In 29 Fällen, in denen es ein Suchtpräventionsprogramm gibt, ist das Konzept nicht schriftlich fixiert worden. Eine lediglich mündliche Absprache besitzt aber eine relativ geringe Verbindlichkeit, auch wenn sie in Einzelfällen durchaus funktionieren mag.

Wie oben bereits erwähnt, wird die Verankerung der Suchtprävention in einer Dienstvereinbarung empfohlen. Abb. 4.6 zeigt die Beziehung zwischen den vorhandenen Dienstvereinbarungen und der Größe bzw. Beschäftigtenzahl des Betriebes.

In kleineren Betrieben und Einrichtungen (bis 500 Beschäftigte) verfügen weniger als 42% über eine Dienstvereinbarung, während größere (über 500 Beschäftigte) mindestens zu 42% eine Dienst- bzw. Betriebsvereinbarung abgeschlossen haben. Die Evaluation Nds.2003 zeigt vergleichbare Ergebnisse.

Sowohl die aktuelle Studie als auch die Vergleichsstudie EvaluationNds.2003 lassen darauf schließen, dass eine Entwicklung neuer Modelle für eine strukturelle Einbindung der betrieblichen Suchtprävention für kleinere Betriebe und Einrichtungen sinnvoll erscheint. Besonders

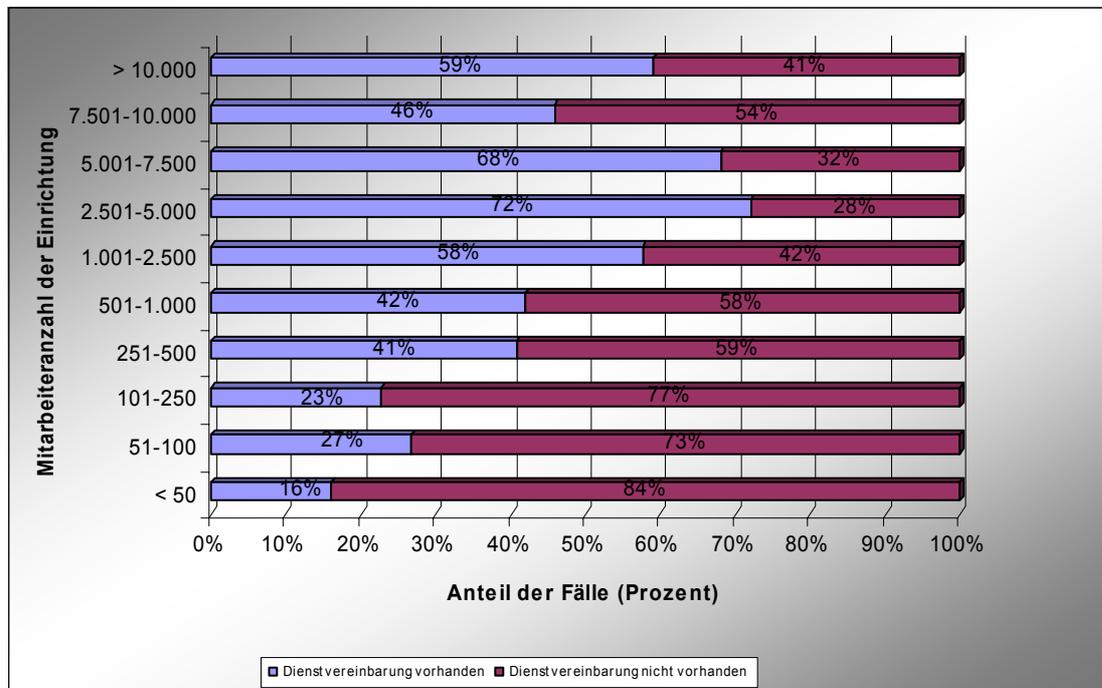


Abbildung 4.6: Dienstvereinbarungen je Größe bzw. Beschäftigungszahlen des Betriebes

für die Organisationsgrößenordnung bis zu 500 Beschäftigten kann z.B. eine gezielte Kooperation mit externen Dienstleistern und Beratungsstellen die Möglichkeiten für ein betriebliches Suchtpräventionsprogramm mit vereinbarten Präventions- und Beratungsangeboten erweitern.

Ziele des Suchtpräventionsprogramms

Um die Reichweite und die Ausrichtung der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe zu beurteilen, sind die Ziele des Programms zu betrachten. Tab. 4.3 zeigt die expliziten Ziele der befragten Betriebe und Einrichtungen bezogen auf die Aktivitäten im Bereich der Suchtprävention.

Ziele des Programms	Anzahl der Nennungen
Hilfe bei Suchtgefährdung und -erkrankung	419
Gesunderhaltung der Beschäftigten / Gesundheitsförderung	366
Sensibilisierung von Personalverantwortlichen und Beschäftigten	335
Erhöhung der Arbeitssicherheit	327
Senkung der Fehlzeiten	235
Verbesserung der Qualität von Produktion und Dienstleistung	158
Verbesserung des Betriebsklimas	157
Suchmittelfreies Unternehmen (Dienststelle, Verband)	94
Sonstige Ziele	32
Keine schriftlich formulierten Ziele	24
Ziele sind nicht bekannt	3

Tabelle 4.3: Ziele des Suchtpräventionsprogramms (Mehrfachnennungen möglich)

Die Hilfe bei Suchtgefährdung und -erkrankung ist mit 96% aller Fälle, in denen es ein Suchtpräventionsprogramm gibt (bezogen auf n=436), mit Abstand das vorrangige Ziel. Damit knüpfen die aktuellen Programme durchaus an die Tradition der betrieblichen Suchthilfe an, wie auch die weiteren in der Rangfolge nachgeordneten Ziele zeigen.

Es folgen die Gesunderhaltung der Beschäftigten (60%), die Erhöhung der Arbeitssicherheit (75%) und die Sensibilisierung von Führungskräften bzw. sonstigen Personalverantwortlichen und Beschäftigten (77%).

Zwar haben die klassischen Ziele der Suchtprävention Vorrang, aber es ist darauf hinzuweisen, dass auch betriebswirtschaftliche Aspekte Beachtung finden. So wird in 54% der Fälle angegeben, dass Suchtprävention auch als Instrument gesehen wird, um eine Fehlzeitenreduzierung sowie eine Verbesserung der Qualität von Produkten und Dienstleistungen (36%) anzustreben.

Schriftlich formulierte Ziele sind in den bestehenden Suchtpräventionsprogrammen die Regel, lediglich in 24 Fällen wurde keine schriftliche Fixierung vorgenommen.

4.2.2 Steuerung des Suchtpräventionsprogramms durch den Arbeitskreis Suchtprävention

Der "Arbeitskreis" ist in der deutschen Entwicklung bereits seit den Anfängen als struktureller Bestandteil des Suchtpräventionsprogramms definiert worden und ist als notwendiges Steuerungsgremium mit entsprechend hochrangiger Besetzung als ein Standard anzusehen. Aufgabe des Arbeitskreises ist es, Ziele und Ausrichtung der Suchtprävention und -hilfe abzustimmen und die notwendigen Entscheidungen und Vereinbarungen zu deren Einführung

und Umsetzung im Betrieb vorzubereiten. Heute wird auch erwartet, dass Schritte zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Programms kontinuierlich verfolgt werden.

Der Arbeitskreis ersetzt nicht eine Einrichtung der Suchthilfe und sollte selbst nicht als Helferkreis auftreten. Letzterer setzt sich in der Regel aus den dienststelleninternen Ansprechpersonen oder SuchtberaterInnen zusammen und ist Teil des Hilfesystems.

Gremium im Rahmen Suchtprävention vorhanden	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Ja	359	58,9
Nein	239	39,2
Nicht bekannt	12	2
Gesamt	610	100

Tabelle 4.4: Existenz eines Gremiums im Rahmen von Suchtprävention

In 59% aller Fälle ($n=359$ von $N=610$) wurde angegeben, dass bereits ein Gremium zum Thema Suchtprävention und Suchthilfe vorhanden ist. Betrachtet man die zielgruppenspezifische Auswahl des Stichprobensample, so erscheint diese Quote noch ausbaufähig.

Korreliert man die Daten zum Vorliegen eines Suchtpräventionsprogramms mit dem Vorhandensein eines Suchtgremiums, so kann man feststellen, dass in 73% der Fälle, in denen ein Suchtpräventionsprogramm existiert ($n=436$), ein Gremium eingerichtet wurde. In 26% der Fälle ist zwar ein Suchtpräventionsprogramm in den Betrieben und Einrichtungen vorhanden, jedoch kein Gremium, welches die Steuerung der suchtspezifischen Aktivitäten übernimmt.

Auf der anderen Seite wird in 41 Fällen die Existenz eines Gremiums angegeben, aber es wurde (noch) kein Suchtpräventionsprogramm eingerichtet.

Suchtpräventionsprogramm und Gremium	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Ja	318	72,9
Nein	114	26,1
Nicht bekannt	4	0,9
Gesamt	436	100

Tabelle 4.5: Suchtpräventionsprogramm und Gremium vorhanden

Zusammensetzung, Arbeitsweise und Namen des Gremiums / des Arbeitskreises

Im Gremium vertretene Funktionsträger	Anzahl der Nennungen
Betriebs- / Personalrat	293
Sozial- / Suchtberater / -innen	279
Betriebsarzt / ärztlicher Dienst	269
Personalabteilung	266
Schwerbehindertenvertretung	155
andere Funktionsträger	134
Geschäftsführung / Leitung der Einrichtung	105
Sicherheitsfachkraft	102
Funktionsträger nicht bekannt	3

Tabelle 4.6: Im Gremium vertretene Funktionsträger (Mehrfachnennungen möglich)

Kontinuierlich beteiligt am AK sind in allen Fällen, in denen ein Gremium vorhanden ist (n=359), zu 29% die Geschäftsführung/Leitung und zu 74% die Personalabteilung auf der Seite des Arbeitgebers. Die Interessenvertretungen sind mit 81% durch die Personalvertretung (Betriebs-/Personalrat) und mit 43% durch die Schwerbehindertenvertretung repräsentiert. In der Mehrheit der Fälle zeigt sich in der Zusammensetzung des Gremiums schon, dass seine Verankerung in der Organisation gewährleistet ist und es die oben beschriebene Steuerungsfunktion im Prinzip auch wahrnehmen kann.

Die fachliche Seite im Gremium wird in drei Viertel der Fälle jeweils durch die Sucht- oder Sozialberatungen (78%) sowie die Betriebsärzte/arbeitsmedizinischer Dienst (75%) vertreten. Mit 28% ist auch die Fachkraft für Arbeitssicherheit auf dieser Seite beteiligt. In 37% der Fälle sind außerdem sonstige Personen vertreten.

Die Häufigkeit der Treffen des Gremiums kann als Kriterium für Erfüllung der Steuerungsfunktion herangezogen werden. Die effektive Wahrnehmung der Steuerungsaufgaben setzt voraus, dass sich das Gremium in der Aufbauphase eines Suchtpräventionsprogramms in kürzeren Abständen, später seltener, jedoch immer kontinuierlich, mindestens einmal jährlich trifft, um die zurückliegenden Aktivitäten auszuwerten, das Programm anzupassen und weiter zu entwickeln und neue Maßnahmen abzustimmen.

Sitzungsturnus des Gremiums	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
1-2 Mal pro Jahr	112	31,2
3-4 Mal pro Jahr	108	30,1
5-8 Mal pro Jahr	49	13,6
9-12 Mal pro Jahr	39	10,9
Seltener	25	7
Nicht bekannt	18	5
Keine Angabe	8	2,2
Gesamt	359	100

Tabelle 4.7: Sitzungsturnus der Projektgruppe/des Arbeitskreises

Aus der Tabelle 4.7 ist zu erkennen, dass in je rund einem Drittel der Fälle, in denen ein Gremium vorhanden ist (n=359), sich dieses 1-2 Mal (31%) bzw. 3-4 Mal 30%) im Jahr trifft. Dieser Sitzungsturnus erscheint angemessen, um die nötige Steuerungsfunktion langfristig auszufüllen.

Gremien, die öfter tagen, trifft man vor allem in der Aufbauphase der Suchtpräventionsprogramme oder dort, wo die Abstimmung der Hilfe gegenüber den Steuerungsaufgaben im Vordergrund steht.

Nach dem Zeitpunkt der Etablierung des Gremiums wurde gefragt, um einen Eindruck von den Entwicklungsphasen und der Kontinuität der Arbeit in den Suchtpräventionsprogrammen in Betrieben und Einrichtungen zu erhalten.

Gründungszeitpunkt Gremium	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Vor 1980	8	2,2
1980-89	57	15,9
1990-99	190	52,9
2000-03	87	24,2
Nicht bekannt	13	3,6
Keine Angabe	4	1,1
Gesamt	359	100

Tabelle 4.8: Gründungszeitpunkt Gremium

Herauszustellen ist, dass mit insgesamt 53% in der Zeit von 1990 bis 1999 besonders viele der existierenden Gremien bzw. Arbeitskreise (n=359) neu gegründet wurden. Einerseits war dies die Phase der Ausweitung der Suchtpräventionsprogramme im öffentlichen Dienst. Andererseits erklärt sich dieser Trend auch durch den Zuschnitt des Samples der Erhebung, in dem Einrichtungen des öffentlichen Dienstes überproportional vertreten sind.

Es ist jedoch festzustellen, dass in den letzten 3 Jahren (von 2000-2003) mit einem Anteil von 24% erfreulich viele Arbeitskreise neu gegründet wurden. Aus dieser Tatsache lässt sich schließen, dass Suchtprävention in Betrieben und Einrichtungen noch weiter ausgebaut wird und die Entwicklung von betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen als fortlaufender Prozess anzusehen ist. Nach der genauen Bezeichnung des Gremiums wurde gefragt, um zu erfahren, mit welchem Auftrag und welcher Reichweite es im Betrieb bzw. in der Einrichtung positioniert ist.

Bezeichnung des Gremiums	Anzahl der Nennungen
Arbeitskreis / Projektgruppe: Sucht / Suchtprävention / Suchthilfe	189
Arbeitskreis / Projektgruppe: Gesundheit / Gesundheitsförderung / Gesundheitsmanagement	92
Sucht- / Helferkreis	52
Keine offizielle Bezeichnung	28
Sonstiges	26
Arbeitskreis / Projektgruppe Sucht und Gesundheit	26
Arbeitskreis / Projektgruppe: Alkohol	22
Nicht bekannt	1

Tabelle 4.9: Bezeichnung des Gremiums (Mehrfachnennungen möglich)

Mit 53% aller Fälle, in denen ein Gremium vorhanden ist (n=359) trägt dieses die Bezeichnung "Arbeitskreis/Projektgruppe Sucht/Suchtprävention/Suchthilfe". Zusammen mit den 6%, die in der eingeschränkten Bezeichnung als "Arbeitskreis Alkohol" fungieren, verkörpern sie die zentrale Ausrichtung auf Suchtprobleme und Suchtprävention.

Mit 7% für die Bezeichnung "Arbeitskreis Sucht/Gesundheit" und immerhin einem Anteil von 26% für "Arbeitskreis Gesundheit/Gesundheitsförderung/Gesundheitsmanagement" sind es bereits ein Drittel der Gremien, die die Suchtprävention explizit in Verbindung mit anderen Gesundheitsthemen bearbeiten. Letzteres zeigt die sich immer stärker abzeichnende Integration des Themas Suchtprävention in das betriebliche Gesundheitsmanagement.

Die Bezeichnung "Sucht- und Helferkreise" spiegelt sich in 14% der Fälle wider. Bei dieser Art von Gremium ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es hierbei weniger um die Ausführung einer Steuerungsfunktion geht, sondern eher um den fachlichen Austausch zu suchtspezifischen Themenstellungen. Helferkreise haben in der Regel nicht den Auftrag, Strukturen für die Suchtprävention und -hilfe zu schaffen, verfügen dann zwangsläufig auch nicht über die Kompetenz entscheidungswirksam tätig zu werden und sind mehr als andere Arbeitskreise auf die Unterstützung weiterer Gremien angewiesen.

Für die Einbindung der betrieblichen Suchtprävention und das Gewicht der Programme ist es von erheblicher Bedeutung, mit welchen Bereichen des Betriebes bzw. der Einrichtung eine systematische Zusammenarbeit besteht.

Zusammenarbeit des Gremiums mit folgenden Bereichen	Anzahl der Nennungen
Gesundheitsförderung	243
Interessenvertretungen	238
Geschäftsführung / Leitung der Einrichtung	225
Arbeitsschutz	210
Personalentwicklung / Aus- und Weiterbildung	196
Frauenbeauftragte / Gleichstellungsstelle	102

Tabelle 4.10: Systematische Zusammenarbeit mit den Bereichen (Mehrfachnennungen möglich)

Vorrangig besteht eine Kooperation des Gremiums Suchtprävention mit dem Bereich Gesundheitsförderung (68% von n=359), was bei der engen Verknüpfung der beiden Themenbereiche nahe liegt.

Einen erheblichen Anteil hat mit 63% auch die Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung bzw. Leitung. Dieses unterstützt die These, dass die Suchtprävention ein elementarer Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist. Für die Bedeutung der Suchtprävention jedenfalls ist die Beteiligung der höchsten Führungsebene als ein wichtiger Erfolgsfaktor anzusehen.

Weitere wichtige Kooperationspartner sind die Interessensvertretungen mit einem Anteil von (66%). Hier finden die Suchtpräventionsprogramme oftmals die Unterstützung, die notwendig ist, um die strukturellen Entscheidungen zur Ausgestaltung und Absicherung auf den Weg zu bringen.

Enge fachliche Verzahnungen sind außerdem wünschenswert mit dem Arbeitsschutz und der Personalentwicklung, wo man sich mit einem Anteil von 58% und 55% auch schon auf einem guten Weg befindet.

Der vergleichsweise niedrige Anteil der Zusammenarbeit mit der Frauenbeauftragten bzw. der Gleichstellungsstelle (nur 28% der Fälle) erklärt sich daraus, dass diese Institution fast ausschließlich im öffentlichen Dienst sowie in einigen Großunternehmen zu finden ist.

Obwohl die Gremien in vielen Fällen bereits systematische Kooperationen pflegen, enthält die interne Vernetzung auf der Basis der erhobenen Daten noch mehr Chancen für die Nutzung von Synergien und die Erschließung von Unterstützungspotentialen.

4.2.3 Integration der Suchtprävention in betriebliche Prozesse

Im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention ist von entscheidender Bedeutung, dass durchgeführte Aktivitäten nicht nur aufeinander abgestimmt werden, sondern auch intern bzw. extern kommuniziert und in die betrieblichen Strukturen und Prozesse integriert werden. Demzufolge wurde nach der expliziten bzw. schriftlichen Integration der Suchtprävention in die Personalpolitik, die Führungsleitlinien, das Qualitätsmanagement, das betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie in das offizielle Leitbild gefragt.

Suchtprävention ist ein expliziter bzw. schriftlich fixierter Bestandteil ...	Anzahl der Nennungen
des betrieblichen Gesundheitsmanagements	368
der Personalpolitik	316
der Führungsleitlinien	179
des Leitbildes	96
des Qualitätsmanagements	88

Tabelle 4.11: Suchtprävention als Bestandteil betrieblicher Prozesse (Mehrfachnennungen möglich)

Die Suchtprävention ist mit 368 Nennungen (von N=610) am häufigsten bereits ein explizierter Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements, gefolgt von der Personalpolitik mit 316 Nennungen. Die hohen Anteile der Integration überraschen hier weniger, da die Suchtprävention mit diesen beiden Bereichen vielfach verzahnt ist.

In 316 Fällen wurde angegeben, dass die Suchtprävention bereits ein verbindliches Element der Führungsleitlinien ist, was die Verantwortung der Führung für dieses Thema hervorhebt. Mittelbar wird dadurch aber auch die Bedeutung der Suchtpräventionsprogramme mit den Bestandteilen Führungskräfte-seminare und Interventionsleitlinie (Stufenplan) als Rahmen für das Führungshandeln betont.

In das Leitbild der Organisation wurde Suchtprävention bereits in 96 Fällen aufgenommen. Korreliert man dieses Ergebnis mit der Größe bzw. dem Sektor, so ist festzustellen, dass vor allem größere Betriebe und Einrichtungen im Bereich der Industrie und des öffentlichen Dienstes bzw. öffentlich-rechtliche Einrichtungen das Thema Suchtprävention in das Leitbild integriert haben.

Das eben genannte Spektrum von Betrieben und Einrichtungen zeichnet sich auch noch dadurch aus, dass die Suchtprävention dort in 88 Fällen auch schon zu einem Bestandteil des Qualitätsmanagements geworden ist.

4.3 Entwicklungsbedarfe für den organisatorischen Rahmen und die strukturelle Einbindung des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms

Gemessen an den Standards, die eingangs dieses Kapitels zum organisatorischen Rahmen und zur strukturellen Einbindung des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms beschrieben wurden, hat ein erheblicher Anteil der 436 Betriebe und Einrichtungen, in denen es ein solches Programm gibt, schon ein zufrieden stellendes Niveau erreicht. Zugleich zeigt sich deutlich, dass die organisatorische Gestaltung und die strukturelle Einbindung der betrieblichen Suchtpräventionsprogramme noch stärker verbreitet und ausgebaut werden kann. Die Aspekte, an denen Verbesserungen oder Weiterentwicklungen vor allem ansetzen müssten, seien hier kurz zusammengefasst:

4.3.1 Vom Suchthilfe- zum Suchtpräventionsprogramm

Dass rund 72% aller befragten Betriebe und Einrichtungen bereits über ein Suchtpräventions- und -hilfeprogramm verfügen, ist sehr erfreulich. Anhand der Zielsetzung der Programme und der mitgelieferten Unterlagen ist jedoch ersichtlich, dass es sich vielfach (noch ausschließlich) um Suchthilfeprogramme handelt. Der präventive Aspekt, der einerseits auf die Vorbeugung von Suchtgefährdungen und gesundheitsriskantem Verhalten ausgerichtet ist und andererseits auf eine frühzeitige Intervention bei Auffälligkeiten, nicht erst bei Anzeichen von Suchterkrankung, ist in den betrieblichen Programmen noch deutlich zu verstärken.

Es wird vorgeschlagen, zukünftig alle betrieblichen Programme einheitlich als "Suchtpräventionsprogramme" zu bezeichnen. Zum einen umfassen sie heute schon oftmals primär-, sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen, zum anderen kommt darin auch die Verstärkung der primärpräventiven Orientierung als programmatische Zielsetzung begrifflich zum Ausdruck. Mit einer solchen Ausrichtung sind Suchtpräventionsprogramme zukünftig auch besser anschlussfähig an die Bestrebungen der Gesundheitsförderung, des erweiterten Arbeitsschutzes und des Gesundheitsmanagements im Betrieb.

4.3.2 Verbindlichkeit des organisatorischen Rahmens und der strukturellen Verankerung

Die Quote der Suchtpräventionsprogramme, die verbindlich in Form einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung abgesichert wurden, ist mit den in der Erhebung ermittelten 51 % noch deutlich zu erhöhen. Zwar gibt es mit Handlungsanleitungen und Dienstanweisungen weitere Formen mit hoher Verbindlichkeit, sie beschränken sich jedoch häufig auf die Festlegung bestimmter Konsumregelungen oder beschränken sich auf die Beschreibung des Vorgehens nach Stufenplan. Ziel ist es jedoch, in Sinne eines Gesamtkonzeptes alle Elemente eines Suchtpräventionsprogramms schriftlich festzuhalten und zu vereinbaren, um sowohl eine solide Basis für ein nachhaltiges Wirken in der betrieblichen Suchtprävention zu schaffen, als auch dem Programm im Rahmen des Gesundheitsmanagements eines Betriebes mehr Gewicht zu verleihen.

Für kleinere Betriebs- und Dienststellen können die Vereinbarungen angepasst werden. Sie sind in der Regel weniger differenziert. Gleichwohl sollte es einen schriftlichen Rahmen geben, in dem die Ziele, Maßnahmen und ggf. Kooperationen mit externen Dienstleistern (Beratungsstellen, Beratungsunternehmen) festgelegt werden.

Eine Anleitung für die verbindliche Fassung eines Suchtpräventionsprogramms, wie sie als Entwurfsvorlage für eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung dieser Expertise beigefügt wurde, sollte den Betrieben und Einrichtungen an die Hand gegeben werden. Es sind geeignete Medien und Wege zu ermitteln, über die eine Verbreitung erfolgen kann.

4.3.3 Suchtprävention und -hilfe als Teil des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Nach den vorliegenden Gutachten der Arbeitsschutzexperten gehört es zu den Pflichten des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, sich mit den im Betrieb sichtbar werdenden Suchtproblemen nicht nur im Sinne des Unfallschutzes, sondern auch der Vorbeugung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu befassen. Ob die Erkrankung durch die Arbeit selbst bedingt ist, spielt nach der Neufassung des Arbeitsschutzrechtes nicht mehr die zentrale Rolle, es genügt, dass eine außerberuflich erworbene Erkrankung durch die Arbeitssituation

verstärkt werden kann. Der Arbeitgeber ist dann gehalten, geeignete Maßnahmen für die Prävention derartiger gesundheitlicher Gefährdungen zu ergreifen. Im Falle der Suchtgefährdung können die Konzepte der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe als wirksame Instrumente hierfür angesehen werden und müssen deshalb Berücksichtigung finden. Betriebliche Suchtpräventionsprogramme wären damit nicht mehr ausschließlich als eine freiwillige soziale Leistung einer Organisation anzusehen.

Dieser Gedanke, die Suchtprävention als Bestandteil des erweiterten Arbeitsschutzes zu begreifen, ist noch völlig neu, nicht nur für die Akteure im Bereich der betrieblichen Suchtarbeit, sondern auch für den Arbeits- und Gesundheitsschutz, wo erst allmählich der präventive und organisationsdynamische Charakter der neuen Rechtsgrundlage ins Bewusstsein dringt. Dieser Ansatz kann jedoch dazu beitragen, die Suchtpräventionsprogramme auf mittlere Sicht zu einer verbindlich einzurichtenden Institution innerhalb des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden zu lassen.

Im ersten Schritt geht es darum, die arbeitsschutzrechtlichen Überlegungen auf die betriebliche und die politische Ebene zu transportieren. Als Multiplikatoren sollten hierfür auch die Unfallversicherungsträger und Verbände, insbesondere die Gewerkschaften, sowie geeignete Fachforen gezielt angesprochen werden. Ebenso kann der Ansatz in Publikationen verstärkt diskutiert werden.

4.3.4 Die betriebliche Suchtprävention kooperationsfähig machen

Eine der stärksten Herausforderungen für die betriebliche Suchtprävention und -hilfe geht mit dem Ausbau und der Aufwertung gesundheitsbezogener Aktivitäten im Betrieb einher. Eine Vernetzung mit anderen Angeboten und Präventionsmaßnahmen innerhalb des Betriebes, die vor allem durch die Personal- und Organisationsentwicklung sowie durch die Gesundheitsförderung eingebracht werden, wird - soweit dies noch nicht erfolgt ist - immer dringlicher. Das setzt allerdings voraus, dass die am Suchtpräventionsprogramm beteiligten Personen und Stellen zu interdisziplinärer Kooperation bereit sind und professionell agieren können.

Die Suchtprävention und/oder Sozialberatung bildet neben dem Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie der Gesundheitsförderung die dritte fachliche Säule des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Auch in diesem Kontext gilt es, sich mit einem qualitativ als solide bis anspruchsvoll zu bezeichnenden Suchtpräventionsprogramm zu positionieren. Wie eine Reihe von Beispielen zeigt, können erhebliche Synergien entstehen, um die präventiven Aktivitäten zu verbreitern und zu verstärken.

Der Blick der Akteure im Handlungsfeld betriebliche Suchtprävention muss sich zur Bewältigung dieser Herausforderungen zwangsläufig über den Horizont der traditionellen Suchthilfe hinaus erweitern. Eine gute Zusammenarbeit mit den verschiedenen betrieblichen Fachkräften und Aufgabenbereichen, die sich direkt oder indirekt mit Fragen der Mitarbeitergesundheit und der gesundheitsorientierten Führung befassen, ist unerlässlich.

Für solche betrieblichen Einrichtungen der internen Suchtprävention und -hilfe, die ausschließlich nebenamtlich besetzt sind, wird es immer schwerer, diesen neuen Anforderungen im vollen Umfang nachzukommen. Schon aus Zeitgründen, aber auch aufgrund der oftmals auf Suchthilfe eingeschränkten fachlichen Basis sind sie auf eine gute Vernetzung nach innen wie nach außen angewiesen. Eine Unterstützung für sie könnte darin bestehen, dass die Aspekte der strukturellen Einbindung integrierter Bestandteil der Ausbildung zur betrieblichen Ansprechperson (SuchthelferIn) werden. Zugleich ist ihnen die Zusammenarbeit mit externen Anbietern von Beratungs- und Therapieleistungen (Fachstellen, Therapieeinrichtungen) zu erleichtern, indem diese sich auch mit den betrieblichen Anforderungen stärker auseinandersetzen.

Es sollten verstärkt Möglichkeiten gesucht werden, um das zurzeit noch bestehende Gefälle zwischen dem traditionellen Bild der betrieblichen Suchtkrankenhilfe und dem Anspruch, dass Suchtprävention und -hilfe eine soziale Dienstleistung im Rahmen des modernen Personal- und Gesundheitsmanagements darstellt, auszugleichen.

-
- 1 Vgl. Leuchter, K.: Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe im Rahmen von Klein- und Mittelbetrieben am Beispiel des Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. In: Schumann, G.: Stand und Perspektive betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe, Oldenburg 2000
 - 2 Vgl. ILO - International Labour Office: Management of Alcohol- and Drug-related Issues in the Workplace. Genf 1995
 - 3 Niedersächsisches Innenministerium: Leitfaden für ein integriertes Gesundheitsmanagement in der niedersächsischen Landesverwaltung, Hannover 2002;
 - 4 Vgl. Wienemann, E.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Referat auf dem 1. Kongress für Arbeits- und Gesundheitsschutz "Gesundes Niedersachsen" am 05.09.2002 in Braunschweig, www.wa.uni-hannover.de
 - 5 Vgl. Nöthlich, M.: Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit. Ergänzbare Kommentar zum Arbeitsschutzgesetz und zum Arbeitssicherheitsgesetz, Berlin 1996, S. 4006/2
 - 6 Vgl. Nöthlich a.a.O. S. 4006/3
 - 7 Vgl. Nöthlich a.a.O. S. 4006/7
 - 8 Vgl. *Rechtsgutachten*: Faber, U.: Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe als Teil des Arbeitsschutzrechts. Witten 2004 *sowie* Heilmann, J.: Aspekte der rechtlichen Einbindung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe in den Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit, Barsinghausen 2004 (beide im Anhang zur Expertise)
 - 9 Vgl. Faber a.a.O., S.2f
 - 10 Vgl. Faber a.a.O., S. 10
 - 11 Vgl. Bekanntmachungen des BMA, BAnz. 1993, Nr. 116, zit. nach Faber, S. 10
 - 12 Vgl. Kohte, W.: Arbeitsschutzrecht im Wandel - Strukturen und Erfahrungen. In: T. Dietrich (Hrsg.): Jahrbuch des Arbeitsrechts, Bd. 37, Berlin 2000, S. 21ff; *ebenso*: Heilmann, J, Hage, Psychische Belastungen am Arbeitsplatz in Klebe, Wedde, Wolmerath, Hrsg., Recht und soziale Arbeitswelt. Festschrift für Wolfgang Däubler, Frankfurt am Main 1999, S. 666 f
 - 13 Vgl. Heilmann, Aspekte a.a.O., S. 1f
 - 14 Vgl. Heilmann, Aspekte a.a.O., S. 5
 - 15 Vgl. Faber a.a.O., S. 20f (Hervorhebung EW)
 - 16 Vgl. Faber a.a.O., S. 21
 - 17 Vgl. Faber a.a.O., S. 12f
 - 18 Vgl. Urteil des LAG Düsseldorf vom 25.02.1997 - 8 Sa 1673/96
 - 19 n bezeichnet im Weiteren Teilmengen, die sich aus der jeweiligen Grundgesamtheit ergeben

5. Primärprävention: Information und Vorbeugung

5.1 Standards für Information und Vorbeugungsmaßnahmen in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen

Die betriebliche Suchtprävention legt das Schwergewicht auf die Vorbeugung von Gesundheitsgefährdungen durch riskanten Umgang mit Suchtmitteln bzw. durch suchtbedingte Verhaltensweisen und den daraus entstehenden sozialen Konflikten. Dabei geht es um die Reduzierung substanzbezogener Störungen und Risiken Sucht fördernder Bedingungen am Arbeitsplatz, die Stärkung persönlicher und sozialer Kompetenzen sowie um die Einschränkung des Suchtmittelkonsums und weitergehend die Veränderung gesundheitsriskanten Verhaltens. Insofern ist die Suchtprävention eng mit der Gesundheitsförderung verknüpft. Sie führt zu positiven Effekten im Arbeitsverhalten und im sozialen Umgang miteinander und verbessert dadurch das Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Die vorbeugende Arbeit lässt sich in die folgenden Bereiche unterteilen: in suchtspezifische, substanzbezogene Prävention und in übergreifende Prävention. In beiden Bereichen lassen sich wiederum verhältnisorientierte und verhaltensorientierte Maßnahmen unterscheiden.

Bereiche präventiver Arbeit		
Maßnahmen	verhältnisorientiert	verhaltensorientiert
suchtspezifische / suchbezogene Prävention	<ul style="list-style-type: none"> Abbau Sucht fördernder Arbeitsbedingungen Einschränkung der Verfügbarkeit von Suchtmitteln Bereitstellung von alkoholfreien Getränken 	<ul style="list-style-type: none"> Information und Aufklärung über die Wirkung von Suchtmitteln, riskantem Konsum, Abhängigkeit Information über die Ziele und Möglichkeiten der Suchtprävention und -hilfe Angebote zur individuellen Konsumreduzierung (Nichtraucherkurse, Drink-Less-Programme) Regelungen zum Suchtmittelkonsum (Drogen-, Alkohol-, Rauchverbote, Punktnüchternheit) Qualifizierung und Sensibilisierung der Vorgesetzten
übergreifende Prävention	<ul style="list-style-type: none"> Schaffung salutogener Arbeitsbedingungen Verbesserung des Betriebsklimas Beteiligungsorientierte Arbeitsgestaltung Gesundheitszirkel Work-Life-Balance-Konzepte 	<ul style="list-style-type: none"> Erweiterung der Gesundheitskompetenz Stressbewältigung und Selbstmanagement Konfliktmanagement Fitness-Training gesundheitsorientierte Führung Intervention bei Auffälligkeiten

Abbildung 5.1: Bereiche präventiver Arbeit

5.1.1 Information und Aufklärung der Beschäftigten

Kernelement der primärpräventiven Bemühungen in der betrieblichen Suchtprävention ist die Information der Beschäftigten. Aufklärung über Ursache und Wirkung von Missbrauch und Gefährdung durch Suchtmittel oder süchtige Verhaltensweisen und ihre gesundheitlichen Folgen stehen im Vordergrund. Die Informationen werden ergänzt durch Anregung alternativer Verhaltensweisen, z.B. in Nichtrauchertrainings oder Programmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Informationen tragen zur Enttabuisierung des Themas Sucht in den Betrieben und Einrichtungen bei. Die Gesundheitskompetenz aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird gestärkt und die Einsicht gefördert, gesundheitsriskantes Verhalten zu vermeiden. Außerdem unterstützen einschlägige Informationen auch die weiteren Maßnahmen eines Suchtpräventionsprogramms und multiplizieren den Gedanken, dass gefährdete oder erkrankte Personen sachgerechte Hilfe erhalten müssen.

Als Standard in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen sollten Beschäftigte nicht nur punktuell, sondern kontinuierlich, in bestimmten Abständen und bei geeigneten Anlässen informiert werden. Vor allem neue MitarbeiterInnen sollten grundlegende Informationen zur Vermeidung eines riskanten Suchtmittelgebrauchs, zu den Aspekten der Arbeitssicherheit und zum Umgang mit Suchtmitteln und mit Auffälligkeiten am Arbeitsplatz bei der Arbeits- oder Dienstaufnahme erhalten.

Ergänzend zur Information aller Beschäftigten können Angebote für ausgewählte Zielgruppen (z.B. Auszubildende, Frauen, bestimmte Nationalitäten oder Berufsgruppen) sinnvoll sein. Auch Informationen zu verhaltensbedingten Störungen wie z.B. Spielsucht, Arbeitsucht und Ess-Störungen und die dafür angemessenen Interventionsmöglichkeiten werden im Betrieb zunehmend abgefragt.

Die BZgA, die DHS, die Landesstellen für Suchtfragen sowie die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften stellen eine Reihe nützlicher, didaktisch gelungener Printmaterialien zum Themenkreis Suchtmittelgebrauch, riskanter Konsum und Abhängigkeit zur Verfügung, die bei vielen Anlässen im Betrieb unmittelbar eingesetzt werden können.¹ Eine verstärkte Nutzung vorhandener Informationen könnte dennoch angeregt werden, indem man sie noch spezifischer auf die betriebliche Verwendung zuschneidet. Das gilt sowohl für die Inhalte, die oftmals nicht auf die betrieblichen Adressaten abgestimmt sind, wie für die Form. Das Prinzip "Alles auf einen Blick", d.h. kurze übersichtliche schriftliche Informationen, kann bei der vorbeugenden Arbeit im Betrieb helfen, wo meist wenig Zeit zur Verfügung steht, sich mit längeren Texten oder umfangreicheren Broschüren zu befassen. Die Abbildungen 5.2, 5.3 und 5.4 zeigen Beispiele für eine mögliche Anwendung des Prinzips.

Informationskonzepte zu Alkohol und Tabak

Das Thema Alkohol und Rauchen taucht am häufigsten in betrieblichen Informationen auf. In diesen Themenbereichen sind außerdem große betriebsbezogene Kampagnen gestartet worden; die von der BZgA geförderte "Aktion Alkohol - Verantwortung setzt die Grenze" transportierte das Prinzip Punktnüchternheit in die betrieblichen Suchtpräventionsprogramme.² Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. führt das WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit durch und setzt sich für den "Rauchfreien Arbeitsplatz" ein.³ Den Betrieben steht für die beiden genannten Suchtmittel fundiertes Material und weitergehende Unterstützung und das Beispiel von gelungenen Praxismodellen zur Verfügung. Deshalb soll hier nicht noch einmal näher darauf eingegangen werden. Allerdings fällt auf, dass ausgerechnet dem Tabakkonsum nur auf der Ebene der Verhaltensprävention begegnet wird, während das wichtige Thema suchtfördernde Arbeitsbedingungen leider ausgeklammert bleibt.

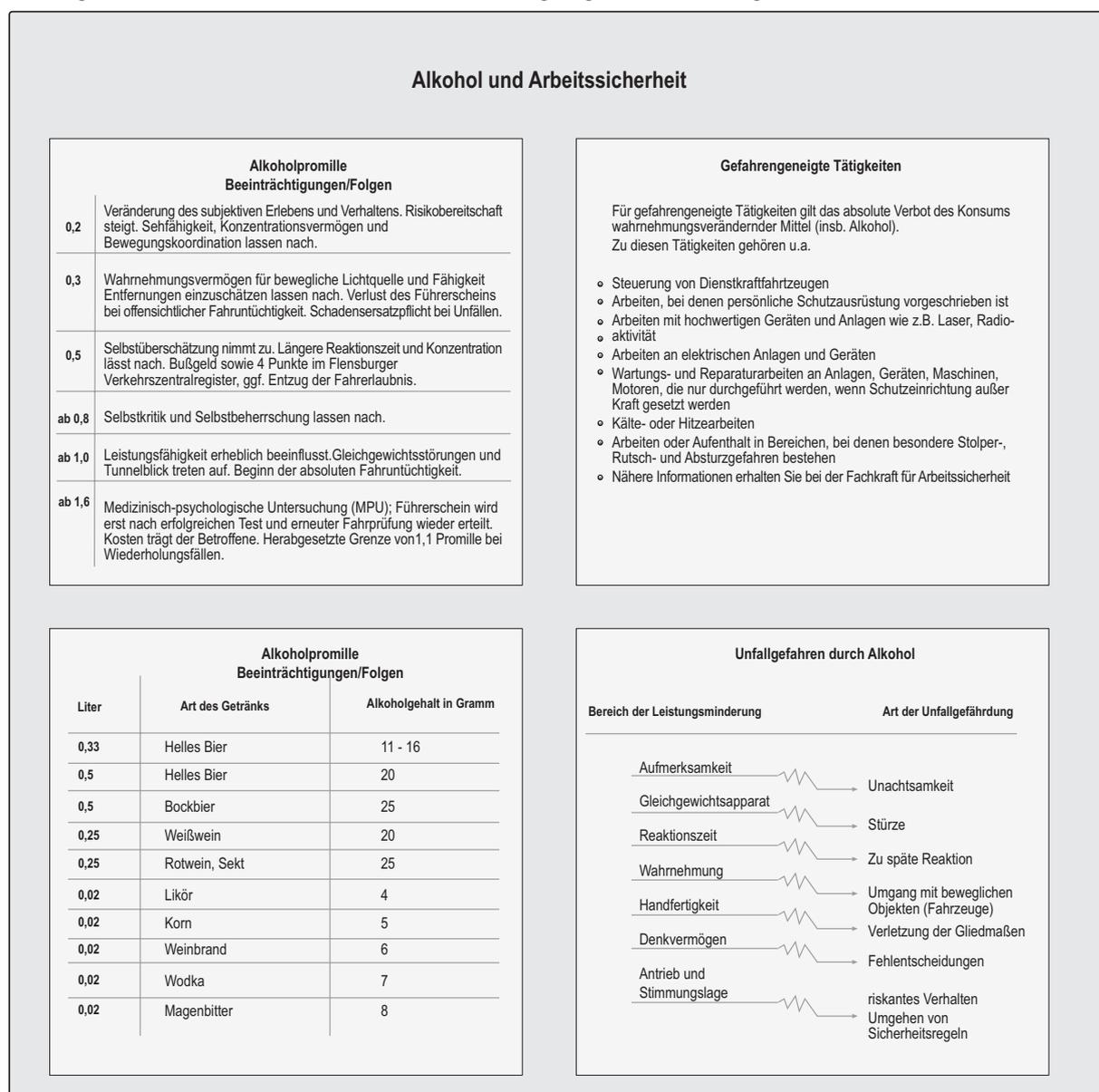


Abbildung 5.2: Informationen zum Alkoholkonsum

Quelle: in Anlehnung an Fuchs/Resch (1996)⁴; Schwarz 2003⁵

Informationskonzepte zu illegalen Drogen und Medikamenten

Anders sieht es in den Themenbereichen Medikamente und illegale Drogen aus. Informationen dazu wurden bisher zwar punktuell schon für die betriebliche Verwendung aufbereitet⁶, haben aber nicht in gleicher Weise flächendeckende Verbreitung gefunden, wie die zu Alkohol und Tabak.

Das Thema Medikamente wird in der betrieblichen Suchtprävention, wenn es überhaupt aufgegriffen wird, oftmals nur "in einem Atemzug" mit dem Alkohol genannt, erfährt aber keine spezifische Aufmerksamkeit. Die zur Verfügung stehenden Informationen zum Medikamentengebrauch sind teilweise noch sehr einseitig auf das Problem der Medikamentenabhängigkeit oder auf Frauen als Zielgruppe ausgerichtet. Vor allem die Information zu den sicherheitsgefährdenden Aspekten der Medikamenteneinnahme sollte im Betrieb dringend ausgebaut werden (siehe Abb. 6.2).

Auf der anderen Seite sind in den letzten Jahren für den Bereich der illegalen Drogen eine Fülle an Präventionsmaterialien entstanden, sogar speziell auf die betrieblichen Bedingungen abgestimmte Präventionskonzepte mit durchaus kreativen Aktionen. Aber sie sind auf einzelne Organisationen begrenzt geblieben und fast ausschließlich für die Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsener entwickelt worden bzw. kommen vielfach nur in den betrieblichen Ausbildungsbereichen zum Einsatz.

Eine einseitig auf Jugendliche als AdressatInnen ausgerichtete Drogenprävention blendet aber einen Teil im Betrieb auftretender Drogenprobleme ungewollt, aber systematisch aus. Deshalb wurde für diese Expertise ein Gutachten zum Thema "Prävention von Konsum und Missbrauch illegaler Drogen und psychisch wirksamer Arzneimittel in der Arbeitswelt unter besonderer Berücksichtigung anregender Drogen und Medikamente"⁷ eingeholt. Obwohl es in erster Linie die Frage der betrieblichen Regelungen und Interventionen bei Drogenkonsum behandelt, gibt das Gutachten auch Hinweise zu den Prinzipien der Information zu Medikamenten und illegalen Drogen, die im Folgenden zusammengefasst wiedergegeben werden:

Medikamente

Der verdeckteste Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz ist der Medikamentengebrauch. Arbeitswissenschaftlich belegt ist, dass hohe körperliche, soziale und psychische Belastungen und geringe Handlungsspielräume zu gesundheitlichen Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen führen, die den Gebrauch von Arzneimitteln nahe legen und begünstigen. Der Gebrauch von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln steht in diesem Zusammenhang für Stressabschirmung, Durchhalten, Weiterfunktionieren, Leistungserhalt und Schmerzlinderung. Viele Berufstätige sind erst durch die zeitweise oder dauerhafte Einnahme von Medikamenten arbeitsfähig.⁸ Leider gibt es jedoch kaum konkrete Daten über den Umfang des Konsums und Missbrauchs von Medikamenten unter den Berufstätigen. In einer repräsentativen Umfrage der Arbeitsschutzverwaltung in NRW gaben 1999 immerhin 10% der 2.019 befragten Beschäftigten an, u.a. Medikamente zur Bewältigung psychischer Belastungen einzusetzen.⁹

Vor dem Hintergrund, dass die Mehrzahl der Medikamentenabhängigen „low-dose-abhängig“ ist, das heißt über Jahre hinweg regelmäßig Schmerz- Schlaf- und Beruhigungsmittel ohne Dosissteigerung konsumiert, wird der Medikamentenge- und -missbrauch am Arbeitsplatz meist nicht unmittelbar auffällig.

Die Suchterkrankung ist jedoch - wie bei den anderen Suchtmitteln auch - nicht das einzige Medikamentenproblem, was sich am Arbeitsplatz auswirken kann. Viele Arzneimittel haben zwar kein Suchtpotenzial und machen nicht abhängig, aber sie enthalten Inhaltsstoffe mit wahrnehmungs- und reaktionsverändernder Wirkung, die – je nach Dosis und Dauer der Einnahme – die Arbeitssicherheit nachhaltig beeinträchtigen können. Dazu gehören auch Arzneimittel, die in Selbstmedikationen angewandt werden. Die Warnhinweise auf den Beipackzetteln reichen nicht aus, um die Gesundheits- und Unfall-Gefährdungen durch den Gebrauch eines Medikaments in das Bewusstsein der Beschäftigten zu rücken. Vor dem

Hintergrund, dass sich zurzeit auch noch ein großer Internetmarkt für den Vertrieb von verordneten und nicht verordneten Arzneimitteln entwickelt, sind fachliche Informationen über Wirkung und Nebenwirkung von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Rahmen betrieblicher Suchtpräventionsprogramme notwendiger denn je.

Wichtige Bausteine für die betriebliche Prävention des Medikamentenge- und -missbrauchs sind:

- Kontinuierliche Information und Aufklärung von Beschäftigten zu den Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, wobei besonders auf Arzneimittelgruppen abgehoben werden sollte, die von Personen im erwerbsmäßigen Alter angewandt werden (sofern dies eingrenzbar ist);
- Information über die wahrnehmungs- und reaktionsverändernden Wirkungen von Medikamenten in Verbindung mit Arbeits- und Verkehrssicherheit;
- Sensibilisierung besonders gesundheitsbelasteter Zielgruppen, z.B. Führungskräfte, Lehrkräfte an Schulen, Pflegepersonal, berufstätige Frauen, BerufseinsteigerInnen;
- Angebot der Beratung durch Betriebsärzte unter präventiven und arbeitsplatzbezogenen Aspekten, besonders für Personen mit spezifischen Medikationen, z.B. bei Schmerztherapien, Substitution, Ritalin-Verordnungen;
- Aufzeigen von gesunden Alternativen zum Medikamenteneinsatz;
- Förderung des Gesundheitsbewusstseins und Erweiterung der Gesundheitskompetenz;
- Schaffung von ausreichenden Handlungsspielräumen, um Belastungsspitzen und vorübergehende Befindlichkeitsstörungen individuell ausgleichen zu können;
- Ausbau sozialer Unterstützungssysteme im Arbeitsumfeld.

Für die vorbeugende Arbeit im Themenbereich Medikamente bietet sich eine enge Kooperation mit den Betriebsärzten und der Gesundheitsförderung an, weil hier einerseits das spezifische Fachwissen gefragt ist, andererseits gesündere Alternativen zum schnellen Griff zur Tablette gefunden und angeboten werden sollten.

Illegale Drogen

Betriebliche Suchtprävention muss sich zunehmend mit der Tatsache auseinandersetzen, dass illegale Drogen nicht nur von Jugendlichen konsumiert werden, sondern z.B. leistungssteigernde Substanzen wie Amphetamine und Kokain auch von Erwachsenen gezielt eingesetzt werden, um den Anforderungen im Arbeitsprozess bestehen zu können. Risikobereitschaft, optimale Leistungsfähigkeit, Angstfreiheit, eingeschränktes Schlafbedürfnis, Kreativität und hohe Durchsetzungsfähigkeit, Präsenz und Individualität, das Gefühl von "Unverletzbarkeit" sind mittlerweile wichtige "Kompetenzen" im Arbeitsleben, die nicht nur in Führungsetagen, sondern bereits von Berufseinsteigern gefordert werden. Es ist deshalb kein Zufall, dass der Konsum und Missbrauch leistungssteigernder Substanzen über den Leistungssport hinaus in einigen spektakulären Fällen öffentlich geworden ist, weil er dem Zeitgeist entspricht. In bestimmten Bereichen, in denen ein hohes Maß an Flexibilität bezüglich Kooperation, Kommunikation und Kreativität gefordert wird, können sich deshalb kollektive Konsummuster herauskristallisieren, die Eingang in eine betriebliche Konsumkultur finden und nach dem Muster "Coping by Doping" funktionieren, aber nichts mit Abhängigkeit zu tun haben. Darauf muss sich die betriebliche Suchtprävention einstellen. Differenzierung statt Pauschalisierung, Orientierung statt Ausgrenzung ist gefragt.¹⁰

Für einen angemessenen und differenzierten Umgang mit dem Konsum und Missbrauch illegaler Drogen in der Arbeitswelt sind sachliche Information und Aufklärung für alle Beschäftigten notwendig. Differenzierung und Information ist wiederum die Voraussetzung für eine Enttabuisierung der Thematik.

Die Präventionsmaßnahmen sollten mit Blick auf die DrogenkonsumentInnen, die im Arbeitsprozess stehen, von der Verhältnismäßigkeit des jeweiligen Mittels ausgehen und das Gefährdungspotenzial im Zusammenhang mit den Anforderungen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Mittelpunkt stellen. Wichtige präventive Botschaften für die KonsumentInnen sind:

- Es gibt keinen Konsum ohne Risiko.
- Am Arbeitsplatz und in der Berufsschule werden grundsätzlich keine Drogen, weder Cannabis noch andere psychotrope Substanzen konsumiert.
- Nicht unter Einwirkung von psychotropen Substanzen die Arbeit antreten oder Fahrzeuge lenken.

Gefährdung am Arbeitsplatz durch illegale Drogen					
Art der Droge	Amphetamine / Ecstasy Amphetamine (Speed, Crystal, Glass) und Ecstasy (MDMA, XTC, Adam oder Cadillac) sind eine Gruppe synthetisch hergestellter Substanzen, die teilweise auch in Medikamenten enthalten sein können (Amphetamine). Sie gehören zu den illegalen Suchtmitteln und haben je nach chemischer Struktur eine aufputschende und/oder halluzinogene Wirkung. Sie können vor allem zu psychischen Abhängigkeit führen. Entsprechend ihrer unterschiedlichen Wirkungsweisen werden Amphetamine und deren Derivate in drei Gruppen unterschieden: - Gruppe der Psychostimulanzien (Amphetamin und Methamphetamin), - Gruppe der Entaktogene (MDA, MDMA, MDE) und - Gruppe der Halluzinogenen (DOM).	Cannabis Cannabis ist eine Gattung der Hanfgewächse (Cannabaceae) mit psychoaktiven Wirkstoffen, die in Form von Haschisch (Dope, Shi) oder Marihuana (Gras) als Rauschmittel konsumiert wird. Cannabis bzw. Cannabisprodukte gehören nach dem deutschen Betäubungsmittelgesetz zu den illegalen Suchtmitteln, deren Besitz und Anbau ebenso wie der Handel damit verboten sind und strafrechtlich verfolgt werden.	Heroin Heroin ist ein durch chemische Prozesse aus dem Rohopium des Schlafmohns (Papaver somniferum L.) gewonnenes Pulver mit betäubender und zugleich euphorisierender Wirkung. Heroin gehört zu den illegalen Suchtmitteln, deren Besitz und Anbau sowie dessen Handel nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten sind und strafrechtlich verfolgt werden.	Kokain Kokain (je nach Verarbeitung auch als Koks, Schnee, Coke, Crack und Rocks bezeichnet) ist ein weißes kristallartiges Pulver, das mit Hilfe verschiedener chemischer Prozesse aus den Blättern des Kokastrauchs (Erythroxylon coca) gewonnen wird. Es wirkt sowohl berauschend wie auch giftig betäubend. Kokain gehört zu den illegalen Suchtmitteln, deren Besitz sowie dessen Handel nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten sind und strafrechtlich verfolgt werden.	
	Effekte der Droge	Psychostimulanzien • Euphorie • Radehrung • gesteigertes Selbstvertrauen • Gefühl entspannter Aufmerksamkeit und der Stärke • Erregungszustände • beschleunigte Atemfrequenz, • Zittern, Unruhe und Schlafstörungen Entaktogene (u.a. Ecstasy) • inneres Glücksgefühl • friedliche Selbstakzeptanz, Angstfreiheit • gesteigertes Selbstvertrauen Verbesserung der Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit Nach Abklingen der Wirkungen: • Zustand körperlicher Erschöpfung • Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Depressionen • Angstzustände	Halluzinogenen • Sinnesläsungen • Veränderungen des Denkens und der Stimmung • Entfremdung des assoziativen Denkens (Sedationsneigung) Effekte: Cannabis • Verstärkung der Stimmungslage • Radehrung • Gefühl der Entspannung • Gefühl der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit • Tendenz zur Passivität • Denkstörungen • Verminderung der Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit • Verminderung der Leistung des Kurzzeitgedächtnisses • erhöhter Blutdruck • leichte Steigerung der Herzfrequenz • Augenröte • Übelkeit	Effekte: Heroin • Benüghung • Entspannung • Schmerzlösung • Bewusstseinsminderung • Euphorisierend • Dämpft die geistige Aktivität • Beseitigung negativer Empfindungen wie Angst, Unlust und Leere • Ausblendung von Problemen, Konflikten und Belastungen des Alltags • Glück • Zufriedenheit	Effekte: Kokain • Simulation der Psyche • aufputschende Wirkung • Leistungssteigerung • Erhöhung der körperlichen Belastung • Verminderung des Schlafbedürfnisses Euphorisches Stadium: • Steigerung des Selbstvertrauens und der Kreativität • Verbesserung der Gemütslage • gesteigerter Antrieb Rauschstadium: • paranoide Stimmungen • Angst • akustisch/optische Halluzinationen Depressives Stadium: • Niedergeschlagenheit • Antriebslosigkeit • Müdigkeit • Erschöpfung • Angstzustände • Schuldgefühle • Suizidgedanken
	Risiken der Droge	• Aggressionen und Gewalttätigkeiten • Verfolgungswahn • Halluzinationen • Herzogen • erhöhter oder erniedrigter Blutdruck • Schwinden oder Frieren • Übelkeit und/oder Erbrechen • Verwirrtheit und Krampfanfälle • bedrohlicher Flüssigkeitsverlust • Austrocknung und Überhitzung • Mundtrockenheit • Herzklopfen, • Unruhe und Verspannungen der Kiefermuskeln • Beeinträchtigung der Geschicklichkeit und Feinmotorik • Verminderung Konzentrations- und Urteilsvermögen • Abklingen der Wirkung: • Schläfrigkeit • Kopfschmerzen • Reizbarkeit • depressive Verstimmungen • Gedächtnisstörungen	• Unruhe • Fahrlässigkeit • Angst und Panik • psychische Abhängigkeit • emotionales Syndrom (Verlust von Aktivität und Euphorie) • Psychosen • Halluzinationen	Toxisches Risiko: • Bewusstlosigkeit • Atemdepression • Kreislaufversagen • Verlangsamung der Herzrätigkeit • Lungenödeme • Embolien Sonstige Risiken • Gefahr der Ansteckung (Geschlechtskrankheiten, HIV, Hepatitis) • Entzugerscheinungen	• Schädigung der Atmungsorgane (Crack) • Blässe • kalter Schweiß • Atemnot • Kreislaufversagen • Verlust der Koordinationsfähigkeit • Verwirrtheit • Unruhe • zerebralen Krampfanfälle • Bewusstseinsstörungen/-losigkeit • Atemstillstand • psychische Abhängigkeit
Prävention	Wichtige präventive Botschaften für die KonsumentInnen sind: • Es gibt keinen Konsum ohne Risiko. • In bestimmten Situationen (z.B. am Arbeitsplatz, in der Berufsschule) grundsätzlich keinen Konsum	Wichtige Bausteine für die betriebliche Prävention sind: • Breite und differenzierte Information für alle Beschäftigten • Gezielte Information und Unterstützung für bestimmte Zielgruppen wie z.B. Junge, für Leitungspositionen zu qualifizierende Beschäftigte, AusbilderInnen, Auszubildende, und Personalverantwortliche • Individuelle Beratung und Unterstützung für gefährdete Beschäftigte	• Differenzierte Fachinformationen wie z.B. sachliche Beschreibung der möglichen Risiken • Keine Stigmatisierung der KonsumentInnen, sondern Beratung und Unterstützung • Klare Regeln für den Konsumverzicht und die Einhaltung von Konsequenzen bei Übertretung des Regelwerks • Aufmerksamkeit auf Leistungssteigernde Drogen (z.B. herhärte Risikobereitschaft, Angstminimierung etc.)		

Abbildung 5.3: Gefährdung am Arbeitsplatz durch illegale Drogen

Quelle: In Anlehnung an „Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.“ 2004¹¹

Wichtige Bausteine für die betriebliche Prävention sind:

- Erstellung bzw. Verbreitung differenzierter Fachinformationen mit sachlicher Beschreibung der möglichen Risiken (Abb. 5.3),
- sachliche Aufklärung aller Beschäftigten über illegale Drogen,
- Information und Unterstützung für bestimmte Zielgruppen (z.B. Auszubildende und junge ArbeitnehmerInnen, Beschäftigte, die für Leitungspositionen qualifiziert werden, Personalverantwortliche),
- keine Stigmatisierung der KonsumentInnen, sondern Beratung und Unterstützung,
- klare Regeln für den Konsumverzicht und die Einhaltung von Konsequenzen bei Übertretung des Regelwerks.

Ess-Störungen

Die Suchtpräventionsprogramme sind in den meisten Fällen in ihrer Aufklärungsarbeit abhängig von Impulsen, die über die Informationsmaterialien und Aktionen einschlägiger, für Prävention und Gesundheitsförderung zuständiger Institutionen angeregt werden. Umso wichtiger ist es, dass von den Trägern der Prävention auch auf die Bedarfe aus den Betrieben reagiert wird. Ein Beispiel hierfür ist eine Broschüre zu Ess-Störungen am Arbeitsplatz, die jüngst von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen vorgelegt wurde.¹²

Das Thema Ess-Störungen wird in der betrieblichen Suchtprävention vor allem in solchen Betrieben und Einrichtungen systematisch aufgegriffen, in denen hauptamtliche Fachkräfte eingesetzt sind, die breitere Beratungsangebote vorhalten können. Für andere ist es deshalb besonders wichtig, dass sie über die gesundheitlichen Aspekte hinaus eine Information erhalten, wo sie in Fällen von Ess-Störungen bei Beschäftigten sachgerechte Hilfe finden können.

Die Interventionsmöglichkeiten bei Ess-Störungen sind häufig auf die kollegiale Ebene beschränkt, da Vorgesetzte in Sinne der Fürsorge nur intervenieren können, wenn das Verhalten der oder des Essgestörten eine Verletzung arbeitsvertraglicher Pflichten oder eine Störung des Arbeitsablaufes zur Folge hat (oder haben könnte) oder arbeitsbedingte Ursachen eine Rolle spielen (könnten), ansonsten greift hier rechtlich der Schutz der Persönlichkeit.¹³ Deshalb sind Informationen so zu gestalten, dass sie vor allem auf die Möglichkeiten des kollegialen Umfeldes im Umgang mit Ess-Störungen eingehen. Dies ist auch im Sinne einer frühzeitigen Ansprache sinnvoll, denn im Kreis von KollegInnen ist das problematische Essverhalten einer oder eines Beschäftigten meist schon relativ frühzeitig ein Thema.

Ess-Störungen am Arbeitsplatz					
Formen essgestörten Verhaltens					
<p style="text-align: center;">Magersucht (Anorexie)</p> <p>Unter Anorexie versteht man dauerndes, extremes Hungern mit erheblichem Gewichtsverlust. Häufig ist das auffällige Essverhalten mit extremer sportlicher Betätigung verbunden. Soziale Isolation und hohe Leistungsanforderungen gehören zum Krankheitsbild.</p>	<p style="text-align: center;">Ess-Brechsucht (Bulimie)</p> <p>Bulimie ist eine Essstörung, bei der Heißhungerattacken von Erbrechen gefolgt sein können. Meist versuchen Bulimikerinnen ihr Gewicht durch verschiedene Medikamente und andere manipulative Maßnahmen zu kontrollieren.</p>	<p style="text-align: center;">Latente Esssucht</p> <p>Das Leben von latent Ess-Süchtigen wird bestimmt von Diäten, vom Zählen der Kalorien oder Fettpunkte. Hungersignale werden einerseits unterdrückt, andererseits kommt es zu Essattacken, die dann wieder durch die nächste Diätphase abgelöst werden.</p>	<p style="text-align: center;">Ess-Sucht (Binge Eating Disorder)</p> <p>Bei der Ess-Sucht werden phasenweise Essanfälle von Phasen des kontrollierten Essens, der Diäten und Hungers abgewechselt. Meist sind diese Personen übergewichtig. Der Unterschied zur Bulimie liegt im wesentlichen darin, daß die während eines Essanfalls aufgenommenen Kalorien nicht ungeschehen gemacht werden.</p>		
<p>Mögliche Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Leistungseinbrüche sind eher selten. Die Betroffenen sind besonders aktiv. In vielen Fällen zeichnen sie sich durch intensiven Arbeitseinsatz aus. Der Hang zum Perfektionismus kann ihnen allerdings zur eigenen Falle werden: sie wollen mehr leisten und Aufgaben vollkommen erfüllen, dabei überschreiten sie schon mal ihre Kompetenzen. Eine Vorgesetzte formuliert: „Ich dachte oft, ich muss meine Mitarbeiterin bremsen!“ ◦ Es kann es zu Konzentrationsstörungen und einer auffälligen Vergesslichkeit kommen. 					
<p>Mögliche Auffälligkeiten im Sozialverhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Die Betroffenen sind zu einem großen Teil sehr ängstlich und sehr sensibel. Kritik wird von Ihnen selten als Sachkritik aufgenommen, sondern stärker als persönliche Kritik empfunden. Die Diskrepanz zwischen Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung ist offensichtlich. ◦ Überlegenheits- und Minderwertigkeitsgefühle wechseln sich ab. Es kommt zu Stimmungsschwankungen, die mit Gewichtsschwankungen korrespondieren können. Der unvorhersehbare Wechsel zwischen aggressivem und Mitleid erweckendem Verhalten macht den Umgang mit Ihnen immer schwieriger. ◦ Bei Ess-Gestörten kann ein distanzloses, grenzüberschreitendes Verhalten auftreten. Sie mischen sich z. B. in die privaten Angelegenheiten Anderer ein, überschütten andere mit ihren eigenen Problemen oder erzwingen Aufmerksamkeit mit übertriebenen Geschenken. ◦ Ess-Gestörte zeigen am Arbeitsplatz ein starkes Bedürfnis nach Harmonie. Sie sind eher überangepasst und total korrekt. ◦ Im privaten Kontakt erlebt man eher einen Menschen, der alles für andere tun möchte, freiwillig viel Verantwortung übernimmt und dabei für sich selber nicht gut sorgt. ◦ Bekannt ist vor allem bei Magersüchtigen, dass sie andere gerne bekochen, selber aber nichts mitessen. ◦ Das deutlichste Merkmal im Sozialverhalten zeigt sich bei betrieblichen Feiern oder Festen. Sie versuchen, sich vor dem gemeinsamen Essen und Trinken „zu drücken“. Wenn sie auch sonst kommunikativ sind, so haben sie z. B. bei dem gemeinsam anberaumten Frühstück einen „triftigen“ Grund, plötzlich verhindert zu sein. Wenn sie doch beim Essen zugegen sind, dann halten sie sich sehr zurück: „Danke, ich habe heute schon ganz viel gegessen.“ Sofern überhaupt etwas gegessen wird, werden fettthaltige Speisen „wegen der Unverträglichkeit“ gemieden. „Allergien“ sind auch beliebte Ausreden, um Essen stehen zu lassen. Eine Kollegin beschreibt: „Selber pickt sie nur herum, aber mir zählt sie die Kekse in den Mund!“ ◦ Bei Personen mit Ess-Sucht ist oft eine Verlagerung des Essens in die Heimlichkeit zu beobachten. In gemeinsamer Runde wird eher normal konsumiert, weitergegessen wird dann alleine. Anlass für den Kontrollverlust beim Essen können sowohl Ärger und Konflikte wie auch Gefühle von Freude und Hochstimmung sein. ◦ Die Betroffenen erleben zunehmend ihre Ess-Störung als das beherrschende Thema ihres Lebens, andere Interessen werden immer mehr vernachlässigt. Auch Freundschaften und gemeinsame Aktivitäten geraten in den Hintergrund. Es kommt zur Isolation. 					
<p>Mögliche Auffälligkeiten im äußeren Erscheinungsbild</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Die Magersucht ist gekennzeichnet durch ein augenfälliges Untergewicht. Die Betroffenen kaschieren dieses mit dem so genannten „Zwiebellook“. Das heißt, sie tragen viele Kleidungsstücke übereinander und bevorzugen weite, unscheinbare Garderobe. Magersüchtige sind häufig sportlich sehr aktiv. ◦ Die Einnahme von Abführpräparaten oder Appetitzüglern kann vor den Augen der Kolleginnen und Kollegen vorkommen. Müdigkeit und Schwindel sind als Folgen erkennbar. ◦ Das Körpergewicht bei Bulimikerinnen lässt keine Rückschlüsse zu. Sie bemühen sich, dem gängigen Schönheitsideal zu entsprechen und sind meistens weder zu dünn noch zu dick! Sie legen besonderen Wert auf ein „gestyltes“ Äußeres. ◦ Ess-Sucht/Binge Eating ist in der Regel durch ein hohes Übergewicht gekennzeichnet. Die Personen neigen oft zur Bewegungsarmut. Ihr Körpergewicht und Essverhalten wird von ihnen selber häufig mit Begründungen kommentiert. 					
<p>Problemanalyse um den Handlungsbedarf zu konkretisieren</p> <p>Wenn am Arbeitsplatz eine Ess-Störung bei einer Beschäftigten vermutet wird, kann es hilfreich sein, die Situation noch einmal genauer zu eruieren. Bei der Analyse können Antworten auftauchen, die vorher nicht mitgedacht wurden oder es bleiben auch noch Antworten auf gezielte Fragen offen. Es lohnt sich, vor dem nächsten Gespräch mit der Betroffenen diese zu recherchieren. Die nachfolgend aufgeführten Fragen können für eine Problemanalyse hilfreich sein.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Wie äußert sich das Problem? Vornehmlich personen- oder situationsbezogen oder sowohl als auch? Wer ist von dem Problem betroffen?(Intern – Extern) Welche direkten und indirekten Folgen hat das Problem? Vermutete Ursachen des Problems? (Aus meiner Sicht - Aus Sicht der anderen Beteiligten)</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p>Wann ist das Problem zum ersten Mal aufgetreten? Wer hat das Problem bereits vor mir zu lösen versucht? Mit welchen Mitteln hat man bisher versucht, das Problem zu lösen? Warum blieben bislang die Lösungsversuche ohne Erfolg? Gibt es gute Erfahrungen aus früheren Situationen? Konstruktive Lösungen?</p> </td> </tr> </table>				<p>Wie äußert sich das Problem? Vornehmlich personen- oder situationsbezogen oder sowohl als auch? Wer ist von dem Problem betroffen?(Intern – Extern) Welche direkten und indirekten Folgen hat das Problem? Vermutete Ursachen des Problems? (Aus meiner Sicht - Aus Sicht der anderen Beteiligten)</p>	<p>Wann ist das Problem zum ersten Mal aufgetreten? Wer hat das Problem bereits vor mir zu lösen versucht? Mit welchen Mitteln hat man bisher versucht, das Problem zu lösen? Warum blieben bislang die Lösungsversuche ohne Erfolg? Gibt es gute Erfahrungen aus früheren Situationen? Konstruktive Lösungen?</p>
<p>Wie äußert sich das Problem? Vornehmlich personen- oder situationsbezogen oder sowohl als auch? Wer ist von dem Problem betroffen?(Intern – Extern) Welche direkten und indirekten Folgen hat das Problem? Vermutete Ursachen des Problems? (Aus meiner Sicht - Aus Sicht der anderen Beteiligten)</p>	<p>Wann ist das Problem zum ersten Mal aufgetreten? Wer hat das Problem bereits vor mir zu lösen versucht? Mit welchen Mitteln hat man bisher versucht, das Problem zu lösen? Warum blieben bislang die Lösungsversuche ohne Erfolg? Gibt es gute Erfahrungen aus früheren Situationen? Konstruktive Lösungen?</p>				
<p>Durchführung eines Fürsorgegesprächs</p> <p>Neben einer umfassenden Problemanalyse bietet sich ein direktes Klärungsgespräch mit dem/der Betroffenen an. Das Fürsorgegespräch ist ein Mitarbeitergespräch bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die zu Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld führen (können). Ziel ist es, den einzelnen Beschäftigten frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung vonseiten des Arbeitgebers bzw. des/der Vorgesetzten erwarten können, wenn sie dies wünschen.</p>					

Abbildung 5.4: Ess-Störungen am Arbeitsplatz

Quelle: In Anlehnung an Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen 2004¹⁴

Spielsucht, Arbeitssucht und andere Suchtprobleme im Betrieb

Für die verschiedenen Problemkreise verhaltensbezogener Suchtgefährdungen wäre es zu wünschen, dass die betriebliche Suchtprävention in vergleichbarer Weise auf kurz gebündelte Informationen zurückgreifen könnte. Sie sollten jeweils das spezifische Erscheinungsbild des Problems beschreiben, die Handlungsmöglichkeiten im Betrieb aufzeigen und Hinweise enthalten, wo man fachlich die Hilfe finden kann, die in akuten Fällen benötigt wird.

5.1.2 Angebote und Maßnahmen zur Konsumreduzierung

Zu den verhaltensorientierten suchtspezifischen Präventionsbestrebungen in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen gehören die Angebote zur individuellen Konsumreduzierung, die Initiativen zur Veränderung der Konsumkulturen am Arbeitsplatz und Maßnahmen bzw. Regelungen zur Einschränkung des Konsums im betrieblichen Kontext.

5.1.2.1 Angebote zur individuellen Konsumreduzierung

Relativ neue Elemente der suchtspezifischen Prävention im Betrieb sind Trainings und Unterstützungsangebote zur individuellen Reduzierung des Suchtmittelkonsums. Zum einen sind es so genannte Drink-Less-Programme¹⁵, die unter dem Ansatz des "Kontrollierten Trinkens"¹⁶ in Deutschland bekannt geworden sind, aber lange Zeit auch umstritten waren.¹⁷

Zum anderen sind es die Kurse und Trainings, die sich an Raucher wenden und ihnen Anleitung und Unterstützung anbieten, den Nikotinkonsum aufzugeben und zum Nichtraucher zu werden. Diese Angebote werden häufig von den Krankenkassen im Rahmen ihrer Präventionsaufgaben nach §20 SGB V kostenmäßig übernommen.

Bezüglich der Standards der Angebote zur Nikotinentwöhnung werden von Fachleuten folgende Hinweise gegeben:

"Für entwöhnungswillige Raucher stehen zahlreiche Entwöhnungsangebote zur Verfügung. Nicht nur ausgewiesene Suchtexperten, sondern auch Mediziner, Psychologen, Pädagogen und manche aus anderen Disziplinen ohne spezifische Qualifikation für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, engagieren sich in der Entwicklung, Vermittlung und Durchführung von Entwöhnungsstrategien für Raucher. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Raucherentwöhnungsbehandlungen ist demzufolge hoch. Das Angebot ist vielfältig und kaum zu überblicken. Es reicht von wissenschaftlich fundierten Therapien, die von ausgewiesenen Experten angeboten werden, bis zu ausgesprochen obskuren Praktiken, die von selbst ernannten „Experten“ angepriesen werden. Leider besteht ein Wirkungsnachweis nur für eine geringe Anzahl von Ansätzen. (...)

Bei einer qualitätssichernden Beurteilung der Entwöhnungsmaßnahmen für Raucher müssen (...) folgende Prinzipien zugrunde gelegt werden"¹⁸:

- Der Behandlungsform sollte eine transparente wissenschaftliche Fundierung zugrunde liegen.
- Die Methode sollte ihre Effektivität im Vergleich mit anderen Therapieverfahren oder adäquaten Kontrollbedingungen bewiesen haben.
- Die Beurteilung der Effektivität sollte sich auf Untersuchungen der langfristigen, kontinuierlichen Abstinenz stützen. (Abstinenz wird definiert als der Konsum von weniger als einer Zigarette pro Woche und nicht als eine mehr oder weniger erfolgreiche Reduktion des täglichen Zigarettenkonsums).

- Die Abstinenzangaben sollten objektiviert sein. (Zumindest sollte transparent sein, ob es sich um Punktprävalenzen der Abstinenz oder kontinuierliche Abstinenzquoten handelt.)¹⁹

Die vorgestellten Kriterien, die für die Anerkennung als eine von den Krankenkassen zu finanzierende therapeutische Maßnahme verfasst wurden, können für betrieblich Angebote als Orientierung dienen. Aus Sicht der betrieblichen Suchtprävention ist allerdings auch die Konsumreduzierung im Sinne der "Punktnüchternheit", also das Nichtrauchen im Betrieb, ein bedeutendes Ergebnis. Denn alle weitergehenden Forderungen - dazu gehört auch die als therapeutisches Ziel vielleicht wünschenswerte Nikotin-Abstinenz - sind als allein auf eine gesündere Lebensführung zielende Erziehungsmaßnahme zu werten und deshalb arbeitsrechtlich nicht zulässig.²⁰

5.1.2.2 Betriebliche Absprachen und Regelungen zur Einschränkung des Konsums von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen

Regelungen und Kontrollen des Suchtmittelkonsums im Betrieb sind nicht in erster Linie eine Frage der betrieblichen Suchtprävention. Sie sind vor allem eine Frage der Ordnung des Betriebes.

Das Grundprinzip der Suchtprävention heißt, Beratung und Hilfe (zur eigenverantwortlichen Konsumreduzierung, Selbsthilfe, Therapie) geht vor Kontrolle und Sanktion! Dieses Grundprinzip gilt ohne Einschränkung auch für die betriebliche Suchtprävention und gleichermaßen für alle Formen des Suchtmittelkonsums und der Suchtgefährdung.

Generelle Regelungen zur Einschränkung des Konsums von Suchtmitteln im Betrieb berühren die im Grundgesetz (Art.1, 2 GG) garantierte allgemeine Handlungsfreiheit und den Schutz der freien Entfaltung der Persönlichkeit. Ihre Verhältnismäßigkeit ist von daher mit aller Sorgfalt zu prüfen.²¹ Sie fallen als Regelungen der Ordnung des Betriebes oder der Dienststelle unter die im Betriebsverfassungs- oder Personalvertretungsgesetz gefasste Mitbestimmung. Bei allem Engagement für die „gute Sache“, d.h. für die Suchtprävention und die Suchthilfe sowie für die Gesundheitsförderung im Betrieb, müssen die genannten rechtlichen Voraussetzungen von allen respektiert werden und die Verhältnismäßigkeit der eingesetzten Mittel gewahrt bleiben.²²

Generelle Verbote können dazu beitragen, den Suchtmittelkonsum und –missbrauch am Arbeitsplatz wirksam einzuschränken. Sie sind jedoch nicht das alleinige Mittel der Wahl und ersetzen keinesfalls andere Aktivitäten der Suchtprävention. Auch konsequente Konsumverbote und Sanktionen können Suchtmittelmissbrauch und Suchtgefährdungen im Betrieb nicht vollständig verhindern.

Allgemeine, "vorbeugende", nicht anlassbezogene Kontrollen des Suchtmittelkonsums, die im Betrieb durchgeführt werden, z.B. in Einstellungsverfahren oder als Zufallskontrollen im Arbeitsprozess, finden aufgrund des Ordnungs- und Misstrauensprinzips statt. Sie sind rechtlich problematisch²³, ethisch heikel und entsprechen nicht den Grundsätzen der Suchtprävention und Gesundheitsförderung.

Einzelvertraglich vereinbarte Konsumverbote und -kontrollen können dagegen im Einzelfall als Unterstützung der individuellen Konsumreduzierung und des Abstinenzhalts eine geeignete Maßnahme der Suchtprävention und -hilfe darstellen und sind mit ihren Grundprinzipien vereinbar.

Suchtprävention kann im weitesten Sinne als Hilfe zur Selbsthilfe definiert werden. Gesundheitsförderung zielt neben einer grundsätzlichen Verbesserung der Gesundheitssituation darauf, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu er-

möglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. In Verbindung mit den Aktivitäten zur Gesundheitsförderung haben auch Initiativen zur Entwicklung einer suchtmittelfreien Betriebskultur im Rahmen betrieblicher Suchtpräventionsprogramme an Boden gewonnen. Anders als das traditionelle, durch Ordnungsvorstellungen geleitete Vorgehen in dem Stil, erst wird das Alkohol- oder Rauchverbot ausgesprochen, dann wird es diskutiert, setzen die neuen Initiativen häufig zuerst eine Auseinandersetzung um gesundheitliche Themen oder um die unangenehmen Folgen des Suchtmittelgebrauchs am Arbeitsplatz in Gang, um zunächst zu sensibilisieren und als konsequenten Schritt dann - wenn notwendig - einschränkende Regelungen anzuregen oder einzufordern, was die Akzeptanz und Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen deutlich erhöht.

Punktnüchternheit

Ein verantwortungsvoller Umgang mit Suchtmitteln gehört allgemein zur Gesundheitsförderung, sowohl zur Vermeidung von Krankheit, als auch zum Erhalt des Wohlbefindens oder der Fitness. Im Betrieb kann allerdings nicht nur der erhöhte und riskante Konsum, sondern auch der Konsum zur falschen Zeit schon ein Sicherheitsproblem oder eine Störung darstellen und unliebsame Folgen haben. Die Einschränkung des Suchtmittel-, vor allem des Alkoholkonsums ist in den letzten Jahren vielfach zu einem selbstverständlichen Aspekt eines modernen Qualitäts- und Personalmanagements in Betrieben und Einrichtungen geworden. In neueren Präventionskonzepten wird heute die so genannte "Punktnüchternheit" beim Konsum von Alkohol angeregt. Darunter versteht man, dass an bestimmten "Punkten" des alltäglichen Lebens, die nach unterschiedlichen Kriterien definiert werden (Ort, Zeit, Umgang mit bestimmten Personen), ganz bewusst auf Alkohol verzichtet wird, z.B. im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz, während der Arbeitszeit, im Kontakt mit Jugendlichen u.a.m..

Das Konzept der "Punktnüchternheit" ist für die betriebliche Suchtprävention ein besonders geeignetes Präventionsziel, da es einleuchtend ist und "moralische" oder "erzieherische" Argumentationen für eine grundsätzliche Einschränkung des Suchtmittelkonsums vermeidet. Es stellt vielmehr auf einen eigenverantwortlichen, wenn auch teilweise durch Regelungen verbindlich gemachten Konsumverzicht während der Arbeit ab und vermeidet damit jeden Anschein von rigiden, uneinsichtigen Verboten mit unerwünschten und rechtlich problematischen Übergriffen auf persönliche Freiheiten. Punktnüchternheit kann als Standard für Regelungen zum Alkoholkonsum im Rahmen betrieblicher Suchtpräventionsprogramme herangezogen werden.

Wegen seines Pragmatismus und seiner Eingängigkeit, so die Einschätzung aus den Expertendiskussionen, trifft das Punktnüchternheits-Konzept gerade im Hinblick auf den Alkoholkonsum in den Betrieben zunehmend auf Einsicht und Akzeptanz. Generelle oder eingeschränkte Alkoholverbote, letztere lassen Alkoholkonsum im Betrieb nur bei besonderen, möglichst genau definierten Anlässen zu, setzen sich zunehmend bereits als Standard durch.

Rauchfreier Arbeitsplatz - rauchfreier Betrieb

Der seit 2002 geltende Nichtraucherschutz in § 5 der Arbeitsstättenverordnung legt dem Arbeitgeber auf, die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nichtrauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind. Der Nichtraucherschutz greift unabhängig davon, ob nichtrauchende Beschäftigte sich durch Tabakrauch belästigt oder gesundheitlich beeinträchtigt fühlen oder nicht. Für den Arbeitgeber gilt es vielmehr im Sinne des Arbeitsschutzes eine Gefährdung durch das Passivrauchen am Arbeitsplatz vorzubeugen (siehe auch Punkt 4.1.4.2). Die Position der NichtraucherInnen ist gestärkt worden, die gegenseitige Rücksichtnahme von Rauchern und Nichtrauchern bleibt dennoch erforderlich.²⁴

Seit der Stärkung des Nichtraucherschutzes durch den Gesetzgeber im Jahr 2002 haben sich die Regelungen zum Rauchen/Nichtrauchen im Betrieb vervielfältigt. Allerdings wird der Nichtraucherschutz gegenwärtig manchmal mit einer Rigidität verfolgt, die nicht immer mit den oben beschriebenen Grundprinzipien der Suchtprävention konform geht. Auch für RaucherInnen sollte gelten, dass ihr Konsumverhalten abhängigkeitsbedingt ist²⁵ und dass im Rahmen betrieblicher Suchtprävention um das Angebot von Beratung und Hilfe geht und nicht nur zu dem Mittel Verbot und Ausgrenzung gegriffen wird.

Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. führt das WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit durch, in dem ein Standard zur betrieblichen Umsetzung von präventiven Maßnahmen zum Tabakkonsum entwickelt wurde. Mit dem Leitfaden "Rauchfrei am Arbeitsplatz", der im Rahmen dieses Projektes entwickelt wurde, liegt ein Konzept vor, das Gesundheitsschutz für Nichtraucher durch geeignete arbeitsorganisatorische Maßnahmen und Rauchbeschränkungen am Arbeitsplatz mit Angeboten der Hilfestellung zur Nikotinentwöhnung für Raucher verbindet²⁶ und damit auch den Anforderungen des Aktionsplans Tabak der DHS entspricht.²⁷ Betriebe und Einrichtungen können sich bei der Regelung des Rauchens/Nichtrauchens und weitergehenden Maßnahmen im Betrieb vom Projektteam unterstützen lassen.²⁸

Vorgeschlagen oder gefordert werden:

- Klare Kommunikation der Ziele und des entwickelten Zeit-/Maßnahmeplanes für alle Mitarbeiter von Anfang an.
- Frühzeitige Einbindung aller Betriebspartner in die Planung, klare organisatorische Zuständigkeit und Anbindung.
- Arbeitsorganisatorische Maßnahmen, insbesondere die Trennung von Rauchern und Nichtrauchern in Arbeits-, Pausen- und Gemeinschaftsräumen.
- Rauchverbote überall dort, wo Nichtraucher sich aufhalten müssen, um ihrer Arbeit nachzugehen oder ihre Pausen zu verbringen.
- Ein generell rauchfreies Unternehmen, in dem ggf. Raucherzonen eingerichtet werden.
- Lüftungstechnische Maßnahmen, wo sinnvoll, möglich und durchsetzbar.
- Die Verbindung von Nichtraucherschutzmaßnahmen mit Hilfen zur Tabakentwöhnung.²⁹

Verbot des Konsums illegaler Drogen im Betrieb

Die Tatsache, dass eine Reihe von Drogen als "illegal" qualifiziert worden ist, führt häufig zu der Fehlannahme, der Konsum dieser Drogen sei gesetzlich generell verboten. Die gesetzliche Regelung bezieht sich jedoch ausschließlich auf den Besitz und die Verteilung der Drogen.³⁰ Daraus folgt für Betriebe und Einrichtungen die Notwendigkeit, den Umgang mit illegalen Drogen am Arbeitsplatz ebenso wie den mit anderen Suchtmitteln intern zu regeln, wenn sie den Konsum, oder besser den Nichtkonsum nicht der alleinigen Verantwortung der Beschäftigten überlassen wollen.

Es kann aber festgestellt werden, dass das Thema "illegale Drogen" in einigen Beschäftigungsbereichen extrem hervorgehoben problematisiert wird. Dies gilt im Vergleich zu dem unter Beschäftigten sehr viel selbstverständlicheren Alkoholkonsum und zu dem kaum thematisierten Medikamentengebrauch, die beide im betrieblichen Kontext vom Umfang her bedeutsamer sind. Es gibt also weder rechtlich noch sachlichen Anlass, für den Bereich der illegalen Drogen weitergehende Instrumente zu fordern, als dies in der betriebliche Suchtprävention und -hilfe für den Gebrauch anderer Suchtmittel gilt. Einschränkung des Konsums, konsequente Intervention bei Auffälligkeiten und Beratung sowie Hilfe bei Suchtgefährdung sind hier wie dort die adäquaten Maßnahmen, die im Rahmen von Suchtpräventionsprogrammen vorgesehen werden sollten.

Hinsichtlich eines Standards in der betrieblichen Suchtprävention zu den Regelungen des Konsums illegaler Drogen sei an dieser Stelle deshalb die Position, die sich aus der Fachliteratur und den ExpertInnendiskussionen ergeben hat, vorweggenommen:

- Die generelle Einschränkung bzw. ein Verbot des Konsums illegaler Drogen am Arbeitsplatz ist im präventiven Sinne wünschenswert.
- Anlassbezogene Drogenkontrollen im Kontext Arbeitssicherheit (BGV A1/UVV) zur eigenen Entlastung sollten in ein entsprechend vereinbartes Verfahren einbezogen werden. (Siehe Kap. 6)
- Einzelvertraglich vereinbarte individuelle Konsumkontrollen zur Unterstützung der Aufrechterhaltung der Abstinenz können sinnvoll sein. (Siehe Kap. 6)
- Die teilweise eingeführten generellen Drogenkontrollen (Drogen-Screenings) sollten - auch wenn sie als suchtpreventive Maßnahmen deklariert werden - aufgrund der Fragwürdigkeit ihrer Wirkung, vor allem aber aus ethischen und rechtlichen Gründen, nicht als Standard in betriebliche Suchtpräventionsprogramme aufgenommen werden.

In der drogenpolitischen Diskussion wird heute zwischen den Konsummustern a) Probier- und Experimentierkonsum, b) Gelegenheitskonsum und c) Gewohnheitskonsum unterschieden. Diese Unterscheidung ist für die betriebliche Suchtprävention und -hilfe wichtig. Denn nicht alle Konsumenten illegaler Drogen sind abhängig. Trotzdem prägt das Bild des verwahrlosten "Fixers" im Betrieb am stärksten die Vorstellung von DrogenkonsumentInnen. Aber gerade in der am häufigsten angesprochenen Altersgruppe der 12 bis 25-Jährigen dominieren nicht einmal die riskanten, d.h. gesundheitsschädigenden und arbeitssicherheitsrelevanten Konsummuster.³¹

Bei Jugendlichen - und das betrifft auch die Auszubildenden - ist der Probier- und Experimentierkonsum besonders ausgeprägt, was insbesondere für den sehr gut erforschten Bereich des Cannabiskonsums gilt.

Der Gelegenheitskonsum ist eng mit besonderen Situationen wie z.B. Partys, Discobesuch und anderen Freizeitveranstaltungen verbunden und ist damit eine Sache der Lebensführung, die keine Auswirkung auf die Arbeit haben muss. Gelegenheitskonsumenten verstehen sich als selbstbestimmt; sie sind in der Regel unauffällig, und gesellschaftlich wie betrieblich gut integrierte ArbeitnehmerInnen.

Der Gewohnheitskonsum, der oftmals tägliche Konsum, dient im Gegensatz zum Probier- und Gelegenheitskonsum zur Regulierung des Wohlbefindens und/oder zum Abbau negativer Gefühle. GewohnheitskonsumentInnen sind häufiger als andere in die Drogenszene eingebunden.

Als geeignete Maßnahmen zur Einschränkung des Konsums und zur Vorbeugung von Suchtgefährdungen durch illegale Drogen werden von Fachleuten klare Regeln für den Konsumverzicht bzw. ein generelles Konsumverbot angesehen und bei Übertretung des Regelwerkes eine Intervention durch die zuständigen Personalverantwortlichen sowie die Einhaltung von Konsequenzen, verbunden mit einem Beratungs- und Hilfeangebot.³² Im Einzelnen können in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen folgende Regelungen vorgesehen werden:

- Der Konsum illegaler Drogen während der Arbeitszeit und in den Pausen ist grundsätzlich nicht gestattet.
- Das Mitbringen von illegalen Drogen an den Arbeitsplatz ist untersagt.
- Das Verteilen illegaler Drogen auf dem Gelände des Betriebes/der Einrichtung ist verboten und wird zur Anzeige gebracht.
- Ein Verstoß gegen eine der vorstehenden Regelungen führt konsequent zur Intervention und zum Einstieg in den Stufenplan.

- Individuelle Konsumkontrollen, die einzelvertraglich vereinbart werden. Sie werden außerhalb des Betriebes in Drogenberatungsstellen durchgeführt.

Drogenkontrollen (Drogenscreenings)

In den letzten Jahren sind verstärkt Drogenkontrollen mittels Screeningverfahren vorrangig in Großunternehmen eingeführt worden. Getestet wird z.B. generell "vorbeugend" bei Einstellungsuntersuchungen oder nach Zufallsverfahren im laufenden Arbeitsverhältnis. Der Drogentest beläuft sich in der Regel auf (ausgewählte) illegale Substanzen und bezieht legale Suchtmittel nicht mit ein. Der Stellenwert dieser Kontrollen für die Suchtprävention und -hilfe ist zweifelhaft und ihre Zulässigkeit rechtlich und ethisch umstritten.³³

Es gibt eine Reihe von Gründen für diese Entwicklung, die mit dem Ausbau betrieblicher Suchtpräventionsprogramme in keinem Zusammenhang stehen. Sie werden hier in einem Exkurs kurz aufgezeigt, um die Komplexität der Bezüge sichtbar zu machen, in dem das Thema Drogenkontrolle im Betrieb zu sehen ist.

a) Seit 1988 in der Reagan-Ära das Gesetz zum "Drogenfreien Arbeitsplatz" verabschiedet wurde, sind erstens systematische Drogen-Screenings von der Mehrheit der US-amerikanischen Großunternehmen eingeführt worden und ist zweitens eine marketingaktive Screening-Industrie entstanden.³⁴ Tochterunternehmen amerikanischer Konzerne in Deutschland oder solche Unternehmen, die Handelspartner in den USA haben, werden häufig in die Pflicht genommen, generelle Drogenkontrollen durchzuführen.

b) Angesichts der Problematisierung illegaler Drogen in der Gesellschaft und der Angst vor Imageverlusten möchten sich viele Unternehmen in der Öffentlichkeit als "drogenfrei" präsentieren. Oder mit der Etablierung von Drogentests ist tatsächlich die Hoffnung verbunden, vor KonsumentInnen "illegaler Drogen" sicher geschützt zu sein.

c) Meist wird der gesetzliche Auftrag des Arbeitsschutzes in den Vordergrund gerückt und suggeriert, Drogen-Screenings seien rechtlich vorgeschrieben oder das Mittel der Wahl, um Arbeitssicherheit zu gewährleisten. Generelle Suchtmittelkontrollen sind im geltenden Arbeitsschutzrecht jedoch nicht vorgesehen.³⁵ Sie sind vielmehr als Teil der Personalauswahl zu verstehen.³⁶

d) Arbeitgeber, aber vor allem auch die beteiligten Betriebs- und Personalräte, sind häufig davon überzeugt, dass sie gegenüber Jugendlichen einen allgemein "erzieherischen Auftrag" wahrzunehmen hätten. Drogenkontrollen im Betrieb, so die Annahme, würde junge Leute davon abhalten, illegale Drogen zu konsumieren, weil sie dadurch die Chance auf einen Ausbildungsplatz oder die Weiterbeschäftigung riskierten.

e) Drogen-Screenings werden überwiegend von den in Betrieben und Einrichtungen beschäftigten ÄrztInnen (Werks-, Personal-, Betriebsärzte) durchgeführt, die glauben, mit ihnen über ein objektives Kontrollinstrument bei Drogenkonsum und -missbrauch am Arbeitsplatz zu verfügen. Dabei sind sie einer massiven Werbung der Screening-Industrie ausgesetzt. Drogentests fallen - anders als Aufklärung und Beratung - eindeutig in das ärztliche Handlungsfeld und werden von ihnen oft als wichtiges Instrument der Gesundheitsförderung verstanden.³⁷

Drogenkontrollen gehören jedoch nicht zu den gesetzlichen Aufgaben der Betriebsärzte, da sie im Arbeitsschutzrecht nicht vorgesehen sind. Vielen ÄrztInnen ist die rechtliche Problematik ihres Handelns nicht bekannt und deshalb nicht bewusst, wie weit sie im rechtlichen Graubereich wirken. Ausgenommen werden können hier größere arbeitsmedizinische/betriebsärztliche Dienste, die auf rechtlich korrekte Aufgabenabwicklung Wert legen. Andererseits können BetriebsärztInnen, die mit Hinweis auf ihre gesetzlichen Pflichten keine Drogen-Screenings durchführen, unter erheblichen Druck geraten.

Denn auch von den anderen betrieblichen Beteiligten auf Seiten des Arbeitgebers oder der Interessenvertretungen, wird die arbeitsrechtliche Problematik des Eingriffs in die Persön-

lichkeitsrechte von BewerberInnen oder Beschäftigten durch allgemeine Drogenkontrollen nicht gewürdigt.

Ein Drogentest als Pflichtuntersuchung führt bei Unterlassen der Untersuchung bzw. negativem Ergebnis der Untersuchung, also bei positivem Drogentest, zu Rechtsnachteilen und betrifft damit "auf jeden Fall den Schutzbereich des Persönlichkeitsrechts nach Art. 1 und 2 GG und in aller Regel auch des Grundrechts der körperlichen Integrität nach Art. 2 Abs. 2 GG. Danach ist zu verlangen, dass jeglicher Eingriff in diese Grundrechte auf einer gesetzlichen Grundlage beruht, durch überwiegende Belange des Gemeinwohls und vergleichbarer schwerwiegender Rechtspositionen geboten ist und dass schließlich der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gewahrt bleibt. Eine solche gesetzliche Grundlage für umfassendes Drogenscreening ohne Bezug zum konkreten Arbeitsplatz ist nicht gegeben; eine Pflichtuntersuchung kann allenfalls bei besonderen Arbeitsplätzen, wie z.B. Piloten, Berufskraftfahrern und Lokomotivführern in Betracht kommen."³⁸

In den meisten Fällen will der Betrieb mit Hilfe von generellen Drogen-Screenings im Einstellungsverfahren einem potentiellen Drogenproblem aus dem Weg gehen. Wer positiv getestet wird oder sich dem Test verweigert, wird bei der Stellenbesetzung nicht mehr berücksichtigt. Damit entziehen Betriebe sich aber auch jeglicher suchtpreventiver Verantwortung.

Es gibt vereinzelte betriebliche Modelle, die den Aspekt der Suchtprävention ernst nehmen und bei positiven Testergebnissen einen anderen Weg gehen. Das hebt die Problematik ihrer grundsätzlichen rechtlichen Unzulässigkeit zwar nicht auf, aber die Einstellung von DrogenkonsumentInnen wird nicht grundsätzlich verweigert. Es wird z.B. die Chance gegeben, den Drogentest oder die Bewerbung noch einmal zu wiederholen oder die Einstellung wird mit gesonderten Vereinbarungen verknüpft.³⁹ Dazu gehört eine einzelvertraglich auf freiwilliger Basis vereinbarte Verpflichtung, zukünftig drogenfrei (bezogen auf illegale Drogen) zu leben und dies über einen festgelegten Zeitraum kontrollieren zu lassen. Die in unregelmäßiger Folge angesetzten Drogen-Screenings zur Kontrolle der individuell vereinbarten Drogenfreiheit können hier ein sinnvolles suchtpreventives Instrument sein, das vor allem Jugendlichen eine positive „Lernerfahrung“ ermöglicht. Dieser Effekt kann besonders dadurch unterstrichen werden, dass die Drogentests außerhalb des Betriebes in Drogeneinrichtungen stattfinden, wo ihnen zugleich ein Beratungsangebot gemacht wird. Bei einem solchen Vorgehen handelt es sich aber um die Ausnahme, nicht die Regel in testenden Unternehmen und Einrichtungen.

Gegen generelle, nicht anlassbezogene Drogenkontrollen als Standard in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe sprechen deshalb weiterhin sachliche, rechtliche und ethische Gründe.

Sachliche Gründe der Ablehnung beziehen sich vor allem auf die "vorbeugend" in Einstellungsverfahren für Auszubildende angewandten Drogentests, bei denen in der Regel die Drogen konsumierenden BewerberInnen schon ausgesondert, d.h. bei der Besetzung der Ausbildungsplätze nicht mehr berücksichtigt werden. Aus fachlicher und suchtpreventiver Sicht wird dieses Verfahren kritisch betrachtet. Das hängt vor allem mit der Aussagekraft positiver Drogenbefunde zusammen. So reicht schon der Konsum von Mohnkuchen aus, um auch ohne Drogenkonsum einen positiven Befund zu erzeugen. Ein positiver THC-Wert (Wirkstoff der Cannabisprodukte, der bis zu vier Wochen nach dem Konsum im Urin nachweisbar ist) sagt weder etwas über den aktuellen Cannabiskonsum, noch etwas über das spezifische Konsummuster der Person aus. Somit ist es höchst wahrscheinlich, dass betriebliche Screeningverfahren auch diejenigen ausgrenzen, die ausschließlich Cannabisprodukte probiert haben oder gelegentlich konsumieren. Darunter fallen z.B. hochgerechnet mehr als 22 Prozent der Hamburger in der Altersgruppe der 15 bis 19-Jährigen.⁴⁰ Untersuchungen belegen aber, dass der überwiegende Teil der Jugendlichen den Konsum illegaler Drogen nach einer Phase des Probierens wieder einstellt bzw. sich fortan auf den legalen Suchtmit-

telkonsum beschränkt.⁴¹ Vor dem Hintergrund, dass die am häufigsten konsumierte illegale Droge, Cannabis, am längsten im Urin nachweisbar ist, bergen generelle Drogenkontrollen in Einstellungsverfahren die Gefahr sachlich überzogener Sanktionen mit möglicherweise negativen Effekten im Sinne der Entwicklung der Persönlichkeit und damit der Suchtprävention.

Rechtliche Bedenken bestehen gleich in mehrfacher Hinsicht (z.B. Eingriff in Persönlichkeitsschutz, körperliche Integrität, informationelle Selbstbestimmung, Datenschutz)⁴²; hier soll auf einen zentralen Aspekt hingewiesen werden. Die Eingriffe in die grundgesetzlich geschützten Persönlichkeitsrechte, die oben schon angedeutet wurden, können nur auf freiwilliger Basis erfolgen. Ärztliche Untersuchungen und Tests im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen bedürfen in jedem Falle der vorherigen Einwilligung des Bewerbers oder der Bewerberin. Dies setzt zugleich eine ausreichende Aufklärung über Art und Umfang der jeweiligen Untersuchungsmaßnahmen und die Erläuterung des Prinzips der Freiwilligkeit voraus. In einer Bewerbungssituation oder während des laufenden Arbeitsverhältnisses - besonders in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit - muss die Frage nach der freiwilligen Zustimmung zu einem Grundrechtsverzicht aber als grundsätzlich problematisch angesehen werden. Mit anderen Worten: Die Teilnahme an Einstellungsuntersuchungen und Testverfahren, auch Drogen-Screenings, ist für BewerberInnen im Prinzip zwar freiwillig, bei realistischer Betrachtungsweise faktisch aber verpflichtend, wollen sie nicht die Chance der (Weiter)Beschäftigung verspielen.⁴³

Die Problematik eines mittelbar wirkenden Zwangs zur Teilnahme an Drogentests im Einstellungsverfahren und im laufenden Arbeitsverhältnis sowie die Fragwürdigkeit der Berechtigung des Betriebes zu einem derartigen Eingriff in grundgesetzlich geschützte Persönlichkeitsrechte lassen allgemeine Drogenkontrollen als ein ungeeignetes Instrument für die betriebliche Suchtprävention und -hilfe erscheinen.

Noch weiter reichen die *ethisch-rechtlichen Bedenken* gegenüber allgemeinen Drogenkontrollen im Arbeitsleben. Sie sind im Zusammenhang mit zwei Aspekten zu sehen, auf die auch der Nationale Ethikrat seine Aufmerksamkeit gelenkt hat.

Erstens geht es um die Frage, inwieweit betriebliche Einstellungs- und arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen als "medizinische Einstellungssperren" wirken. Damit ist das bereits als rechtlich bedenklich beschriebene Verfahren der Drogentests, die bei Unterlassen der Untersuchung oder positivem Drogentest zu Rechtsnachteilen führen können⁴⁴, angesprochen.

Zweitens geht es um den Aspekt der medizinischen Untersuchungen in der betrieblichen Praxis, die als "genetische Untersuchungen" zu qualifizieren sind. Gentechnische Untersuchungen sind gegenüber Bewerbern und bereits beschäftigten Arbeitnehmern unzulässig.⁴⁵

Unter diesem Aspekt betrachtet, muss man aber feststellen, dass die für Drogen-Screenings abgegebenen Urin oder Haarproben die rechtlich nicht zulässige Auswahl von Beschäftigten nach genetischen Dispositionen grundsätzlich ermöglichen. Schon heute werden diese Proben teilweise für weitergehende gesundheitliche Tests genutzt⁴⁶, die sich - wie das positive Ergebnis des Drogentests - als Einstellungssperre erweisen können.

Solange die ethischen Bedenken nicht ausgeräumt werden können, kommen allgemeine Drogenkontrollen deshalb als Standard der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe nicht infrage.

Diese Position deckt sich auch mit den Anforderungen der international vereinbarten Leitlinien, die sich in den vom International Labour Office in Genf veröffentlichten "Leitprinzipien zu Drogen- und Alkoholtests am Arbeitsplatz" wiederfinden.⁴⁷ Darin heißt es u.a.:

"Es gibt ethische Aspekte von grundlegender Bedeutung bei der Festlegung, ob auf Alkohol und Drogen getestet wird. Lohnt es sich zu testen? Wenn ja, unter welchen Umständen? Wenn man anerkennt, dass die Situation in jedem Land und jedem Arbeitsplatz unterschiedlich ist, dann sind ethische Aspekte eine der wichtigsten Angelegenheiten, die zu entscheiden sind, bevor irgendein Test stattfindet. Rechte der Arbeitnehmer auf Privatsphäre und Vertraulichkeit, Autonomie und Fairness und die Integrität ihres Körpers müssen, in Harmonie mit nationalen und internationalen Gesetzen und Rechtsprechung, Normen und Werten, respektiert werden. Von Arbeitnehmern, die sich weigern sich testen zu lassen, sollte nicht vermutet werden, dass sie Alkohol- und Drogengebraucher sind."⁴⁸ (siehe Anhang)

5.1.3 Übergreifende Prävention und Gesundheitsförderung

Die Bandbreite der Maßnahmen mit übergreifend präventiver Wirkung ist durch den Ausbau der Personal- und Organisationsentwicklung und der Gesundheitsförderung in den 90er-Jahren enorm angewachsen. An dieser Stelle seien nur einige Maßnahmenbereiche exemplarisch herausgegriffen:

Übergreifende präventive Wirkung erzielen alle Maßnahmen zur *Erweiterung der Sozial- und Selbstkompetenz* mit positiven Einflüssen auf die Persönlichkeitsentwicklung und darüber auch auf den Umgang mit Belastungen und deren Bewältigung und die Sicherheit in sozialen Kontakten. Beide Aspekte spielen für die Suchtprävention eine wichtige Rolle. Betriebliche Maßnahmen in diesem Bereich sind z.B.

- Kommunikations-, Präsentations-, Moderationstrainings,
- Seminare zum Konfliktmanagement, Selbstmanagement, Schlüsselkompetenzen,
- Teamentwicklung, Coaching.

Als zunehmend bedeutsame Schlüsselkompetenz im Arbeitsleben erweist sich die *Gesundheitskompetenz*, die grundlegende Kenntnisse über Gesundheit stärkende und gefährdende Faktoren mit der Fähigkeit verbindet, selbstverantwortlich und selbststeuernd aktiv etwas für die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden zu tun (Gesundheit in eigener Verantwortung).⁴⁹ Dazu gehört

- die Kenntnis der Grundzüge des Stress- und Salutogenese-Konzeptes,
- das Wissen über die wichtigsten krankmachenden und gesunderhaltenden Faktoren in der eigenen Arbeits- und Lebenssituation,
- die aktive Beteiligung am Aufbau eines stabilen sozialen Umfeldes,
- die Fähigkeit zur ausgleichenden Freizeitgestaltung,
- die Steigerung oder der Erhalt der körperlichen und geistigen Fitness.

Als für die Suchtprävention wichtiges Feld ist in jüngerer Zeit das Konzept der *gesundheitsorientierten Führung* entstanden.⁵⁰ Eine Führungskraft hat vielfältigen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die z.B. durch die Gestaltung der Arbeit, der Arbeitsanforderungen und Arbeitsbedingungen gefördert oder beeinträchtigt wird. Eine maßgebliche Rolle für den Zusammenhang von Motivation und Wohlbefinden, von Gesundheit und Fehlzeiten spielt jedoch das Führungsverhalten selbst oder auch das Betriebsklima, das gleichermaßen durch das Verhalten von Vorgesetzten und kollegialem Umfeld geprägt ist. Viele Führungskräfte unterschätzen die Bedeutung ihrer Rolle für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder kennen die Ansätze nicht, die in einschlägigen Studien und Modellen guter Praxis vorgestellt worden sind. Wegen seiner zentralen Bedeutung ist gesundheitsorientiertes Führen ein wichtiges Element des betrieblichen Gesundheitsmanagements, das die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Beschäftigten zum Ziel hat.

Dabei geht es natürlich auch um die Gesundheit der Führungskräfte selbst, die immer wieder in besonderem Maße gefordert sind, widersprüchliche Erwartungen auszubalancieren und Spannungsfelder auszugleichen. In Seminaren sollen deshalb die Führungskräfte die Gelegenheit bekommen, ihre Gesundheitskompetenz zu erweitern und sich mit den Grundlagen gesundheitsorientierten Führens vertaut zu machen:

- Elemente der Gesundheitskompetenz,
- Umgang mit eigenen Belastungen und Befindlichkeitsstörungen,
- Einfluss der Führungskraft auf die Gesundheit der Beschäftigten,
- Kränkendes Führungsverhalten und andere Risikofaktoren bei der Arbeit,
- Was hält gesund? - Faktoren salutogener Arbeitsgestaltung,
- Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über Gesundheit, gesundheitsriskantes Verhalten und Suchtgefährdungen,
- Betriebliches Gesundheitsmanagement als Rahmen gesundheitsorientierten Führens.

Als anzustrebender Standard ist eine enge Verzahnung der Aktivitäten in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen mit den Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung sowie der Gesundheitsförderung anzustreben, um die Synergien für die Suchtprävention nutzen zu können. (Vgl. Punkt 4.1.4)

5.1.4 Abbau Sucht fördernder Arbeitsbedingungen und salutogene-tische Arbeitsgestaltung

Der Abbau Sucht fördernder Arbeitsbedingungen ist in der betrieblichen Suchtprävention stets als Forderung transportiert worden⁵¹, aber er entzieht sich doch weitgehend den Möglichkeiten, die betriebliche Suchtpräventionsprogramme bisher bieten.

Viele Betriebs- oder Dienstvereinbarungen sehen vor, dass dort, wo in Abteilungen oder Beschäftigtengruppen verstärkt Suchtmittelmissbrauch festzustellen ist, überprüft wird, ob Ursachen auch in der Arbeitssituation liegen können, um sie dann möglichst zu beseitigen. Inwieweit diese Regelung zur Anwendung kommt, ist versäumt worden, in der Erhebung zu erfragen, aber meist geht es in solchen Fällen um eine Intervention zur Veränderung der Konsumkultur in den betroffenen Bereichen.

Weitergehende Ansätze lassen sich jedoch in den Betrieben bereits vorfinden. So integriert z.B. das Work-Life-Balance-Konzept die persönliche Kompetenzentwicklung mit strukturellen Maßnahmen wie z.B. der möglichst bedürfnisgerechten Gestaltung von Arbeitszeitsystemen.

Persönlichkeitsförderliche, salutogene Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation sind auch Teil eines erweiterten Präventionskonzepts, das in Verbindung mit der Gesundheitsförderung und dem erweiterten Arbeitsschutz auch für die Suchtprävention von Bedeutung ist. Die Beteiligung der Beschäftigten wird bei der Entwicklung geeigneter Maßnahmen vorausgesetzt. Ansätze einer beteiligungsorientierten Gefährdungsbeurteilung sowie Gesundheitszirkel können dazu genutzt werden, belastende Arbeitsbedingungen zu analysieren und geeignete Lösungen für ihren Abbau oder ihre Veränderung zu entwickeln.⁵² Unterstützung findet man hierfür ggf. auch bei den Leistungsträgern, den Krankenkassen und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, die nach § 20 Abs. 2 SGB VI und § 14 Abs. 2 SGB VII bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenwirken sollen. Hier bieten sich durchaus Möglichkeiten an, Maßnahmen zur Suchtprävention und der Gesundheitsförderung mit denen zur salutogenen Arbeitsgestaltung zu verknüpfen.

5.2 Ist-Situation: Vorbeugende Aktivitäten und Information

5.2.1 Information der Beschäftigten

Auf die Frage, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Ursache und Wirkung von Missbrauch und Gefährdung durch Suchtmittel sowie über Hilfemöglichkeiten informiert werden, ergab sich folgende Einschätzung:

Information der MitarbeiterInnen zu Suchtthemen	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Ja, regelmäßig wiederkehrend	130	21,3
Ja, ab und zu, punktuell	192	31,5
Ja, bei Bedarf, auf Anfrage	209	34,3
Nein	70	11,5
Nicht bekannt	9	1,5
Gesamt	610	100

Tabelle 5.1: Information der MitarbeiterInnen zu Suchtthemen

Das Ergebnis ist ernüchternd. Lediglich 21% der beteiligten Betriebe und Einrichtungen (N=610) geben an, die Beschäftigten kontinuierlich zu informieren, wie es im Rahmen eines nachhaltig angelegten Suchtpräventionsprogramms Standard sein sollte.

In insgesamt 66% der Fälle erfolgt eine Information der Beschäftigten eher ausnahmsweise bei auftretendem Bedarf oder auf Anfrage (34%) oder punktuell (32%). 12% der Fälle geben an, dass sie eine suchtspezifische Information innerhalb des Betriebes/der Einrichtung bisher nicht für erforderlich halten.

Bei den genannten Zahlen ist daran zu erinnern, dass das Sample der Erhebung so ausgewählt wurde, dass eine möglichst große Zahl von Betrieben und Einrichtungen mit bestehenden Suchtpräventionsprogrammen erreicht wurde. Korreliert man die 130 Fälle, in denen eine kontinuierliche Information der Beschäftigten erfolgt, mit dem Vorhandensein eines Suchtpräventionsprogramms, so ergibt sich folgendes Bild.

Von den 436 Fällen, die ein Suchtpräventionsprogramm vorweisen, informieren nur 122 Betriebe und Einrichtungen, das sind 28%, ihre Mitarbeiter regelmäßig. Die Mehrheit informiert nur punktuell und nach Bedarf. Allerdings erfolgt nur in 4% der Fälle, die über ein Suchtpräventionsprogramm verfügen, gar keine Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Obwohl die DHS, die Landesstellen für Suchtfragen und die BZgA sowie die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften eine Reihe von qualitativ hochwertigen Informationsmaterialien zu dem Thema Suchtprävention und –hilfe zur Verfügung stellen, fehlt es nach Einschätzung von betrieblichen Experten häufig an geeigneten innerbetrieblichen Informationskanälen und Medien, um die Beschäftigten regelmäßig anzusprechen. In vielen Fällen werden auch die begrenzten Ressourcen und Kompetenzen als Grund für eine unzureichende Nutzung der Informationsmöglichkeiten genannt. Auf diesem Gebiet ist über neue Möglichkeiten des Ausbaus von geeigneten Informationsstrategien, z.B. unter Nutzung elektronischer Medien nachzudenken, um die Aktivitäten in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen zu unterstützen.

Informationsinhalte

In den angebotenen Informationen wird über die folgenden Themen informiert:

Themen der Informationen in der Suchtprävention	Anzahl der Nennungen
Alkohol	511
Nikotin / Rauchen	336
Medikamente	315
Illegale Drogen	303
Essstörungen	185
Andere Abhängigkeiten (z.B. Abhängigkeit von Glücksspiel, Internet oder Arbeit)	176
Nicht bekannt	12

Tabelle 5.2: Themen der Informationen in der Suchtprävention (Mehrfachnennungen möglich)

Vorrangig wird über den Themenbereich Alkohol (511 Nennungen) informiert. Alkoholprobleme stehen nach wie vor im Mittelpunkt vieler Suchtpräventionsprogramme und bilden oftmals den "Aufhänger" für suchtpreventive Aktivitäten und Informationen im Betrieb. Außerdem haben die Anstrengungen zur vorbeugenden Arbeit in diesem Bereich durch Angebote in Verbindung mit dem "Aktionsplan Alkohol" in vielen Betrieben und Einrichtungen Resonanz gefunden.

Die Prävention der Gesundheitsgefährdungen durch Nikotin ist der jüngste Aktionsbereich in der betrieblichen Suchtprävention. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass es zurzeit ein besonders virulenter Bereich ist, wenn 336 Nennungen auf die Information zum Nikotinkonsum bzw. Rauchen fallen. Hier steht den Betrieben gegenwärtig auch eine ganze Breite von Informationsmaterialien und –angeboten unterschiedlicher Institutionen zur Verfügung.⁵³

Es folgen in der Häufigkeit Informationen zu Medikamenten (315) zum Themenbereich illegale Drogen (303). Für diese Themenfelder sind betriebsbezogene Informationen zwar im Grundsatz vorhanden, aber noch nicht in der breiten Vielfalt umgesetzt, wie dies für Alkohol und Nikotin gilt.

Informationen zu Essstörungen werden von etwa einem Drittel der beteiligten Betriebe und Einrichtungen (185) genannt. Eine speziell auf den Arbeitsplatz bezogene Broschüre zum Thema Ess-Störungen ist erst jüngst erschienen.⁵⁴

Zielgruppenspezifische Angebote

Für eine bessere Wirksamkeit der vorbeugenden Arbeit kann es durchaus sinnvoll sein, zielgruppenspezifische Informationsangebote innerhalb des Suchtpräventionsprogramms zu etablieren.

Zielgruppenspezifische Informationen	Anzahl der Nennungen
Keine zielgruppenspezifische Informationen	296
Auszubildende	230
Einzelne Berufsgruppen / Beschäftigtengruppen	153
Interessen- / Gremienvertreter / -innen	116
Frauen / Männer	107
Sonstige Zielgruppen	57
Ausländischen Arbeitnehmergruppen	7

Tabelle 5.3: Zielgruppenspezifische Informationen (Mehrfachnennungen möglich)

Die beteiligten Betriebe und Einrichtungen (N=610) bieten zielgruppenspezifische Informationen mit 37% besonders häufig für Auszubildende an.

Informationen für einzelne Berufsgruppen/Beschäftigungsgruppen werden von 25% sowie für Interessen- und GremienvertreterInnen von 19% angeboten.

Für Frauen oder Männer machen 18% der Betriebe und Einrichtungen ein zielgruppenspezifisches Informationsangebot, während für ausländische Arbeitnehmergruppen mit 9% nur wenige spezifische Angebote bestehen. Besonders ausländischen Beschäftigten könnte, so besteht der Eindruck, der Zugang zur Suchtprävention (z.B. durch Stufenpläne sowie Informationsmaterial und ggf. Informationsveranstaltungen in der Muttersprache) erleichtert werden.

Informationskanäle in der betrieblichen Suchtprävention

Wenn Beschäftigte zum Thema Suchtprävention und Hilfemöglichkeiten informiert werden, stehen dabei folgende Informationskanäle im Vordergrund.

Informationskanäle	Anzahl der Nennungen
Informationsblätter und Flyer	277
Artikel in der Betriebszeitung	264
Broschüren	244
Information im Internet / Intranet	235
Betriebs- / Personalversammlung	231
Aktionstage / Gesundheitswoche	211
Plakate	177
Informationen für neue Mitarbeiter / -innen	141
Rundschreiben / E-Mail	129
Keine	92
Sonstige	63
Nicht bekannt	21

Tabelle 5.4: Informationskanäle zur Information der Beschäftigten (Mehrfachnennungen möglich)

Informationsblätter/Flyer sind die traditionellsten Medien (277 Nennungen). Diese und Broschüren (244 Nennungen) sind die am häufigsten genutzten Informationswege. Beides sind bedeutende, jederzeit gangbare Möglichkeiten, Informationen in den Betrieben und Einrichtungen zu verbreiten. Neben selbst vor Ort in den Betrieben und Einrichtungen gestalteten Informationen werden nach den Expertengesprächen besonders leicht zugängliche Informationsmaterialien zum Zweck der internen Kommunikation genutzt. Zugleich erweist sich dies aber auch als prekäre Methode, weil sie häufig zufällig, unsystematisch und wenig gezielt eingesetzt wird, z.B. durch Auslegen von Informationsschriften ohne breitere Wirkung.

Eine gezieltere und meist auch weitreichendere suchtspezifische Information der Beschäftigten erfolgt auf Personalversammlungen und Informationsveranstaltungen in insgesamt 231 Fällen. Aktionstage oder Gesundheitswochen werden in wenigeren Fällen realisiert (211). Sie erfordern einen größeren Aufwand und werden oft auch nur punktuell eingesetzt. Sie können sich jedoch bei kontinuierlicher Wiederholung und entsprechend attraktiven Angeboten zu einer innerbetrieblichen Institution der Suchtprävention und Gesundheitsförderung entwickeln, die eine nachhaltige Aufklärung und ein Bekanntwerden der Angebote gewährleisten.

Neue Informationskanäle wie z.B. E-mail oder Intranet werden bereits in 235 Fällen genutzt und zeichnen sich dadurch aus, dass eine schnelle Verbreitung der Information an alle Beschäftigten oder deren Zugriff auf Informationsmaterialien sichergestellt werden kann.

Bemerkenswert ist, dass lediglich in 141 Fällen angegeben wurde, dass spezielle Informationen für neue Mitarbeiter existieren. Die Nutzung dieses Informationsweges sollte von der betrieblichen Suchtprävention stärker in Erwägung gezogen werden.

5.2.2 Seminarangebote für Beschäftigte zur Prävention

Für die Sucht vorbeugende Arbeit sind neben den einschlägigen Suchtthemen aber auch solche Aktivitäten von Interesse, die der Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten allgemein dienen und sie bei der Bewältigung beruflicher Belastungen und Beanspruchungen unterstützen. Dazu gehören vor allem Angebote zur Stressbewältigung und zum Selbstmanagement oder zur Konfliktbearbeitung.

Auf die Frage, welche Seminare und Trainings für die Beschäftigten von den befragten Betrieben/Einrichtungen angeboten werden, ergab sich folgende Aufstellung.

Seminare/Training für Beschäftigte	Anzahl der Nennungen
Konfliktmanagement / Mobbing	356
Stress- und Selbstmanagement	342
Andere Gesundheitsthemen	252
Nichtraucherkurse	173
Gesunde Ernährung	167
Drink-Less-Programme	31

Tabelle 5.5: Angebote an Seminaren/Training für Beschäftigte (Mehrfachnennungen möglich)

Auffallend viele Nennungen gab es in den Bereichen Konfliktmanagement/Mobbing (356) und Stress- und Selbstmanagement (342). Der erste Themenbereich wird in den Betrieben und Einrichtungen vor allem von den Interessenvertretungen stark gefördert, der letztere stellt einen wichtigen Baustein der Gesundheitsförderung und der Personalentwicklung dar. Im Blickfeld der Gesundheitsförderung steht auch die Tabakentwöhnung (173) und die gesunde Ernährung (167)

Drink-Less-Programme werden betrieblich eher selten angeboten (31). Sie werden vorrangig durch hauptamtliche Ansprechpersonen betreut und dienen dazu, Beschäftigte zu unterstützen, ihren riskanten und schädlichen Alkoholkonsum zu reduzieren. Augenfällig ist bei dieser Kategorie, dass es viele Nennungen gibt, für die der Begriff bzw. das Angebot nicht bekannt ist.

5.2.3 Regelungen des Suchtmittelkonsums

Alkohol

Alkoholkonsum am Arbeitsplatz oder während der Dienstzeit verträgt sich immer weniger mit dem Bild eines effektiven Betriebes oder einer modernen Verwaltung, in denen Qualität und Leistungsfähigkeit im Vordergrund stehen. Insofern ist der Stand der betrieblichen Regelungen zum Konsum von Alkohol von besonderem Interesse.

Alkoholkonsum	Anzahl der Nennungen	Anteil der Fälle in Prozent
generell untersagt	224	36,7
untersagt für bestimmte Betriebsbereiche	121	19,8
eingeschränkt erlaubt (z. B. bei Betriebsfeiern, Jubiläen)	258	42,4
nicht erwünscht laut schriftlicher Mitteilung an die Beschäftigten	41	6,7
nicht einschränkend geregelt	92	15,1
Regelung nicht bekannt	9	1,5

Tabelle 5.6: Regelung des Alkoholkonsums (Mehrfachnennungen möglich)

In der Mehrheit der beteiligten Betriebe und Einrichtungen ist der Konsum alkoholischer Getränke eingeschränkt erlaubt (42%; N=610), z.B. bei Betriebsfeiern oder Jubiläen oder sogar gar nicht einschränkend geregelt (15%). Der Anteil der Fälle, in denen uneingeschränkt Alkohol konsumiert werden darf, d.h. sowohl während der Arbeitszeit als auch in den Pausen, fällt in dieser Erhebung eher gering aus, da durch die Auswahl des Samples eine überdurchschnittliche Sensibilisierung auf das Thema Gefährdung der Arbeitssicherheit und der Gesundheit durch Alkoholkonsum gerechnet werden darf.

Generell untersagt ist der Alkoholkonsum im Betrieb in 37% der Fälle (n=224). In diesen Fällen muss eine entsprechende Vereinbarung getroffen worden sein und Verstöße führen zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen führen.

In weiteren 6% der Fälle ist ein Konsum in der Dienststelle explizit nicht erwünscht. Die schriftliche Mitteilung an die Beschäftigten, dass Alkoholkonsum im betrieblichen Zusammenhang nicht erwünscht ist, stellt eine weiche Form der Durchsetzung einer alkoholfreien Betriebskultur dar, bei der Verstöße arbeitsrechtlich zwar nicht ins Gewicht fallen, aber Anlass für ein Mitarbeitergespräch sein können.

In 20% der gesamten Fälle gilt ein absolutes Alkoholverbot, allerdings eingeschränkt auf bestimmte Betriebsbereiche (z.B. im Fahrdienst).

Vergleicht man die hier ermittelten Ergebnisse mit denen aus der 'EvaluationNds.2003' so weisen diese in die gleiche Richtung: Alkoholische Getränke seien in der Dienststelle eingeschränkt erlaubt, gaben dort 47% (N_E=438) an. Generell untersagt ist der Alkoholkonsum in 40% und generell unerwünscht in 6% der Fälle. Die Zahl der Fälle, in denen es keine einschränkende Regelung für den Umgang mit alkoholischen Getränken gibt, ist in den niedersächsischen Dienststellen mit 5% allerdings deutlich niedriger als in der aktuellen Erhebung.

Geht man einmal davon aus, dass in der Mehrheit der Fälle mit eingeschränkter Erlaubnis des Alkoholkonsums diese Regelung tatsächlich eng ausgelegt wird, und summiert man diese mit den Fällen, bei denen generelle Alkoholkonsumverbote eingeführt wurden, so kann man feststellen, dass in rund drei Viertel der an der Erhebung beteiligten Betriebe und Einrichtungen gar keine alkoholische Getränke angeboten werden oder nur noch bei seltenen Gelegenheiten. Diese Zahlen bestätigen den Eindruck, der auch in den ExpertInnenrunden mit betrieblichen Fachkräften zum Ausdruck gebracht wurde, dass nämlich in den letzten 15 Jahren ein deutlich rückläufiger Alkoholkonsum in ihren Organisationen festzustellen sei.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass ein generelles Alkoholverbot allerdings wenig über die Präventionsabsichten und über die Qualität des Suchtpräventionsprogramms

der Betriebe und Einrichtungen aussagt. In einer Reihe von Fällen wird die Einführung eines Alkoholverbots, so die Aussage der Experten, sogar als Alternativmaßnahme zu notwendigen Aktivitäten in der betrieblichen Suchtprävention gesehen.

Nikotin/Rauchen

Der Prävention gesundheitlicher Gefährdungen durch Nikotinkonsum werden in erster Linie Maßnahmen zugeordnet, die auf das Verhalten der Beschäftigten abzielen oder einen besonderen Nichtraucherschutz gewährleisten. Daher fokussierte die Erhebung in diesem Bereich vor allem auf betriebliche Vereinbarungen und Vorschriften, die das Rauchen über die Arbeitsstättenverordnung hinaus regeln.

Regelungen des Rauchen	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Nicht weiter geregelt	197	32,3
Generell untersagt (rauchfreier Betrieb/Einrichtung)	31	5,1
Gesondert geregelt für bestimmte Räume/Bereiche	372	61
Nicht bekannt	6	1
Keine Angaben	4	0,7
Gesamt	610	100

Tabelle 5.7: Regelungen des Rauchens im Betrieb über die Arbeitsstättenverordnung hinaus

Nach der aktuellen Erhebung existiert über die Arbeitsstättenverordnung hinaus in 32% der Fälle (N=610) keine weitergehende betriebsinterne Regelung. Dagegen wurden in 61% aller Fälle, also in der Mehrheit der beteiligten Betriebe und Einrichtungen, bereits gesonderte Regelungen für bestimmte Bereiche getroffen.

Vergleicht man die Ergebnisse dieser Erhebung mit denen der EvaluationNds.2003, so lassen sich daraus interessante Schlüsse für die Prävention ziehen. Zwischen beiden Erhebungen liegt genau ein Jahr. Und obwohl der in der Arbeitsstättenverordnung 2003 eingeführte Nichtraucherschutz in Niedersachsen in gleichem Umfang bereits 1991 durch einen Beschluss der niedersächsischen Landesregierung in Kraft gesetzt worden war, weichen die Daten erheblich voneinander ab:

Bei der EvaluationNds.2003 hatten noch 65% der beteiligten Dienststellen (NE=438) angegeben, keine über den Beschluss der Landesregierung hinausgehende Regelung getroffen zu haben, während nur 30% über gesonderte Regelungen für bestimmte Bereiche verfügten.

Da die rechtliche Grundlage mit dem Erlass weitgehend übereinstimmt, lässt sich die Differenz, so die Hypothese, vor allem durch die gewachsene Sensibilisierung gegenüber der gesundheitsschädlichen Wirkung des Rauchens für Raucher und Passivraucher erklären. Die massive Aufklärungsarbeit im Bereich der Tabakprävention, die zeitlich in Kombination mit dem gesetzlich erweiterten Nichtraucherschutz einsetzte, dürfte erheblich dazu beigetragen haben.

In der aktuellen Erhebung geben 5% der Fälle (N=610) an, dass ein generelles Rauchverbot ausgesprochen wurde und somit ein rauchfreier Betrieb, eine rauchfreie Einrichtung proklamiert wurde. Diese Zahl deckt sich exakt mit den 5% aus der Evaluation Nds.2003.

Spezielle Regelungen im Umgang mit illegalen Drogen

Da der Konsum illegaler Drogen gesetzlich nicht grundsätzlich verboten ist, ist es für Betriebe sinnvoll, Regelungen des Umgangs mit illegalen Drogen am Arbeitsplatz zu erlassen. Bei der Frage nach speziellen Regelungen in Verbindung mit illegalen Drogen war es von besonderem Interesse zu erfahren, wie häufig in Betrieben und Einrichtungen zurzeit - die arbeitsrechtlich und im Sinne der Suchtprävention durchaus umstrittenen - generellen Drogenkontrollen mittels Screening-Verfahren durchgeführt werden.⁵⁵

Umgang mit illegalen Drogen	Anzahl der Nennungen	Anteil in Prozent
Generelles Verbot	271	44,4
Drogentests / Screenings bei Einstellungen für alle Beschäftigtengruppen	39	6,4
Drogentests / Screenings bei Einstellungen für bestimmte Beschäftigtengruppen (z. B. Auszubildende)	28	4,6
Zufallstests im bestehenden Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnis	11	1,8
Drogentests / Screenings bei Verdacht auf Drogenkonsum	75	12,3
Keine gesonderten Regelungen	317	52
Nicht bekannt	24	3,9

Tabelle 5.8: Regelungen zum Umgang mit illegalen Drogen (Mehrfachnennungen möglich)

Auf der einen Seite geht es um Regelungen hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen.

In 44% der Fälle (N=610) besteht hierfür ein generelles Verbot.

In 52% der Fälle existiert keine gesonderte Regelung für den Umgang mit illegalen Drogen.

Wenn mehr als die Hälfte der beteiligten Betriebe und Verwaltungen keine gesonderte Regelung zum Konsum illegaler Drogen getroffen hat, so können hierfür verschiedene Gründe ausschlaggebend sein:

- Eine große Zahl der Suchtpräventionsprogramme versteht sich nach wie vor als 'Alkoholprogramm'. In solchen Fällen heißt es bestenfalls zusammenfassend, dass 'bei Auffälligkeiten mit anderen Suchtmitteln in Anlehnung an die bestehenden Regelungen verfahren wird'.
- Betriebe, die nicht über Ausbildungsplätze verfügen, glauben oftmals, dass es damit bei ihnen auch keine Drogenprobleme geben könne.
- In vielen Fällen fehlt die Sensibilität gegenüber dem Thema illegale Drogen.

Auf der anderen Seite geht es um Regelungen zum Einsatz von Drogentests.

In 12 % der Fälle kommen über alle Betriebsgrößen hinweg Tests zum Einsatz, wenn bereits Verdachtsmomente auf Drogenkonsum vorliegen.

Die rechtlich und ethisch besonders umstrittenen generellen Drogenkontrollen oder nicht anlassbezogenen Zufallstests machen etwa einen gleichen Anteil aus.

In 6% der Fälle werden für alle Beschäftigten bzw. BewerberInnen im Einstellungsverfahren Drogentests durchgeführt. Außerdem wenden 5% bei der Einstellung bestimmter Beschäftigungsgruppen Drogen-Screenings an. Knapp 2% führen nicht anlassbezogene Zufallstests in bestehenden Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnissen durch. Korreliert man die Ergebnisse mit der Beschäftigtenzahl des Betriebes und dem Sektor, in dem er angesiedelt ist, so kann man erkennen, dass vor allem industrielle Großunternehmen mit über 10.000 MitarbeiterInnen Drogentests generell oder zielgruppenspezifisch durchführen. Obwohl die Zahl der Fälle zahlenmäßig begrenzt ist, sind aufgrund der Größe der beteiligten Unternehmen eine ganz erhebliche Zahl von Beschäftigten und BewerberInnen betroffen.

5.3 Entwicklungsbedarfe zur Information und Vorbeugung

5.3.1 Kontinuierliche, betriebsbezogene Informationen

Der am Anfang des Kapitels beschriebene Standard, die Beschäftigten kontinuierlich, in bestimmten Abständen und bei geeigneten Anlässen zu informieren, muss nach Auswertung der Erhebung als ein anzustrebender Zielstandard angesehen werden, der zurzeit noch weit davon entfernt ist, Realität zu sein.

Um das Ziel kontinuierlicher Information zu erreichen, müssen einerseits im Betrieb die Anstrengungen verstärkt werden, andererseits können aber auch externe Institutionen, wie die DHS, die Landesstellen für Suchtfragen und die BZgA sowie die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, die schon heute eine Vielfalt von Informationsmaterialien zu dem Thema Suchtprävention und –hilfe zur Verfügung stellen, dazu beitragen, indem sie Informationen zu Suchtmitteln und Suchtmittelwirkungen betriebsspezifisch aufbereiten. Das Prinzip "Alles auf einen Blick", d.h. kurze übersichtliche schriftliche Informationen für die betriebliche Verwendung, kann sich dabei als nützliche Orientierung erweisen.

Außerdem fehlt es nach Einschätzung von betrieblichen Experten häufig an geeigneten innerbetrieblichen Informationskanälen und Medien, um die Beschäftigten regelmäßig anzusprechen. Hier könnte die Entwicklung von Informationsstrategien unterstützt werden, z.B. durch Aufbau eines Wissensmanagements für die betriebliche Suchtprävention, das über die elektronischen Medien für alle leicht zugänglich ist.

Es könnten Aktionen angeregt werden, in den Suchtpräventionsprogrammen spezielle Informationen für neue MitarbeiterInnen zu erstellen, um sie bei Arbeits- oder Dienstantritt durch die Personalabteilung zu überreichen. Die Gestaltung des Einstiegs in einen beruflichen Zusammenhang kann als ein wichtiges Element der Unternehmenskultur angesehen werden und sollte unter Beteiligung der betrieblichen Suchtprävention und Gesundheitsförderung weiter ausgebaut werden.

Ausgebaut werden kann auch noch die Information für ausgewählte Zielgruppen (z.B. Auszubildende, Frauen, bestimmte Nationalitäten oder Berufsgruppen). Entsprechend wichtig ist es, dass den internen AkteurInnen in der betrieblichen Suchtprävention die Belegschaftsstruktur und deren Eigenheiten bekannt sind. Suchtpräventive Aspekte können zukünftig vielleicht sogar mit Konzepten des Diversity Managements verknüpft werden.

Besondere Beachtung sollte dem Problem des Medikamentenkonsums und des Konsums illegaler Drogen in der Arbeitswelt geschenkt werden. Die z.T. schon vorliegenden Informationsmaterialien sind für die betriebliche Verwendung weiter zu entwickeln. Ein Wissensma-

nagement in der betriebliche Suchtprävention und –hilfe könnte für eine breitere und qualifiziertere Informationspolitik im Betrieb eine gute Basis schaffen.

Für die Prävention des Konsums und Missbrauchs illegaler Drogen in der Arbeitswelt sind sachliche Information und Aufklärung für alle Beschäftigten notwendig. Differenzierung und Information sind wiederum die Voraussetzung für eine Enttabuisierung der Thematik. Die Präventionsmaßnahmen sollten mit Blick auf die DrogenkonsumentInnen, die im Arbeitsprozess stehen, von der Verhältnismäßigkeit des jeweiligen Mittels ausgehen und das Gefährdungspotenzial im Zusammenhang mit den Anforderungen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Mittelpunkt stellen.

5.3.1 Individuelle Konsumreduzierung

Für die individuelle Konsumreduzierung steht der Ansatz der Drink-Less-Programme, der in Deutschland im Wesentlichen in dem 10-Punkte-Programm zum „Kontrollierten Trinken“ von Körkel aufgeht und geeignet ist, Beschäftigte zu unterstützen, ihren riskanten und schädlichen Alkoholkonsum zu reduzieren.⁵⁶ Dieses Modell scheint noch sehr wenig bekannt zu sein, meist nur bei hauptamtlichen Ansprechpersonen. Die in den Expertendiskussionen beschriebenen positiven Erfahrungen mit dieser Form der Hilfe für Beschäftigte mit riskanten Konsummustern, sollte Anlass sein, das Konzept in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen stärker zu promoten. Falls dagegen in der Fachwelt noch grundsätzliche Bedenken bestehen, könnte eine Studie angeregt werden, die die Wirkung eines entsprechenden Angebotes in der betrieblichen Suchtprävention untersucht.

5.3.3 Konsumeinschränkungen - Konsumkontrollen

Das Konzept der "Punktnüchternheit", das – wie beschrieben - als Präventionsziel für die betriebliche Suchtprävention hervorragend geeignet ist, sollte nach Auslaufen der Kampagnenphase noch weiter verfolgt und medial gestützt werden. Es kann für die betriebliche Verwendung auch noch weiter differenziert werden. „Bei der Arbeit“ nüchtern zu sein, ist klar, was ist aber mit den Arbeitspausen? Das sind häufige Anfragen aus Betrieben. Das Thema der Suchtmittleinwirkung bei Arbeitsantritt ist ebenfalls etwas, was mit einer Reihe konkreter Fragen zu der betrieblichen Einordnung von Suchtmittelwirkungen noch viel breiter aufgegriffen werden sollte. Punktnüchternheit sollte zudem als Standard für Regelungen zum Alkoholkonsum im Rahmen betrieblicher Suchtpräventionsprogramme gefördert werden.

Entwicklungsbedarf gibt es in der betrieblichen Suchtprävention im Bereich der illegalen Drogen, um hierfür fachlich und rechtlich angemessene Standards zu vereinbaren. Es geht vor allem darum, sichtbar zu machen, dass der Bereich der illegalen Drogen mit den gleichen Maßnahmen, mit denen man anderen Suchtmitteln in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe begegnet, konsequent thematisiert und aufgegriffen werden kann, aber auch sollte. „Die Vorstellung von der mystischen Wirkung von Drogen muss überwunden werden. Mehr noch als beim Alkohol – der Kulturdroge – gilt es, bei illegalen Drogen, insbesondere Cannabis, eine Entmythologisierung vorzunehmen.“⁵⁷

Es sollte jedoch der eingeschränkte Blick auf den bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vorzufindenden Drogenkonsum, vorzugsweise von Cannabisprodukten, aufgegeben werden, um die Prävention auf alle Beschäftigtengruppen auszudehnen und sie vor allem auch auf die "Leistungsdrogen" auszurichten. Es ist sinnvoll, die Situation des Drogenkonsums im Be-

trieb oder in der Einrichtung im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms genauer zu erheben, um nicht zu überzogenen Maßnahmen zu greifen, gleichwohl aber das Thema den betrieblichen Anforderungen und Problemstellungen entsprechend ernsthaft zu verfolgen.

Drogenkontrollen sollten grundsätzlich nicht generell, sondern nur entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen anlassbezogen und auf freiwilliger Basis durchgeführt werden.

Staatliche Stellen, Arbeitgeber und Interessenvertretungen bzw. Gewerkschaften könnten sich auf die Leitprinzipien zu Drogen und Alkoholtests am Arbeitsplatz der ILO als Orientierungsrahmen verpflichten. BetriebsärztInnen müssen über die rechtliche und ethische Problematik der Drogentests und über ihre fachliche Verantwortung besser aufgeklärt werden. Die rechtlichen und ethischen Fragen sollten über die engen Fachkreise hinaus intensiver als es bisher der Fall war, mit den Akteuren in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe angesprochen werden.

5.3.4 Gesundheitsförderung und Abbau Sucht fördernder Arbeitsbedingungen

Als Standard ist eine enge Verzahnung der Aktivitäten in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen mit den Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung sowie der Gesundheitsförderung zu fördern. Dafür können Modelle entwickelt werden, bei welchen Aktivitäten und Gestaltungsbereichen sich die Integration suchtpreventiver Themen anbietet.

Das Thema "Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz" kann z.B. ein integrierter Bestandteil der Führungskräfteentwicklung oder der Maßnahmen zum gesundheitsorientierten Führen werden oder in Ziel- und Entwicklungsgesprächen mit Vorgesetzten als eine für sie verbindliche Aufgabe angesprochen werden. Bei Stressmanagement-Seminaren kann der Zusammenhang von Belastungen, Belastungsbewältigung und Suchtmittelgebrauch thematisiert und es können Alternativen aufgezeigt werden.

In Gesundheitszirkeln und anderen aktiven Beteiligungsformen der Gesundheitsförderung können Sucht fördernde Bedingungen in der Arbeitsorganisation oder im Betriebsklima eruiert werden, um gemeinsame Lösungen für ihren Abbau zu finden. Orientierung geben dabei die Ansätze der gesundheitsförderlichen oder salutogenen Arbeitsgestaltung. Für entsprechende betriebliche Projekte kann häufig auch auf die Unterstützung der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger zurückgegriffen werden.

Für die Beteiligten in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen ist der Blick auf die übergreifenden Präventionsmaßnahmen noch nicht selbstverständlich. Über die Ansatzpunkte, die eine Möglichkeit zur Verzahnung gesundheitlicher Aktivitäten mit den Präventionsmaßnahmen der Suchtpräventionsprogramme ergeben, sollte noch mehr aufgeklärt und ein gemeinsamer Austausch angeregt werden. Um die Bereitschaft und die fachlichen Voraussetzungen zur Nutzung der Synergien für die Suchtprävention im betrieblichen Gesundheitsmanagement herzustellen, sollten auf Fachkonferenzen Modelle guter Praxis vorgestellt und in den Qualifizierungsangeboten für haupt- und nebenamtliche Fachkräfte aus Betrieben entsprechende Bausteine vorgesehen werden.

¹ Vgl. DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., (Hrsg.): Die Sucht und ihre Stoffe. Eine informationsreihe über gebräuchliche Suchtstoffe, o.J. DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., (Hrsg.): Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz. Text: U. Pegel-Rimpl, 2. Auflage, Hamm 2001;

- ² Beispielhaft seien hier nur genannt: DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., (Hrsg.): Alkohol - Basisinformationen. 4. neu bearbeitete Auflage, Hamm 2001; Pegel-Rimpl, U.: Alkoholprävention im Betrieb, in: Landesstelle Jugendschutz, Niedersachsen: Weniger Alkohol – mehr Genuss, Hannover 2001; BZGA (Hrsg.): Alles klar? Tipps & Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol, o.J.
- ³ Vgl. Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe. WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit/Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. Bonn. 3. Auflage, Köln 2002
www.nichtrauchertag.de; DHS: Aktionsplan Tabak. Informationen zur Suchtkrankenhilfe 1/2003. Text: W. Farke, Hamm 2003
- ⁴ Vgl. Fuchs, R., Resch, M.: Alkohol und Arbeitssicherheit, Arbeitsmanual zur Vorbeugung und Aufklärung., Göttingen 1996
- ⁵ Vgl. Schwarz, A.: Rundschreiben der Universität Hannover, 2003
- ⁶ *Medikamente*: Vgl. Nette, A.: Medikamentenprobleme in der Arbeitswelt. Ein Handbuch für die betriebliche Praxis. Schriftenreihe der IG Metall 139. Frankfurt/M 1995; Nette, A.: Betriebliche Prävention und Intervention bei Medikamentenproblemen. In: Fuchs, R., Rummel, M. (Hrsg.). Betriebliche Suchtprävention. Göttingen 1998, S.171-181; *Illegale Drogen*: Vgl. Illegale Drogen in der Arbeitswelt. Büro für Suchtprävention Hamburg (Hrsg.), Hamburg 2000, DHS: Substanzbezogene Störungen a.a.O., S. 43ff und S. 57ff
- ⁷ Vgl. Nette, A.: Gutachten: "Prävention von Konsum und Missbrauch illegaler Drogen und psychisch wirksamer Arzneimittel in der Arbeitswelt unter besonderer Berücksichtigung anregender Drogen und Medikamente", Hamburg 2004
- ⁸ Vgl. Nette a.a.O., S 8
- ⁹ Vgl. Nordrhein-westfälisches Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie (Hrsg.): Arbeitswelt NRW 2000, Belastungsfaktoren - Bewältigungsformen - Arbeitszufriedenheit. Zitiert nach Faber a.a.O., S. 2
- ¹⁰ Nette a.a.O., S. 6f
- ¹¹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: <http://www.dhs.de/substanzen.html>, März 2004
- ¹² Ess-Störungen am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche und Kolleginnen und Kollegen. Hrsg.: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Hannover 2004
- ¹³ Vgl. Fleck, J.: Gutachten: Rechtliche Aspekte zum Interventionsleitfaden und Stufenplan in der betrieblichen Suchtprävention, Berlin 2004
- ¹⁴ Ess-Störungen am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche und Kolleginnen und Kollegen. Hrsg.: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Hannover 2004
- ¹⁵ Das Programm wird vom National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) der USA als Angebot an Personen mit riskantem Alkoholkonsum gerichtet, ihren Konsum zu reduzieren. Vgl. www.niaaa.nih.gov/publications/handout.htm
- ¹⁶ Vgl. Körkel, J.: 10-Schritte-Programm zum Erlernen von kontrolliertem Trinken. Veröffentlichung im Internet 2000 .www.kontrolliertes-trinken.de
- ¹⁷ Vgl. Funke, W.: Kontrolliertes Trinken: Option oder Fiktion?. Referat auf dem Selbsthilfetag der ELAS am 20.10.2001 in Dernbach/Monatbaur
- ¹⁸ Vgl. Batra, A., Schütz, C.G., Lindinger, P.: „Leitlinie Tabakentwöhnung“, Kapitel 3. 7, Tabakbedingte Störungen (ICD-10 F 17.xx), unveröff. Manuskript (Vorlage März/2004)
- ¹⁹ Vgl. ebenda
- ²⁰ Vgl. Vgl. Fleck, J.: Rechtliche Praxis bei Drogenkonsum von Arbeitnehmern. In: F. Grotenherm, M. Karus (Hrsg.): Cannabis, Straßenverkehr und Arbeitswelt. Recht-Medizin-Politik. Berlin, Heidelberg 2002, S.71; Heilmann, J.: Zur Diskussion: Rauchen am Arbeitsplatz?, Betriebsberater 1994, S. 715; Urteil des Bundesarbeitsgerichtes, BAG, AP Nr.28 zu §87 BetrVG 1972 – Ordnung des Betriebes (zit. nach Faber a.a.O., S.21)
- ²¹ Vgl. Fleck, J.: Rechtliche Praxis a.a.O., S.61ff
- ²² ebenda

- 23 Vgl. Kohte, W.: Persönlichkeitsrechte und Datenschutz bei Drogenscreening und Gentest. In: BTQ (Hrsg.): Betrieblicher Datenschutz - Aufgaben für Interessenvertretungen und Datenschutzbeauftragte. Hannover 2004, S.69ff; ebenso: Fleck, J. Rechtliche Praxis, a.a.O., S. 78
- 24 Vgl. Urteil des Bundesarbeitsgerichtes, BAG, AP Nr.28 zu §87 BetrVG 1972 – Ordnung des Betriebes (zit. nach Faber a.a.O., S.21)
- 25 Vgl. Batra, A.: Tabakabhängigkeit – Biologische und Psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Bd. 97. Darmstadt 2000
- 26 Vgl. Rauchfrei am Arbeitsplatz a.a.O.
- 27 Vgl. DHS: Aktionsplan Tabak a.a.O., S. 21f
- 28 Vgl. <http://www.rauchfrei-am-arbeitsplatz.de>
- 29 Vgl. Berg, B.: Nichtraucherchutz, Workshop auf der XV. Niedersächsischen Suchtkonferenz am 11.11.2003 in Wunstorf
- 30 Vgl. Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln §29 (BGBl. III 2121-6-24).
- 31 Vgl. Nette a.a.O., S.3
- 32 Vgl. ebenda
- 33 Vgl. Fleck, J.: Rechtliche Praxis a.a.O., S. 67ff; ebenso: Heilmann, J., Wienemann, E., Thelen, W.: Drogenprävention durch Drogen-Screening. In: Arbeitsrecht im Betrieb (AiB), 22 Jg., H. 8, 2001, S. 465ff; ebenso: Kohte, W. a.a.O.
- 34 Vgl. Wienemann, E.: Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement. Die Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention in den USA und in Deutschland von 1800 bis 2000. Stuttgart 2000, S. 136
- 35 Vgl. Heilmann, J., Wienemann, E., Thelen, W. a.a.O., S. 466
- 36 Vgl. Kohte, W. a.a.O, S.74
- 37 Vgl.: Vgl.: "Bewerber müssen zum Drogentest" HAZ - Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 09.08.2001: "Ähnlich argumentiert Matthias Bieberbach von der Niedersächsischen Arbeitsgemeinschaft der Betriebsärzte. Der Mediziner regt die von ihm betreuten Betriebe an, die Tests einzuführen. Zielrichtung sei es zum einen, Gelegenheitskonsumenten davon zu überzeugen, dass es auch ohne Drogen geht, und zum anderen, bei den Tests diejenigen herauszufiltern, die bereits schwer abhängig sind. 'Je früher wir präventiv tätig sind', sagt Bieberbach, 'desto größer sind die Erfolgchancen'."
- 38 Vgl. Kohte, W. a.a.O, S. 72
- 39 Vgl.: "Bewerber müssen zum Drogentest" HAZ - Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 09.08.2001
- 40 Vgl. Nette a.a.O., S. 7
- 41 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Drogenaffinitätsstudie: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1994.
- 42 Vgl. Heilmann, J., Wienemann, E., Thelen, W. a.a.O.; Fleck, J.: Rechtliche Praxis a.a.O., S. 67ff
- 43 Vgl. Heilmann, J., Wienemann, E., Thelen, W. a.a.O., S. 467
- 44 Vgl. Kohte, W. a.a.O, S.72
- 45 Vgl. Däubler, W.: Gläserne Belegschaften? Datenschutz in Betrieb und Dienststelle. In: BTQ (Hrsg.): Betrieblicher Datenschutz - Aufgaben für Interessenvertretungen und Datenschutzbeauftragte. Hannover 2004, S. 42
- 46 Vgl. "Das ist entwürdigend" HAZ - - Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 11.08.2001: "Die Betriebsärzte großer Unternehmen haben am Freitag ihre Testpraxis verteidigt. (...) 'Wir teilen nur mit, ob der Bewerber geeignet, ungeeignet oder eingeschränkt geeignet ist.' Dazu werde der Urin allerdings nicht nur auf Spuren von Drogen untersucht - sondern unter anderem auch auf Anzeichen für Diabetes getestet. Auf eine Schwangerschaft werde bei weiblichen Bewerbern nicht geprüft, versicherte Spallek. Auch sei sichergestellt, dass die Probe wirklich vom Bewerber stamme: 'Die wird quasi unter Aufsicht genommen'."

-
- 47 Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace, Genf 1995, Anhang V: Leitprinzipien zu Drogen- und Alkoholtests am Arbeitsplatz wie sie durch das ILO Interregionale tripartitische Expertentreffen zu Drogen- und Alkoholtests am Arbeitsplatz, 10.-14. Mai 1993, Oslo (Hønefoss) Norwegen, angenommen wurde. (Übersetzung: Ch. Appel)
- 48 ebenda, S. 47f
- 49 Vgl. Gnegel, A., Wienemann, E.: "Gesundheitskompetenz - Gesundheit in eigener Verantwortung", Seminarkonzept in der Sequenz: Schlüsselqualifikationen - Schlüsselkompetenzen im Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft, Universität Hannover 2002
- 50 Vgl. Westerhoff, U.: Gesund Führen. www.bkk.de/gesundheit
- 51 Vgl. Liepmann, D., Gnegel, A., Rainer, L. Fuchs, R.: Alkoholprobleme in der Arbeitswelt. Ein Seminarkonzept zur betrieblichen Alkoholprävention - Leitfaden. Köln 1987
- 52 Vgl. BUGIS Beteiligungs- und umsetzungsorientierte Gefährdungsbeurteilung in Schulen. Abschlussbericht des Projektes in niedersächsischen Schulen. Hannover 2004
- 53 Vgl. <http://www.rauchfrei-am-arbeitsplatz.de>; *ebenso*: www.nichtrauchertag.de
- 54 Ess-Störungen am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche und Kolleginnen und Kollegen. Hrsg.: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Hannover 2004
- 55 Vgl. Heilmann, J., Wienemann, E., Thelen, W. a.a.O.
- 56 Vgl. Körkel, J.: 10-Schritte-Programm a.a.O., <http://www.kontrolliertes-trinken.de>
- 57 Fleck, J.: Rechtliche Praxis a.a.O., S. 67ff

6. Intervention bei Auffälligkeiten und Qualifizierung von Führungskräften

6.1 Standards zur Intervention bei Auffälligkeiten und zur Qualifizierung der Führungskräfte

Gesundheitliche Gefährdungen durch den Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingte Verhaltensweisen treten nicht plötzlich auf, sondern entwickeln sich in einem meist längeren schleichenden Prozess. Häufig nimmt das Umfeld Veränderungen früher wahr, als die betroffenen Personen es sich selbst eingestehen können. Aus diesem Grunde ist es in der Suchtprävention so wichtig, darauf hin zu wirken, dass Auffälligkeiten frühzeitig zur Sprache kommen. Die betrieblichen Suchtpräventionsprogramme haben darin ihren Ursprung, dass dem betrieblichen Umfeld, besonders den Vorgesetzten, ein Verfahren an die Hand gegeben werden sollte, das es ihnen erleichterte, frühzeitig und sachgerecht zu intervenieren.¹ Auf diese Weise können Beschäftigte motiviert werden, ihren riskanten Suchtmittelgebrauch oder das Gesundheit gefährdende Verhalten rechtzeitig abzustellen oder zu reduzieren, ehe es zu gesundheitlichen und sozialen Schädigungen kommt und z.B. der Arbeitsplatz gefährdet wird.

Als Instrument für sachgerechte Interventionen bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten von MitarbeiterInnen oder bei Störungen im Arbeitsumfeld in Verbindung mit Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingten Verhaltensweisen wird den Personalverantwortlichen eine gestufte Gesprächsfolge, das Stufenverfahren oder der Stufenplan, zur Verfügung gestellt.

Neben diesem mit dem Ziel der Suchtprävention und -hilfe entwickelten Verfahren hat sich das Vorgehen bei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und Gefährdung der Arbeitssicherheit unter akutem Einfluss von "Alkohol, Drogen und berauschenden Mitteln" als ein weiteres Interventionsverfahren herausgebildet.

Ein fester Bestandteil des Suchtpräventionskonzeptes ist es, Personalverantwortliche für ihre Aufgaben und die Interventionen bei Auffälligkeiten durch Schulungen und Trainings gut zu rüsten.

6.1.1 Verfahren bei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und Gefährdung der Arbeitssicherheit durch Suchtmittel

Alkohol, Drogen und andere berauschende Mittel am Arbeitsplatz, zu denen explizit auch eingenommene Medikamente zählen, werden als Arbeitssicherheitsrisiko wahrgenommen, durch das Personen sich selbst und andere gefährden können. Die Arbeitsschutzvorschriften legen die Sicherheit der Beschäftigten bei der Arbeit und auf dem Arbeitsweg in die Verantwortung des Betriebes oder der Einrichtung.

Bis zum Jahresende galt hierfür einheitlich der § 38 UVV (Unfallverhütungsvorschriften). Dieser gilt auch - vorläufig - weiterhin für den Bereich der Gemeindeunfallversicherung, während die Arbeitsschutzvorschriften für den privatwirtschaftlichen Bereich seit dem 01.01.2004 in den §§ 7 und 15 BGV A1 geregelt wurden. (Abb. 6.1) Ziel der angesprochenen Vorschriften ist es, Gefährdungen durch psychoaktive Substanzen auszuschließen. Der Arbeitgeber,

d.h. konkret die Vorgesetzten stehen in der Pflicht, im Einzelfall die Arbeitsfähigkeit festzustellen und ggf. einen ungefährdeten Heimtransport sicherzustellen.

Als Standard in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe sollte ein transparentes Verfahren in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung festgeschrieben werden. Die Regelungen haben sich insofern bewährt, als sie dazu beitragen, den Vorgesetzten ein vereinbartes Verfahren an die Hand zu geben, das im Einzelfall die Sicherheit gibt, im Sinne des Arbeitsschutzes und der Prävention von Gesundheitsgefahren zu handeln. Vorgesetzte benötigen ihrerseits diese Unterstützung, um verantwortungsbewusst und konsequent zu reagieren. Das Vorgehen zur Arbeitssicherheit ersetzt nicht das Interventionsverfahren nach Stufenplan. Im Sinne der Suchtprävention sollte die Intervention im erstgenannten Fall vielmehr als Anlass angesehen werden, um ein Gespräch der ersten Stufe nach dem Stufenplan anzusetzen.

Die 1998 in Kraft getretene niedersächsische Rahmenempfehlung macht einen Vorschlag für das Vorgehen in solchen Situationen, in denen MitarbeiterInnen unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Mitteln nicht mehr beschäftigt bzw. ein Fahrzeug führen dürfen.² Es wurde den neuen rechtlichen Anforderungen entsprechend modifiziert. (Abb. 6.1)

Intervention bei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und Arbeitssicherheit

**Gewerbliche Berufgenossenschaften BGV A1
Gemeindeunfallversicherung GUV V A1**

- § 7:
(2) Der Unternehmer darf Versicherte, die erkennbar nicht in der Lage sind, eine Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, mit dieser Arbeit nicht beschäftigen.
- § 15:
(2) Versicherte dürfen sich durch den Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Mitteln nicht in den Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.
(3) Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten.

Gültig seit 01.01.2004 (ehemals § 38 UVV)

Vorgehen bei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch berauschende Mittel

Im Falle akuter Alkoholisierung oder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch andere berauschende Mittel sollte folgendes Vorgehen vereinbart werden:

- a) Bei Verdacht darauf, daß Beschäftigte unter Einfluß von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln stehen, muß der oder die Vorgesetzte entscheiden, ob die oder der Beschäftigte ihre oder seine Arbeit fortsetzen kann.
- b) Vorgesetzte sind gehalten, auch den Hinweisen aus dem Kreis der Beschäftigten nachzugehen.
- c) Kriterium für die Entscheidung, Beschäftigte, die unter Einfluß von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln stehen, vom Arbeitsplatz zu entfernen, ist der sogenannte "Beweis des ersten Anscheins" und die allgemeine Lebenserfahrung der oder des Vorgesetzten.
- d) Der oder die Vorgesetzte zieht mindestens eine weitere Person hinzu (Beweishilfe).
- e) Der oder die Beschäftigte hat die Möglichkeit, sich zum Gegenbeweis einem Test auf Suchtmittelgebrauch zu unterziehen oder bei Medikamenten die Eignung für die Tätigkeit (betriebs-) ärztlich bestätigen zu lassen.
- f) Wird der oder die Beschäftigte nach Hause entlassen, trägt die Dienststelle die Verantwortung für den sicheren Heimweg.
- g) Veranlaßt der oder die Vorgesetzte einen Heimtransport, hat der oder die Betroffene die Kosten zu tragen.
- h) Ist die oder der Beschäftigte durch eigenes Verschulden an seiner oder ihrer Dienstleistung verhindert, besteht für die ausgefallene Arbeitszeit kein Anspruch auf Bezüge.

Abbildung 6.1: Intervention bei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit / Arbeitssicherheit

Die Vereinbarung des Vorgehens zur Arbeitssicherheit kann auch als kulturelles Signal für einen verantwortungsvollen Umgang mit der Frage des Suchtmittelkonsums dienen, indem deutlich hervorgehoben wird, dass man eine Gefährdung der Beschäftigten durch Alkoholkonsum im Betrieb oder der Einrichtung nicht dulden will.

Der neue § 15 BGV A1 bezieht in Absatz 3 erstmals explizit die Einnahme von Medikamenten als Gefährdungsfaktor für die Arbeitssicherheit mit ein. Das entspricht zwar schon seit längerem der Rechtsprechung³, wurde in den Betrieben bisher äußerst selten besonders berücksichtigt. Deshalb wird hier eine spezielle Vorgehensweise für eine angemessene Einbeziehung der Medikamentenproblematik in das betriebliche Suchtpräventions- und Arbeits-

sicherheitskonzept vorgeschlagen (Abb. 6.2). Sie ist in verschiedenen ExpertInnendiskussionen abgestimmt worden und orientiert sich an den Empfehlungen der ILO wo es heißt:

"Wo der Gebrauch von Medikamenten zu deutlichen Einschränkungen führen könnte, sollte das Individuum einen qualifizierten Arbeitsmediziner konsultieren und den Vorgesetzten rechtzeitig informieren, entsprechend dem normalen Vorgehen für die Abwesenheit aus Gesundheitsgründen. Ein qualifizierter Arbeitsmediziner sollte dann die Arbeitstauglichkeit mit jeder nötigen Einschränkung festlegen."⁴

Gefährdung am Arbeitsplatz durch Medikamente

Nebenwirkungen von Medikamenten	Weitere schwer kalkulierbare Komplikationen
<ul style="list-style-type: none"> ○ verlängerte Reaktionszeiten ○ Gleichgewichtsstörungen ○ mangelndes Konzentrationsvermögen ○ verminderte Aufmerksamkeit ○ schlechtere Informationsaufnahme und Verarbeitung ○ nachlassende Geschicklichkeit ○ erhöhte Blendempfindlichkeit ○ Einschränkungen des Sichtfeldes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ individuelle Reaktionen, insbesondere zu Beginn der Medikamenteneinnahme ○ bei Medikamenten mit hohem Suchtpotenzial überproportional hohe Zunahme der Nebenwirkungen bei Dosissteigerung ○ Wechselwirkung bei Medikamentenkombinationen, gleichzeitigem Alkoholkonsum oder bei zusätzlicher Einwirkung von tätigkeitsbedingten Schadstoffen ○ Langzeitwirkungen ○ Umkehrung der gewünschten Wirkung ins Gegenteil bei plötzlichem Absetzen („Rebound“)

Quelle: Medikamente und Sicherheit. In: Sicherheitsbeauftragter (2002), Nr. 8. S. 6-7.

Empfehlung im Umgang mit Medikamenten am Arbeitsplatz

1. Zur Abwendung von Gefährdungen, hat der Arbeitgeber die Beschäftigten über mögliche Auswirkungen von Medikamenten auf die Arbeitssicherheit zu informieren. Die Unterweisung hat zum Ziel, die Handlungskompetenz und Eigenverantwortung der Beschäftigten zu stärken.
2. Beschäftigte, die Medikamente einnehmen, dürfen ihrer Arbeit nur nachgehen, wenn sie dadurch nicht sich und andere gefährden. Bei Medikamenteneinnahme sollten Hinweise auf mögliche Einschränkungen, besonders für die Teilnahme am Straßenverkehr und für das Bedienen von Maschinen beachtet werden. Beschäftigte sollten sich dazu von ihrem behandelnden Arzt beraten lassen und/oder ggf. eine Beratung beim Betriebsarzt einholen.
3. Vorgesetzte sollen Beschäftigte auf die Möglichkeit der betriebsärztlichen Beratung verweisen, wenn diese angeben (z.B. nach Rückkehr aus krankheitsbedingter Abwesenheit), Medikamente einnehmen zu müssen. Damit können mögliche Gefährdungen am Arbeitsplatz oder auf dem Arbeitsweg vermieden werden.

Abbildung 6.2: Gefährdung am Arbeitsplatz durch Medikamente

6.1.2 Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz und Hilfeangebote

Gestufte Interventionen bilden quasi das Rückgrat betrieblicher Suchtpräventionsprogramme. Der Stufenplan beschreibt das Verfahren gegenüber Beschäftigten, die ihre arbeits- oder dienstrechtlichen Verpflichtungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingten Verhalten vernachlässigen oder dadurch Störungen im Arbeitsablauf oder im Arbeitsumfeld verursachen. Ziel ist es, die betroffenen Personen mit den Auffälligkei-

ten zu konfrontieren, ihnen deutlich zu machen, welche Änderungen im Arbeitsverhalten von ihnen konkret erwartet werden, ihnen aber auch einerseits die möglichen Konsequenzen aufzuzeigen, die sich aus einem fortgesetzten Fehlverhalten zukünftig ergeben werden und ihnen andererseits Hilfen anzubieten und Perspektiven zu eröffnen, wenn sie dazu Unterstützung brauchen. Es gehört zu den originären Aufgaben der Personalverantwortlichen, und hier wiederum in erster Linie der Vorgesetzten, die betroffenen Personen darauf anzusprechen, welche Verhaltensänderung erwartet wird und welche Hilfe der Betrieb bzw. die Einrichtung ihnen bietet, um dieser Aufforderung zukünftig nachkommen zu können.

Leitungen und Interessenvertretungen stimmen den Stufenplan ab, vereinbaren ihn möglichst in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung und vertreten ihn gemeinsam.

Da es seit den 80er-Jahren bis zur Veröffentlichung der DHS-Broschüre "Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz" in Jahr 2000 keine breit publizierten Stufenplan-Modelle mehr gab, sind die heute vorliegenden Stufenpläne in der Praxis von Hand zu Hand gegangen, ohne jeweils auf fachlich-inhaltliche und rechtliche Korrektheit und Aktualität überprüft worden zu sein. So ist es nicht verwunderlich, dass in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen gegenwärtig viele nicht zeitgemäße Stufenpläne existieren und sich grundlegende Kritik breit machte und abweichende Formate eingesetzt wurden.⁵

- Vorliegende Stufenpläne setzen oftmals erst bei "Anzeichen einer Suchterkrankung" an, so dass der Intervention quasi eine "Diagnose" durch den Vorgesetzten vorausgehen muss. Sie verzögern den Interventionszeitpunkt bis weit in das Krankheitsgeschehen hinein, statt durch frühzeitige Gespräche in den ersten Stufen schon zum Zeitpunkt eines riskanten Konsums präventiv einzugreifen.
- Bei verschiedenen Stufenplänen kann ein "Ausfransen" nach vorne z.B. durch die Einführung einer Stufe 0 oder die mehrfache Wiederholung der Gespräche in Stufe I festgestellt werden oder einige öffnen sich in abschließenden Stufen wieder und bleiben in ihren Konsequenzen offen.
- Eine ganze Reihe von den gegenwärtigen Stufenplänen enthalten arbeits- und dienstrechtlich fragwürdige Formulierungen oder verstoßen sogar gegen geltendes Recht.
- Inhaltlich sind die Stufenpläne außerdem nicht mit den neuen Ansätzen in Beratung und Therapie abgestimmt. Die Möglichkeiten ambulanter Therapien, intensiverer Fallbegleitungen (Case Management), regional orientierter Hilfeangebote und die Erkenntnisse der Rückfallforschung sind vielfach überhaupt noch nicht berücksichtigt.

Für diese Expertise wurde deshalb ein neuer Modell-Stufenplan entwickelt (bzw. richtigerweise zwei, da sich der für die Privatwirtschaft (Abb. 6.3) von dem für den öffentlichen Dienst mit Berücksichtigung des Beamtenrechts (Abb. 6.4) inhaltlich geringfügig unterscheidet). Dafür wurden zunächst eine Reihe vorliegender Stufenpläne ausgewertet, Expertengespräche geführt, ein Rechtsgutachten eingeholt und schließlich die Entwürfe in mehreren Expertenrunden vorgestellt und ihre Anregungen eingearbeitet.

Der neue Standard ist ein Stufenplan, der

1. eingebettet ist in ein Interventionskonzept, das im Sinne der Frühintervention und der Prävention von gesundheitlichen und sozialen Problemen weitere frühzeitig anzusetzende Gespräche vorsieht;
2. die rechtlichen Anforderungen aus dem Arbeits- und Dienstrecht sowie aus der neueren Rechtsprechung berücksichtigt;
3. der im fortgeschrittenen Verfahren eine intensivere Fallbegleitung (nach dem Ansatz des Case-Managements) vorsieht.

Entwurf eines Interventionskonzeptes bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (Privatwirtschaft)

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

Fürsorgegespräch

Das Fürsorgegespräch ist ein Mitarbeitergespräch bei *Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die zu Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld führen (können)*. Ziel ist es, der Verfestigung von Problemen vorzubeugen und den einzelnen Beschäftigten frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung vonseiten des Arbeitgebers bzw. des/der Vorgesetzten erwarten können, wenn sie dies wünschen. Es ist ein Element gesundheitsorientierter Führung. Es ist *nicht* Bestandteil des Stufenplans und hat keinen disziplinierenden Charakter.

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

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

- Persönlichen Eindruck ansprechen, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die auch am Arbeitsplatz sichtbar werden;
- wahrgenommene Veränderungen konkret benennen;
- Frage danach, ob der/die Beschäftigte Unterstützung wünscht und wenn ja, in welcher Form;
- Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote (soziale Ansprechpersonen - sofern vorhanden, betriebsärztlicher Dienst u.a.) und externe Hilfemöglichkeiten (einschlägige Beratungsstellen, Arzt).

und/oder

Klärungsgespräch

Das Klärungsgespräch setzt die *wiederholte Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten voraus, die nicht (eindeutig) im Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch oder süchtigem Verhalten* stehen. Ziel des Klärungsgesprächs ist es, ein Feedback zu den Auffälligkeiten zu geben, die Erwartungen an das zukünftige Verhalten zu benennen und konkrete Schritte zu vereinbaren sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Es ist *nicht* Bestandteil des Stufenplans.

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

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten in Verbindung mit persönlichen, gesundheitlichen oder sozialen Problemen von Beschäftigten hat die/der unmittelbare Vorgesetzte mit der betroffenen Person ein Gespräch zu führen. Das Gespräch umfasst folgende Inhalte:

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
- Besorgnis ausdrücken, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeits- und Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
- Aufzeigen der Erwartungen des/der Vorgesetzten an das weitere Arbeitsverhalten, zukünftiges Verhalten präzise beschreiben;
- Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote (soziale Ansprechpersonen - sofern vorhanden, betriebsärztlicher Dienst u.a.) und externe Beratungsmöglichkeiten (Adressen von Psychosozialen Beratungsstellen, einschlägigen Fachberatungen);
- Konkrete Vereinbarung der weiteren Schritte;
- Festlegen eines weiteren Gesprächs, um über die weitere Entwicklung des Verhaltens Rückmeldung zu geben (Rückmeldegespräch) in ca. 6-8 Wochen.

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

Interventionskette (Stufenplan) bei Suchtmittelauffälligkeiten und suchtbedingtem Verhalten

Stufenplangespräche setzen dort an, wo ein *Verstoß gegen arbeitsvertragliche Pflichten oder deren Vernachlässigung in Verbindung steht mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingtem Verhalten*. Ziel der betrieblichen Intervention ist eine Korrektur des Arbeits- und Leistungsverhaltens. Sofern den angesprochenen Beschäftigten eine Veränderung ihres Verhaltens aus eigener Kraft nicht gelingt oder mehr nicht möglich ist, z.B. bei Abhängigkeit oder Suchtgefährdung, erhalten sie ein Hilfeangebot und werden aufgefordert, sich intern oder extern Beratung zu holen und - wenn notwendig - therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hierfür wird ihnen betriebliche Unterstützung zugesagt. Die Nichtannahme der Beratungs- und Hilfeangebote ist disziplinarisch nicht zu beanstanden, es sei denn, sie seien als Zusatz zum bestehenden Arbeitsvertrag vereinbart worden. Sanktioniert werden können im weiteren Verlauf nur die erneuten oder fortgesetzten Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten.

1. Gespräch: Einstieg in den Stufenplan

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

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

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

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

Bei positiver Verhaltensänderung:

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

Stufe I

Bei erneuter oder fortgesetzter Auffälligkeit

2. Gespräch:

Beteiligte: • Beschäftigte/r

- unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächst höhere/r Vorgesetzte/r bzw. Personalabteilung,
- Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung (sollten dazu geladen werden, jedoch ist vor Gesprächsbeginn die Zustimmung der oder des Betroffenen einzuholen),
- Auf Wunsch des oder der Betroffenen die Ansprechperson für Suchtfragen.

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

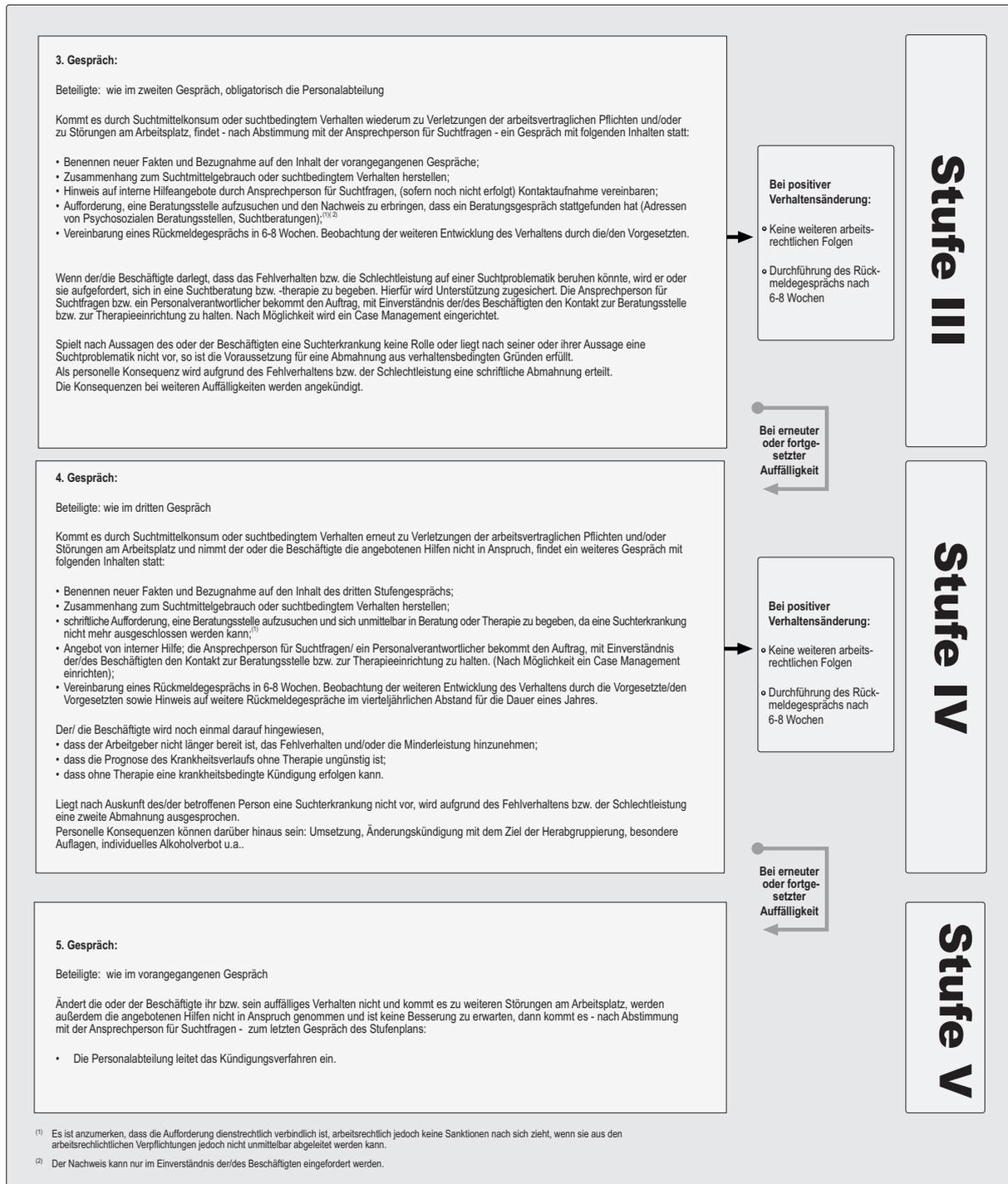
- Benennen der neuen Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des vorangegangenen Gesprächs;
- Zusammenhang zu Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten erneut aufzeigen;
- Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote (Name/Telefon Ansprechperson für Suchtfragen - sofern vorhanden) und externe Beratungsmöglichkeiten aufzeigen (Adressen von Suchtberatungsstellen, suchtmittelmedizinisch ausgebildeten Ärzten);
- Aufforderung, eine Beratung aufzusuchen;⁷¹⁾
- Ankündigung von Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten; Hinweis auf Stufenplan;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6-8 Wochen und Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens.

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

Bei positiver Verhaltensänderung:

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

Stufe II



⁽¹⁾ Es ist anzumerken, dass die Aufforderung dienstrechtlich verbindlich ist, arbeitsrechtlich jedoch keine Sanktionen nach sich zieht, wenn sie aus den arbeitsrechtlichen Verpflichtungen jedoch nicht unmittelbar abgeleitet werden kann.
⁽²⁾ Der Nachweis kann nur im Einverständnis der/des Beschäftigten eingefordert werden.

Abbildung. 6.3: Interventionskonzept Privatwirtschaft

Quelle: Fleck/Pegel-Rimpl/Wienemann 2004

6.1.2.1 Das Interventionskonzept: Fürsorgegespräch, Klärungsgespräch und Stufenplan

Mit der Einbettung des Stufenplans in ein erweitertes Interventionskonzept mit einem Fürsorgegespräch und/oder einem Klärungsgespräch, die vorgeschaltet sein können, aber nicht zwangsläufig vorausgehen müssen, werden im Wesentlichen zwei Ziele verbunden:

- Zum einen soll eine möglichst frühzeitige Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz angeregt werden, die (noch) nicht mit Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten in Zusammenhang gebracht werden (können),
- zum anderen soll der Stufenplan aber auch als ein eindeutiger Interventionsleitfaden mit klaren und konsequenten Schritten bei sucht(mittel)bedingten Auffälligkeiten erhalten bleiben, weil das Verfahren für die Beteiligten transparent und nachvollziehbar sein soll.

Es soll nicht verhehlt werden, dass es zwar in den ExpertInnenrunden mehrheitlich sehr viel Zustimmung zu der Erweiterung gab, aber bei einigen Fachleuten auch Zweifel gegenüber dieser Lösung geblieben sind. Es bestand die Befürchtung, dass der Einstieg in den Stufenplan auf diese Weise doch nur wieder verzögert werden könnte oder das Stufenverfahren dadurch unübersichtlich und inkonsequent wirken würde.

Auffälligkeiten am Arbeitsplatz

Der Anlass der Intervention des/der Vorgesetzten sind Signale im Arbeits- und Leistungsverhalten der MitarbeiterInnen, die Störungen im Arbeitsablauf oder eine Verletzung arbeitsvertraglicher Pflichten verursachen oder wo sich dies als Folge abzeichnet. Die Ursachen der Auffälligkeiten können in diesem Stadium meist noch auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden, von denen der Suchtmittelkonsum oder -missbrauch nur eine Möglichkeit ist.

Auffälligkeiten können sich am Arbeitsplatz auf verschiedenen Ebenen zeigen:

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

Die beschriebenen Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten können durch verschiedene Ursachen ausgelöst werden, etwa durch

- persönliche Lebenskrisen (z.B. Tod im persönlichen Umfeld, Probleme mit Partnern und Kindern, Trennung, finanzielle Probleme);
- Konflikte am Arbeitsplatz (z.B. unzureichende Aufgaben- und Rollenklarheit, Konkurrenz unter Kolleginnen und Kollegen, Druck von oben);
- Riskanter oder schädigender Suchtmittelkonsum (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen) oder suchtähnliche Verhaltensweisen (z.B. Arbeitssucht, pathologisches Spielen, Essstörungen)
- Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Ängste, Depressionen, manische Phasen)
- Befindlichkeitsstörungen (z.B. Stress, Überforderung, Burn-out, psychosomatische Erkrankungen).

Ein Ziel gesundheitsorientierter Führung ist es zu klären, inwieweit arbeits- oder betriebsbedingte Faktoren an der Entstehung der spezifischen Auffälligkeiten beteiligt sein können und Unterstützung anzubieten. Ein Fürsorge- oder Klärungsgespräch bietet sich dann an, wenn Auffälligkeiten festgestellt werden, bei denen ein Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtes Verhalten nicht wahrscheinlich ist oder nicht festgestellt werden kann.

Fürsorgegespräch

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

Ein Fürsorgegespräch ist ein Mitarbeitergespräch, das arbeitsrechtlich nur bei solchen Auffälligkeiten am Arbeitsplatz geführt werden darf, die absehbar oder mit großer Wahrscheinlichkeit zu Störungen im Arbeitsablauf und/oder im Arbeitsumfeld führen werden. Ziel ist es, der betroffenen Person frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung vonseiten des/der Vorgesetzten erwarten können, wenn sie dies wünschen. Das Fürsorgegespräch ist nicht Bestandteil des Stufenplans und ist diesem auch nicht zwangsweise oder automatisch vorgeschaltet. Es hat in keinem Fall einen disziplinierenden Charakter.

Klärungsgespräch

Das Klärungsgespräch setzt dagegen schon die wiederholte Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten voraus. Ziel des Klärungsgesprächs ist es, ein Feedback zu den Auffälligkeiten zu geben, die Erwartungen an das zukünftige Verhalten zu benennen und konkrete Schritte zu vereinbaren sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Das Klärungsgespräch ist ebenfalls nicht Bestandteil des Stufenplans.

Im Klärungsgespräch werden die konkreten Fakten (Zeit, Ort, Vorfall) aufgezeigt. Es wird die Besorgnis ausgedrückt, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeits- und Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen. Die konkreten Erwartungen des/der Vorgesetzten an das weitere Arbeitsverhalten benannt und konkrete Schritte vereinbart.

Bestandteil des Klärungsgesprächs ist der Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote und/oder externe Beratungsmöglichkeiten für die von dem/der Beschäftigten genannten Problem- und Ursachenbereiche.

Außerdem wird in ca. 6-8 Wochen ein weiteres Gespräch vereinbart, um über die weitere Entwicklung des Verhaltens Rückmeldung zu geben (Rückmeldegespräch). Der/die Vorgesetzte fertigt schließlich eine Gesprächsnotiz zu dem Gespräch an, die dem/der Beschäftigten ausgehändigt wird.

Interventionskette - Stufenplan

Liegen der/dem unmittelbaren Vorgesetzten dagegen bei sichtbar werdenden Auffälligkeiten von Beschäftigten am Arbeitsplatz zugleich Hinweise auf einen riskanten Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtes Verhalten vor, so ist und bleibt es auch nach dem neuen Modell ganz eindeutig ihre/seine Aufgabe, ein Gespräch der ersten Stufe nach dem Stufenplan anzusetzen. Die weitere Entwicklung hängt dann davon ab, ob die angesprochene Person bereit und in der Lage ist, das auffällige Verhalten aus eigener Kraft abzustellen oder sich dafür intern oder extern Hilfe zu holen. Wenn keine positive Veränderung eintritt, folgen weitere Stufengespräche entsprechend des Verfahrens.

6.1.2.2 Rechtliche Anforderungen an den Stufenplan⁶

Ein Stufenplan schafft - sofern er als oder in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung (BV/DV) abgeschlossen wurde - eine verbindliche Rechtsgrundlage für die Vorgehensweise bei sucht(mittel)bedingten Auffälligkeiten. Übergeordnete rechtliche Normen, Arbeits- und dienstrechtliche Grundsätze und ihre Veränderungen durch die Rechtssprechung sind bei der Abfassung der Stufenpläne zu beachten. Bei den zu berücksichtigenden rechtlichen Anforderungen an den Stufenplan geht es vor allem um die folgenden Fragen:

- Wann sind Interventionen bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz rechtmäßig?
- Welche Auflagen und Sanktionen sind im Rahmen des Hilfeangebotes und des so genannten konstruktiven Drucks rechtlich zulässig?
- Welche Besonderheiten des Beamtenrechts sind zu berücksichtigen?

Rechtliche Voraussetzungen für die Interventionen bei Auffälligkeiten

Aus Sicht der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe ist die Intervention bei gesundheitlichen und/oder sozialen Auffälligkeiten am Arbeitsplatz ein Teil der Fürsorgepflicht.

Sie ist - rechtlich gesehen - aber auch ein Eingriff in die Intimsphäre des oder der Beschäftigten. Für diese/n besteht deshalb rechtlich keine Verpflichtung, mit dem Arbeitgeber oder dessen VertreterIn über die eigene Gesundheit zu reden.⁷

Für die präventive Arbeit im Betrieb ergibt sich daraus ein Dilemma: Einerseits soll im Sinne gesundheitsorientierter Führung möglichst frühzeitig bei Auffälligkeiten interveniert werden. Andererseits muss der Persönlichkeitsschutz gewahrt bleiben. Allein die Sorge um die Gesundheit einer Person reicht nicht aus, um aus der Rolle des /der Vorgesetzten heraus zu intervenieren. Eine derartige Ansprache kann ausschließlich auf der kollegialen Ebene erfolgen.

Eine Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz darf durch Personalverantwortliche nur erfolgen, wenn

- eine Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten (Haupt- und Nebenpflichten) vorliegt oder konkret absehbar ist,
- Störungen im Arbeitsablauf und/oder im Arbeitsumfeld verursacht werden,
- davon auszugehen ist, dass arbeitsbedingte Faktoren mit verursachend sein könnten bei der Entstehung der Problemen, die den Auffälligkeiten zugrunde liegen.

Eine Intervention nach Stufenplan erfolgt dagegen dann, wenn die Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten in Verbindung mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingtem Verhalten stehen.

Als Standard für die Intervention muss also gelten: Der Schutz der Persönlichkeit muss in der Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb beachtet werden und die Einhaltung der Rechte gewährleistet bleiben.

Auflagen und Sanktionen im Stufenplan

Die größten Abweichungen von geltenden rechtlichen Normen und Auffassungen bestehen in den Stufenplänen bei den Auflagen, die als Elemente des so genannten "konstruktiven Drucks" den Hilfeangeboten Nachdruck verleihen sollen.

Ein Stufenplan ist letztlich eine Handlungsanleitung für psycho-soziales Handeln im Betrieb, bei dem das betriebsübliche Vorgehen bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten, nämlich

- Spiegelung der Auffälligkeiten, Konfrontation mit den Tatsachen,
- Beschreibung der Anforderungen bzw. der zukünftigen Verhaltenserwartungen,
- Ankündigung von disziplinarischen Folgen, Sanktionen bei Nichterfüllung,

Das Ziel ist die Hilfe zu Selbsthilfe, d.h. dieses spezifische Angebot für Suchtgefährdete und Suchtkranke soll die Voraussetzungen verbessern, damit die Betroffenen – mit Unterstützung des Betriebes - selbst aktiv werden, um ihre Gesundheit nicht zu gefährden oder sie wiederherzustellen und sich ihren Arbeitsplatz zu erhalten.

Die Stufenpläne berücksichtigen in den gegenwärtigen Fassungen in vielen Fällen weder die aktuellen fachlichen, an den Ansätzen der Suchtprävention und Suchthilfe orientierten Standards, noch die rechtlichen.

a) In den einzelnen Stufengesprächen wird der auffällig gewordenen Person häufig die Auflage gemacht, in einem bestimmten Zeitraum eine Beratungsstelle aufzusuchen. Es kann sich hierbei aber nur um ein Angebot handeln.

Rechtlich unzulässig ist z.B. die folgende Hilfe-/Sanktionskombination aus der Betriebsvereinbarung eines Industriebetriebes: "Bei dieser Gelegenheit wird der/die Betroffene aufgefordert, eine vom Arbeitskreis 'Betriebliche Suchtkrankenhilfe' vorgeschlagene Beratungsstelle innerhalb einer Woche aufzusuchen und den Besuch nachzuweisen. Eine Abmahnung wird in dem Fall angekündigt, dass der/die Betroffene das Hilfsangebot nicht annimmt."

1. Rechtlich gilt die Erkrankung von ArbeitnehmerInnen grundsätzlich als Privatsache⁸, es sei denn es handelte sich um eine arbeitsbedingte Erkrankung oder einen Arbeitsunfall. Die Aufforderung, eine betrieblicherseits vorgegebene Beratungsstelle aufzusuchen, verstößt gegen das Recht auf freie Arzt- und Behandlungswahl.
2. Eine Nichtannahme des Beratungs- und Hilfeangebotes ist disziplinarisch nicht zu beanstanden, es sei denn, es ist als Zusatz zum bestehenden Arbeitsvertrag vereinbart worden.
3. Der Verstoß gegen die arbeitsvertraglichen Pflichten, der das Stufengespräch veranlasst hat, kann nicht erst dann rückwirkend ausgesprochen werden, wenn die Auflage, eine Beratungsstelle aufzusuchen, nicht erfüllt wird. Sanktioniert werden können deshalb im weiteren Verlauf nur die erneuten oder fortgesetzten Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten.

b) Das Stufengespräch ist ein Disziplinargespräch und berührt das arbeitsvertraglich/dienstrechtliche Verhältnis zwischen Arbeitgeber bzw. Dienststelle und Beschäftigten.

Rechtlich unzulässig ist z.B. folgende Passage aus der Dienstvereinbarung einer Hochschule: Das Personaldezernat "lädt die unter Abs. 3 genannten Personen zu einem Gespräch ein. Zu diesem Gespräch können auch Kollegen und - in Absprache mit dem Sozialarbeiter - auch Familienangehörige und Freunde eingeladen werden."

1. Der Persönlichkeitsschutz des oder der Beschäftigten ist auch im Stufengespräch zu wahren.
2. Weitere TeilnehmerInnen an dem Stufengespräch können nur auf Wunsch oder mit Einverständnis des oder der betroffenen Beschäftigten hinzugezogen werden.
3. Das Einverständnis des oder der Beschäftigten kann nicht durch eine dritte Person ersetzt werden.

c) Um suchtgefährdete Beschäftigte vor, während und nach einer Therapie zu motivieren, zu stabilisieren und zu unterstützen, kann ihnen die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe nahe gelegt werden.

Rechtlich unzulässig ist dagegen die folgende Auflage aus der Dienstvereinbarung einer Stadtverwaltung: „...Dabei ist das Ziel, die Krankheitseinsicht des/der Betroffenen mit allen Mitteln zu fördern. Die Betroffenen werden aufgefordert, sich unverzüglich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen und eine der örtlichen Beratungsstellen aufzusuchen. Sie erhalten eine Abmahnung, wenn sie dieses Hilfsangebot nicht annehmen.“

1. Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe gehört zum privaten Lebensbereich eines/einer Beschäftigten. Sie kann betrieblicherseits nur empfohlen werden.
2. Die Nichtteilnahme an der Selbsthilfegruppe stellt keine Verletzung der Haupt- oder Nebenpflichten aus dem Arbeitsvertrag dar und rechtfertigt keine verhaltensbedingte Kündigung, d.h. das Verhalten kann auch nicht abgemahnt werden, es sei denn eine solche Nebenpflicht sei einzelvertraglich vereinbart worden.
3. Im Übrigen kann Krankheit nicht abgemahnt werden, was - in der Konsequenz - auch für krankheitsbedingtes (Fehl)Verhalten gilt.

d) Übergeordnete rechtliche Normen müssen in den Stufenplänen bzw. der BV/DV beachtet werden. Das gilt z.B. für das Kündigungsschutzrecht. Der individuelle Kündigungsschutz darf durch den Stufenplan nicht aufgehoben werden.

Rechtlich unzulässig ist z.B. die folgende Regelung aus dem Stufenplan einer Klinik: "Lehnt der /die Betroffene trotz Abmahnung die angebotenen Hilfsmaßnahmen ab und ändert sein/ihr Verhalten nicht, wird das Arbeitsverhältnis gekündigt. Bei Beamten/innen werden die erforderlichen dienstrechtlichen Maßnahmen vollzogen."

1. Das Kündigungsverfahren erfordert immer eine Prüfung im Einzelfall, in der geklärt wird, inwieweit ausreichend Gründe für eine Kündigung vorliegen und diese sozial gerechtfertigt ist.
2. Es kann im Stufenplan nur festgelegt werden, dass 'das Kündigungsverfahren eingeleitet' oder 'die Einleitung des Kündigungsverfahrens geprüft' wird.
3. Nach dem Disziplinarrecht steht es im pflichtgemäßen Ermessen des/der Dienstvorgesetzten, wann er/sie ein Disziplinarverfahren einleitet oder beendet. Es kann nur angekündigt werden, dass das Verfahren zur Beendigung des Arbeits- oder Dienstverhältnisses unter Beachtung der einschlägigen Verfahrensvorschriften, insbesondere des Disziplinarrechts, eingeleitet wird.

Die vorstehend beispielhaft aufgeführten Regelungen, die einer rechtlichen Prüfung nicht standhalten, ließen sich durch weitere Beispiele aus den vorliegenden Stufenplänen noch ergänzen. An dieser Stelle soll jedoch der Blick auf die Aspekte gerichtet werden, die bei der Abfassung von Stufenplänen darüber hinaus zu berücksichtigen sind:

- Eine betroffene Person kann im Stufenplangespräch durchaus aufgefordert werden, eine Beratungsstelle aufzusuchen, um dem Hilfeangebot Nachdruck zu verleihen. Die Nichtannahme des Beratungsangebotes kann nur eben nicht - wenn nicht als Nebenpflicht vereinbart - disziplinarisch sanktioniert werden. Das Verhalten gegenüber dem Hilfeangebot des Arbeitgebers geht aber ggf. in die Gesamtbeurteilung des Verfahrens ein, wenn es zu einem späteren Zeitpunkt zu einer verhaltens- oder personenbedingten Kündigung kommen sollte.
- Da die Aufforderung, eine Beratungsstelle aufzusuchen, nicht unmittelbar aus arbeitsvertraglichen Pflichten abgeleitet werden kann, vielmehr der Freiwilligkeit unterliegt, kann der oder die Beschäftigte auch nicht aufgefordert werden, einen Nachweis für das Aufsuchen der Beratungseinrichtung zu erbringen. Dies würde einer Einschränkung des Persönlichkeitsrechts gleichkommen.

- Ist der/die Beschäftigte auf freiwilliger Basis damit einverstanden, eine Beratungsstelle aufzusuchen und einen Nachweis zu erbringen, so muss er/sie die Einrichtung für die Erstellung des Nachweises von der Schweigepflicht entbinden.
- Haben haupt- oder nebenamtliche Ansprechpersonen für Suchtfragen oder Personalverantwortliche den Auftrag, zu dem oder der Beschäftigten während einer stationären Therapie den Kontakt zu halten, so können sie das nur mit Einverständnis des oder der Beschäftigten tun. Ein solches Einverständnis enthält nicht zugleich das Einverständnis, Therapeuten oder Berater von Beratungsstellen oder Therapieeinrichtungen von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.
- In den fortgeschrittenen Stufen des Stufenplanes (Vgl. Stufe 4 Abb. 6.4) sind häufig disziplinarische Konsequenzen aufgeführt, die herangezogen werden können, um dem Anliegen des Betriebes nach Veränderung des auffälligen Verhaltens Nachdruck zu verleihen. Hierfür müssen die jeweiligen Voraussetzungen geprüft werden. So wäre beispielsweise bei der Änderungskündigung die Herabgruppierung als Sanktion nur gerechtfertigt, wenn die Leistungen aus dem ursprünglichen Dienstverhältnis nicht mehr erbracht werden können.
- Zu den Auflagen ist außerdem anzumerken, dass es sich nur um Auflagen handeln kann, die unmittelbar mit dem Dienstverhältnis - Arbeitsverhältnis - im Zusammenhang stehen. Hierzu gehören in der Tat das individuelle Alkoholverbot und sonstige Auflagen, sofern sie dem Weisungsrecht des Arbeitgebers entsprechen. Die Auflage beispielsweise, eine Selbsthilfegruppe zu besuchen oder ähnliches würde hierzu nicht gehören.
- Wird ein Verstoß gegen arbeitsvertragliche Pflichten abgemahnt oder die Kündigung ausgesprochen, so kann der Arbeitgeber zunächst verhaltensbedingte Gründe dafür anführen und sich hilfsweise auf personenbedingte Gründe stützen. Sollte der/die Beschäftigte geltend machen, dass das Fehlverhalten auf Krankheit beruht, sich aber nicht aktiv daran beteiligen, gesund zu werden, indem er oder sie Beratung und Therapie aufnimmt, ist von einer ungünstigen Prognose auszugehen. Ist die Prognose des Krankheitsverlaufs ungünstig, kann die Krankheit zur Kündigung führen.

6.1.2.3 Besonderheiten des Beamtenrechts⁹

Grundlage für das disziplinarische Vorgehen gegenüber Beamtinnen und Beamten sind das Bundesdisziplinargesetz für Bundesbeamte und die jeweiligen Landesdisziplinargesetze oder Landesdisziplinarordnungen für die jeweiligen Landesbeamten. Sie sind zwingendes Recht, das durch Dienstvereinbarung nicht eingeschränkt werden kann.

In Verbindung mit dem Stufenplan sind zwei Grundprinzipien zu beachten:

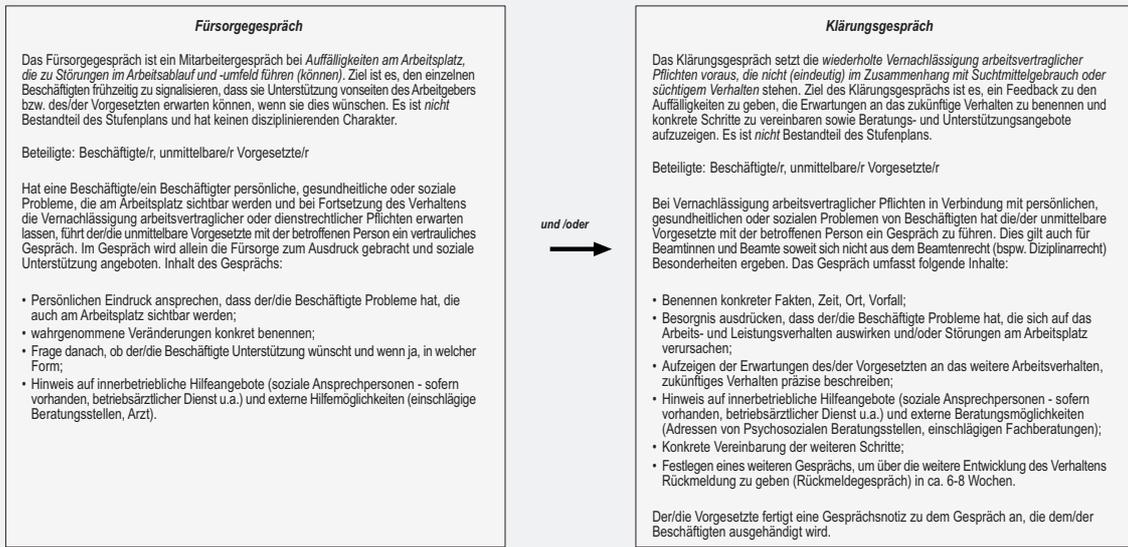
Auf der einen Seite ist - nach dem so genannten Legalitätsprinzip - ein Disziplinarverfahren zwingend einzuleiten, sobald zureichende tatsächliche Anhaltspunkte bekannt geworden sind, die den Verdacht eines Dienstvergehens begründen. In diesem Fall steht dem oder der Dienstvorgesetzten kein Ermessensspielraum zu.

Auf der anderen Seite existiert eine feste Zuordnung bestimmter Disziplinarmaßnahmen zu bestimmten Pflichtverletzungen nicht. Die Entscheidung über das "ob" und "wie" einer disziplinarrechtlichen Reaktion liegt - nach dem so genannten Opportunitätsprinzip - vielmehr im pflichtgemäßen Ermessen des oder der Dienstvorgesetzten.¹⁰

Danach ist im Grundsatz eine Generalisierung des Vorgehens bei dienstlichen Pflichtverletzungen ausgeschlossen. Der Stufenplan kann keine disziplinarischen Maßnahmen gegenüber Beamtinnen oder Beamten regeln. Auf der anderen Seite aber hat der oder die Dienstvorgesetzte den Gleichbehandlungsgrundsatz zu beachten. Dafür kann ein Stufenplan, der die dienstrechtlichen Besonderheiten berücksichtigt, einen Anhalt bieten. (Abb. 6.4)

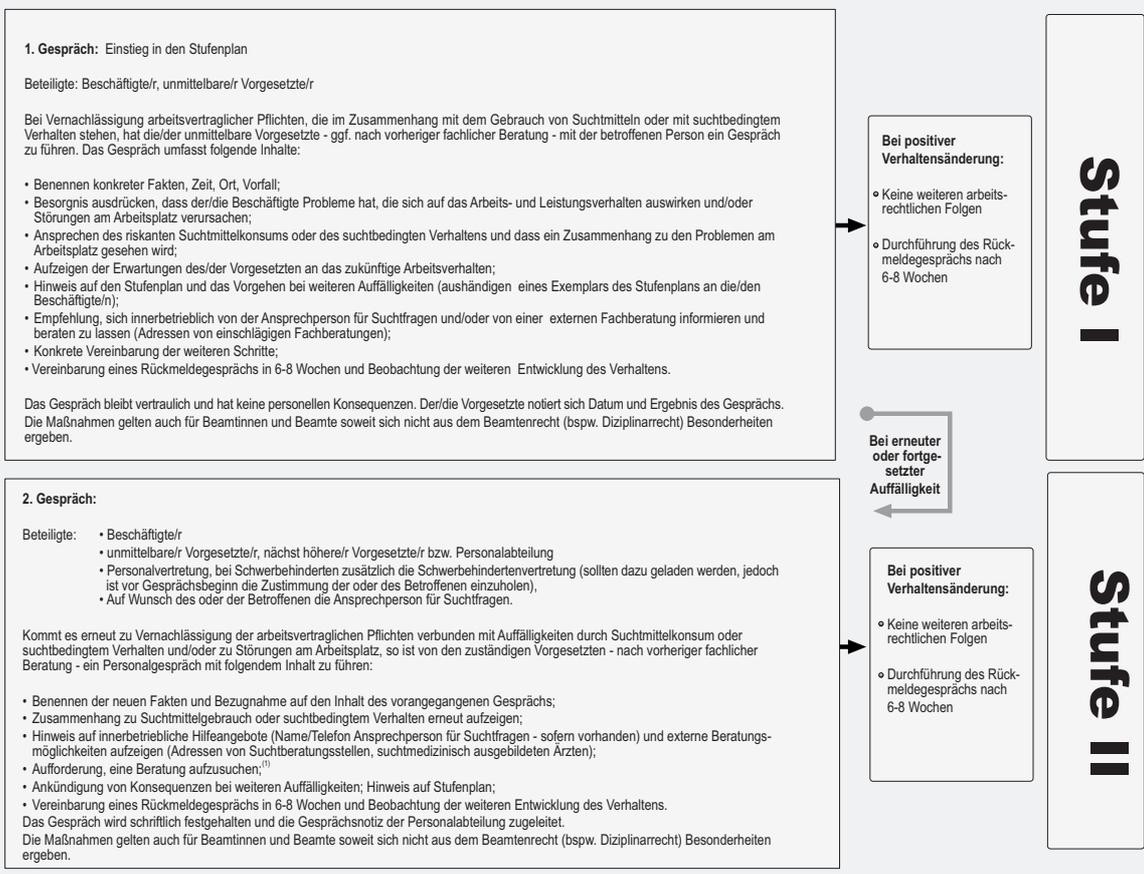
Entwurf eines Interventionskonzeptes bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (Öffentlicher Dienst)

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



Interventionskette (Stufenplan) bei Suchtmittelauffälligkeiten und suchtbedingtem Verhalten

Stufenplangespräche setzen dort an, wo ein *Verstoß gegen arbeitsvertragliche Pflichten oder deren Vernachlässigung in Verbindung steht mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingtem Verhalten*. Ziel der betrieblichen Intervention ist eine Korrektur des Arbeits- und Leistungsverhaltens. Sofern den angesprochenen Beschäftigten eine Veränderung ihres Verhaltens aus eigener Kraft nicht gelingt oder mehr nicht möglich ist, z.B. bei Abhängigkeit oder Suchtgefährdung, erhalten sie ein Hilfeangebot und werden aufgefordert, sich intern oder extern Beratung zu holen und - wenn notwendig - therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hierfür wird Ihnen betriebliche Unterstützung zugesagt. Die Nichtannahme der Beratungs- und Hilfeangebote ist disziplinarisch nicht zu beanstanden, es sei denn, sie seien als Zusatz zum bestehenden Arbeitsvertrag vereinbart worden. Sanktioniert werden können im weiteren Verlauf nur die erneuten oder fortgesetzten Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten.



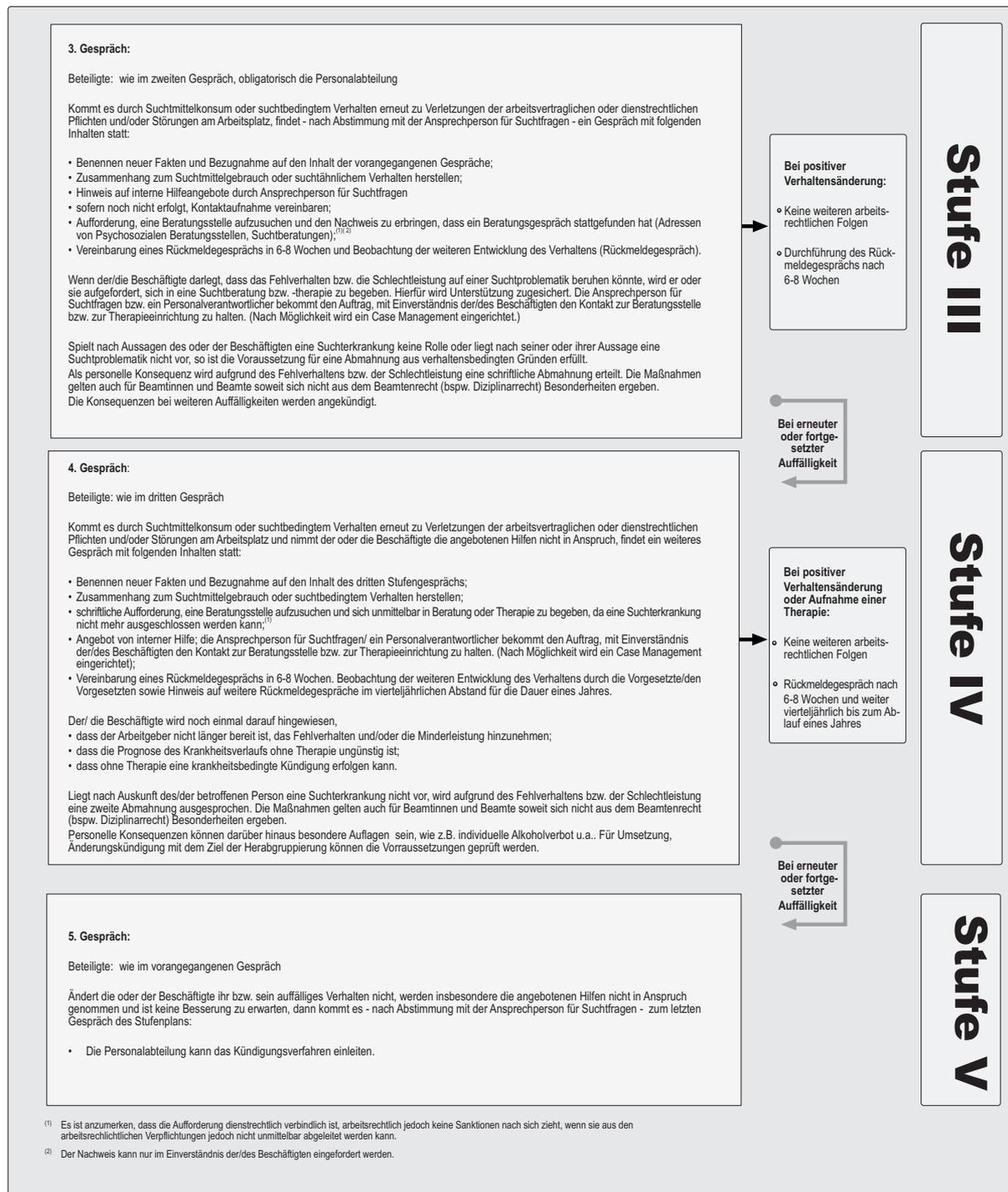


Abbildung 6.4: Stufenplan öffentlicher Dienst

Quelle: Fleck/Pegel-Rimpl/Wienemann 2004

Für die abschließende Bewertung eines Dienstvergehens ist neben den jeweiligen Pflichtverletzungen auch das Persönlichkeitsbild des Beamten von erheblicher Bedeutung. Dies allein bewirkt eine differenzierte Beurteilung, die wiederum Abweichungen vom Stufenplan rechtfertigen kann.

Da der Stufenplan keine disziplinarischen Konsequenzen gegenüber Beamtinnen oder Beamten regeln kann, ist es auch rechtlich nicht möglich zu bestimmen, dass nach einem Stufengespräch bei positiver Verhaltensänderung "keine weiteren Folgen" entstehen. Diese Hinweise in den einzelnen Stufen können sich also nicht auf mögliche Sanktionen gegenüber BeamtInnen beziehen, denn hierdurch würde den Vorgesetzten vorgeschrieben, welche Handlungen sie im Disziplinarverfahren vornehmen müssten. Auch die Einstellung eines Verfahrens liegt allein in der Entscheidung des oder der Dienstvorgesetzten.

Da die rechtlichen Rahmenbedingungen für das Vorgehen bei sucht(mittel)bedingten Auffälligkeiten jeweils durch die Disziplinalgesetze und -verordnungen des Bundes- bzw. der Länder vorgegeben werden, empfiehlt es sich, den Stufenplan an den arbeitsrechtlichen Grundsätzen und Auffassungen auszurichten und in der Betriebs- oder Dienstvereinbarung grundsätzlich anzumerken, dass die jeweiligen Maßnahmen auch für Beamtinnen und Beamte gelten, soweit sich nicht aus dem Disziplinarrecht Besonderheiten ergeben (siehe Anhang 4).

6.1.3 Qualifizierung der Vorgesetzten

Führungskräfte nehmen in dem Interventionskonzept im Rahmen betrieblicher Suchtprävention und -hilfe eine Schlüsselrolle ein. Sie stehen damit in einem komplexen Interessengefüge und vor schwierigen, von zahlreichen Ambivalenzen begleiteten Entscheidungsprozessen. Das Interventionskonzept und der Stufenplan können ihnen dabei Orientierungshilfe liefern.¹¹

Zugleich ergeben sich aus dem Interventionsverfahren spezifische Anforderungen an alle Personalverantwortlichen. Deshalb sind Schulungen für Führungskräfte und Personalverantwortliche ein zentrales Element der Suchtprävention seit der Entstehung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme. Begleitende Seminare werden für die Umsetzung des Interventionskonzeptes als unverzichtbar angesehen. Weiterhin gibt es Unterstützung durch einschlägige Maßnahmen in der Führungskräfteentwicklung und durch Coachings.

Um das Thema des riskanten Suchtmittelkonsums oder der Suchtgefährdung am Arbeitsplatz sachgerecht und zielgerichtet aufgreifen zu können, müssen Vorgesetzte die Möglichkeit haben, sich für diese Aufgabe hinreichend zu schulen und sich in Seminaren auf die Übernahme ihrer Führungsverantwortung sowohl für die Prävention für Gesundheitsgefahren wie auf die Intervention bei auftretenden Fällen und speziell auf die Gesprächsführung vorzubereiten.

Die Evaluation von einschlägigen Seminaren durch Erhebungen unter Führungskräften belegt, dass Qualifizierungsmaßnahmen nachweislich in der Lage sind, das suchtpreventive Handeln der Personalverantwortlichen zu befördern. In einer Untersuchung an der Universität Mannheim wurde festgestellt, dass unter 100 SeminarteilnehmerInnen eines Unternehmens ein Jahr nach Ablauf der Schulungsmaßnahme über die Betriebsvereinbarung Sucht die Informiertheit über das betriebliche Angebot der Suchtprävention und -hilfe gegenüber 21 NichtteilnehmerInnen aus der Kontrollgruppe deutlich erhöht war. Sie informierten auch die Beschäftigten in ihren Verantwortungsbereichen signifikant häufiger über das Thema Sucht. Hinsichtlich der Interventionsbereitschaft unterschieden sie sich jedoch nicht von der Kontrollgruppe. In einer zweiten Erhebung im Anschluss an ein Gesprächsführungsseminar für

AusbilderInnen, zeigte sich, dass sich die TeilnehmerInnen deutlich sicherer fühlten im Umgang mit Suchtproblemen in ihrem Verantwortungsbereich als diejenigen, die nicht an dieser Maßnahme teilgenommen hatten.¹²

Als Folgerung kann daraus abgeleitet werden, dass Informationen zum Suchtgeschehen alleine nicht ausreichen, um Führungskräfte ausreichend für die Aufgabe der Intervention zu qualifizieren, sondern dass hierfür spezielle Gesprächstrainings vorzusehen sind.

Für den Bereich der Führungsseminare und Schulungen finden sich bereits inhaltlich und konzeptionell ausgearbeitete Standards in verschiedenen fachlichen Publikationen, auf die an dieser Stelle verwiesen werden kann.¹³

Es gibt allerdings auch noch eine Reihe von Seminarkonzepten, *die nicht mehr den aktuellen Standards der Suchtprävention im Betrieb entsprechen*. Es handelt sich um solche Konzepte, die

- erstens ausschließlich auf Alkohol fokussieren und andere Suchtmittel oder Suchterscheinungen außer Acht lassen,
- zweitens im Wesentlichen auf Alkoholabhängigkeit oder Suchterkrankung abheben und die Personalverantwortlichen darauf schulen, die Symptome des Krankheitsverlaufs des Alkoholismus zu erkennen,
- drittens die Vorgesetzten und das betriebliche Umfeld relativ pauschal des Co-Alkoholismus' oder der Co-Abhängigkeit bezichtigten.

Das Problem der beschriebenen Zuspitzungen ist es, dass sie den Fokus zwar auch immer auf ein "frühzeitiges Eingreifen" richten, aber die Handlungsebene zugleich - bewusst oder unbewusst - erst bei der Suchterkrankung ansetzen. Damit erfassen sie nur eine Auswirkung des riskanten Konsums und setzen nicht breiter an dessen gesundheitlichen und sozialen Folgen, die am Arbeitsplatz sichtbar werden, an. Außerdem werden die verständlichen Unsicherheiten des betrieblichen Umfeldes und seine Gründe für die - oftmals langjährige - Zurückhaltung bei der Ansprache diskreditiert. Gleichzeitig ist der in solchen Seminaren gewählte Ansatz selbst nicht geeignet, die Ambivalenzen in der Frage der Intervention in der Frühphase der Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten aufzuheben und die (rechtlichen) Abwägungen, die gerade Personalverantwortliche vornehmen müssen, qualifiziert zu begleiten.¹⁴

Unter den für die Seminare beschriebenen Kriterien müssten ebenfalls die Materialien und Medien kritisch geprüft werden, die in den Qualifizierungsmaßnahmen für Personalverantwortliche zum Einsatz kommen.

Erweiterungen sollten die vorliegenden Seminarkonzepte in zwei Richtungen erfahren:

- Qualifizierung zur Intervention bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten durch Fürsorge- und Klärungsgespräche

In den Seminaren geht es um die folgenden Fragen: Welche Auffälligkeiten werden am Arbeitsplatz wahrgenommen? Wie eindeutig sind die Leistungs- und Verhaltenserwartungen an die MitarbeiterInnen überhaupt festgelegt. Welche Auffälligkeiten sollen und dürfen im Betrieb angesprochen werden und fallen in welchen Verantwortungsbereich? Welche Aufgaben haben die Vorgesetzten und wie definieren sie ihre Rolle? Welche Unterstützung finden sie für den Klärungsprozess vor der Intervention und wie geht es danach weiter? Welche Anforderungen können an die betroffenen MitarbeiterInnen gestellt, welche Ziele für die weitere Zusammenarbeit vereinbart werden?

Ein guter Standard in der Suchtprävention bedeutet, im Betrieb die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass von den Vorgesetzten die Führungsverantwortung gegenüber auffälligen MitarbeiterInnen im präventiven Sinne tatsächlich wahrgenommen werden kann. Hierfür müssen die Seminare zur Suchtprävention und -hilfe zukünftig (mehr) Raum geben und das

notwendige Handwerkszeug liefern. Dabei sind die Ambivalenzen und Konflikte, die das Handeln der Personalverantwortlichen erschweren, einzubeziehen und die Ängste und Vorbehalte gegenüber einer Intervention zu würdigen.

- Qualifizierung zum gesundheitsorientierten Führungsverhalten

Der Ansatz des gesundheitsorientierten Führungsverhaltens kann suchtpreventive und gesundheitsförderliche Aspekte integrieren.¹⁵

Es geht um die Wahrnehmung von Belastungen, Beanspruchungen und Konflikten, die aus der Arbeit resultieren oder am Arbeitsplatz sichtbar werden. Angezielt wird u.a. die Sensibilisierung für die gesundheitlichen Einschränkungen oder sozialen Krisen der Beschäftigten und die Bereitschaft, diese gegebenenfalls zu thematisieren. Ausgebaut werden sollen auch die Kompetenzen zu einer salutogenen Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation. Zugleich ist das Wissen über die zentrale Rolle der Führungskräfte und des Führungsverhaltens für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu fördern.

Schließlich und endlich sieht der Ansatz die Personalverantwortlichen auch mit ihren eigenen Belastungen und nimmt sie als potenziell gesundheits- und suchtgefährdet wahr. Als Führungskräfte sind sie für ein Vorbildverhalten zu gewinnen, das nicht nur durch den Verzicht auf den Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz gekennzeichnet ist, sondern auch durch Kommunikation, Konfliktfähigkeit und Anerkennung zu einem angstfreien Betriebsklima beiträgt.

Die Qualifizierung für gesundheitsorientiertes Führen fällt nicht allein in den Bereich der betrieblichen Suchtprävention. Eine Reihe von Führungsinstrumenten und Qualifizierungsmaßnahmen bieten die Betriebe und Einrichtungen hierzu schon über die Personal- und Führungsentwicklung an. In vielen Fällen ist es deshalb nur erforderlich, dass die betrieblichen Suchtpräventionsprogramme eine Verknüpfung zu diesen Aktivitäten herstellen und einen suchtpreventiven Beitrag dazu leisten.

Als Standard für die Qualifizierung der Personalverantwortlichen, die ihre Schlüsselfunktion in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe ausfüllen sollen, ist neben den suchtspezifischen Themen und den Stufenplangesprächen eine Erweiterung auf die Interventionsmöglichkeiten bei - noch - nicht suchtbedingten Auffälligkeiten am Arbeitsplatz konzeptionell vorgesehen. Außerdem ist die Verknüpfung mit den Qualifizierungsmaßnahmen zum gesundheitsförderlichen Führen, sofern sie in den Betrieben und Einrichtungen angeboten oder angestrebt werden, herzustellen.

Das Angebot von Qualifizierungsmöglichkeiten, das in den Betrieben und Einrichtungen für Personalverantwortliche bereitgestellt wird, sichert für sich genommen noch nicht, dass diese das Angebot auch nachfragen und an den Maßnahmen teilnehmen. Da sich gerade die Führungskräfte ihrer Schlüsselrolle in dem gesamten Geschehen vor einem einschlägigen Seminar zur Suchtprävention und -hilfe meist noch gar nicht bewusst sind, ist es für die Wirksamkeit entscheidend, wie viele von ihnen an den Qualifizierungsmaßnahmen überhaupt teilnehmen. Denn erst eine hohe Quote von geschulten Vorgesetzten sichert die konsequente Umsetzung der zentralen Elemente des Suchtpräventionsprogramms. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich dieser Personenkreis für diese Aufgabe qualifiziert, ist dort am größten, wo von der Leitung eine verbindliche Teilnahme der Personalverantwortlichen an den Seminaren zur Suchtprävention und -hilfe am Arbeitsplatz erwartet wird.

Die Verbindlichkeit der Teilnahme von Personalverantwortlichen an Qualifizierungsmaßnahmen zur Intervention bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten kann jedoch auf verschiedene Weise erreicht werden. Die eine Möglichkeit besteht darin, die Teilnahme an den entsprechenden Seminaren für alle zuständigen Personen obligatorisch zu machen. Einige Betriebe und Einrichtungen dagegen wählen den Weg, im Rahmen von Zielvereinbarungen mit den Führungskräften zu erläutern, in welcher Form In-

terventionen nach dem Stufenplan erwartet werden und mit ihnen individuell zu vereinbaren, welche Qualifizierungsmaßnahmen sie hierfür in Anspruch nehmen wollen.

Als Standard in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen ist ein grundlegendes Seminarangebot zur Intervention bei - sucht(mittel)bedingten - Auffälligkeiten von Beschäftigten anzustreben, das für alle Personalverantwortlichen, vor allem für alle Führungskräfte mit Vorgesetztenfunktion, obligatorisch ist oder das als Qualifizierungsangebot verbindlich in Zielvereinbarungen aufgenommen wird. Es kann als eigenständiges Seminarangebot vorgesehen werden oder als thematischer Baustein in andere Personalentwicklungsmaßnahmen integriert sein.

6.2 Ist-Situation: Intervention bei Auffälligkeiten und Qualifizierung der Führungskräfte

6.2.1 Verfahren in Verbindung mit den Unfallverhütungsvorschriften

Ziel der angesprochenen Unfallverhütungsvorschriften ist es, Gefährdungen durch psychoaktive Substanzen, dazu gehören neben Alkohol und illegalen Drogen auch viele Medikamente, auszuschließen. Der Arbeitgeber, d.h. konkret die Vorgesetzten stehen in der Pflicht, im Einzelfall die Arbeitsfähigkeit festzustellen und ggf. einen ungefährdeten Heimtransport sicherzustellen. Die Festschreibung eines transparenten Verfahrens hierfür bietet sich in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung an.

Es bleibt anzumerken, dass zum Zeitpunkt der Erhebung im Herbst 2003 noch einheitlich der §38 UVV für alle Beschäftigtenbereiche galt.

Verfahrensregelung zum Vorgehen nach § 38?	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Ja	284	46,6
Nein	215	35,2
Nicht bekannt	102	16,7
Keine Angabe	9	1,5
Gesamt	610	100

Tabelle 6.1: Existenz einer Verfahrensregelung zum Vorgehen nach § 38

Eine Verfahrensregelung zum Vorgehen nach § 38 UVV wurde bisher in 46% der Fälle (N=610) schriftlich festgelegt.

In 35% der beteiligten Betriebe und Verwaltungen gibt es keine Regelung und in weiteren 17% der Fälle ist nicht bekannt, ob eine solche Regelung existiert.

Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass der Alkoholkonsum in 42% aller Fälle immerhin eingeschränkt erlaubt ist und in 15% der Fälle nicht einschränkend geregelt ist. Vorgesetzte in diesen Betrieben oder Einrichtungen können also durchaus in die Lage kommen, eine Abwägung der Gefährdungsmöglichkeiten vornehmen zu müssen.

6.2.2 Stufenplan

Der Stufenplan dient in Betrieben bzw. Einrichtungen dazu, bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten von Beschäftigten, die im Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch oder Suchtgefährdung stehen, konsequent zu intervenieren. Das Instrument wird eingesetzt, um Personen anzusprechen und anzuhalten, ihr Verhalten zu ändern. Ziel ist es, die Leistungsfähigkeit wieder herzustellen, eine Gesundheitsgefährdung zu vermeiden oder sich rechtzeitig Hilfe durch Beratung und Therapie zu holen, wenn eine Suchtgefährdung eingetreten ist.

Der Stufenplan bietet eine Handlungsanleitung sowohl für die Vorgesetzten als auch für sonstige Gesprächsbeteiligte und für die betroffene Person. Er stellt Transparenz her und sorgt für Gleichbehandlung, sofern sich alle Ebenen des Betriebes oder der Einrichtung an ihm orientieren.

Auf die Frage, ob in den Betrieben und Einrichtungen eine gestufte Gesprächsfolge (Stufenplan) bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten vereinbart wurde, ergab sich folgendes Bild:

Existenz eines Stufenplans	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Ja, schriftlich fixiert	415	68
Im Planungsprozess	67	11
Nicht vorgesehen	85	13,9
Nicht bekannt	41	6,7
Keine Angabe	2	0,3
Gesamt	610	100

Tabelle 6.2: Vorhandensein eines Stufenplans in den Betrieben / Einrichtungen

Mit 68% der beteiligten Betriebe und Einrichtungen (N=610) verfügen bereits mehr als zwei Drittel über einen schriftlich fixierten Stufenplan. In weiteren 11% der Fälle befindet sich ein solcher gegenwärtig im Planungsprozess.

Betrachtet man diese Daten vor dem Hintergrund der Betriebs- bzw. Einrichtungsgröße, so ergibt sich folgende Verteilung:

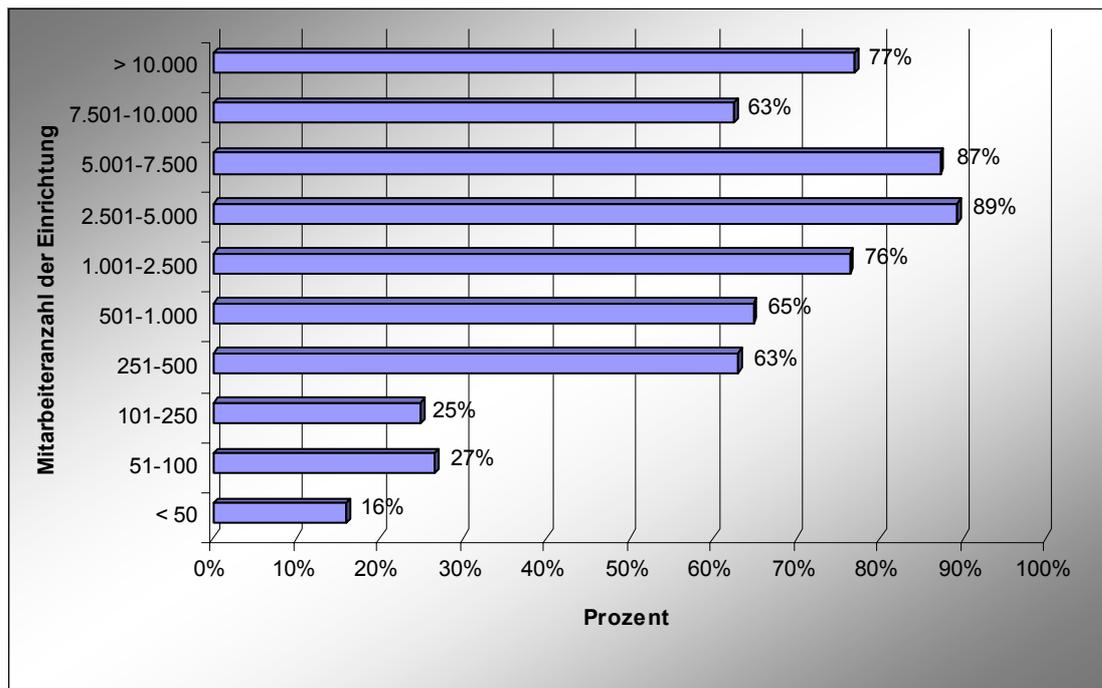


Abbildung 6.5: Vorhandensein eines Stufenplans je Betriebsgröße/Beschäftigungszahl

Wie zu erwarten war, kann man aus der Korrelation in Abbildung 3 schließen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Betriebs-/Einrichtungsgröße und Vorhandensein eines Stufenplans besteht. Während der Anteil der Betriebe und Einrichtungen in den Größengruppen über 250 Beschäftigte, die einen Stufenplan vereinbart haben, zwischen 63% und 89% variiert, ist in der Größenordnung der Betriebe bis 250 Beschäftigte dieser Anteil mit 16% bis 27% noch sehr gering. Eine verstärkte Einbeziehung der Kleinbetriebe in die betrieblichen Suchtkonzepte ist deshalb wünschenswert. Die Annahme liegt nahe, dass für diesen Bereich noch mehr angepasste Konzepte entwickelt werden sollten, die Suchtpräventionsangebote und Interventionshilfen z.B. in Form von Vernetzungen und Unterstützungsangeboten externer Dienstleister vorsehen.

6.2.3 Qualifizierung der Personalverantwortlichen

Die Intervention bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten gehört zu den originären Aufgaben der Vorgesetzten. Sind Suchtmittel im Spiel oder gibt es einen Zusammenhang zu suchtbedingten Verhaltensweisen, so sind Gespräche nach dem Stufenplan zu führen, in denen die betroffenen Personen konsequent auf die Auffälligkeiten hin angesprochen werden. Hierfür müssen die Personalverantwortlichen in Seminaren qualifiziert werden.

Neben den suchtspezifischen Seminarangeboten gibt es eine Reihe von Führungsentwicklungs- und Fortbildungsmaßnahmen, in denen Interventionen trainiert werden. Nach diesen spezifischen Angeboten wurde in der Erhebung gefragt.

Angebote an Qualifizierungsmaßnahmen	Anzahl der Nennungen
Vorgesetzten-Mitarbeiter-Kommunikation	435
Mitarbeitergespräche	465
Suchtprävention und -hilfe am Arbeitsplatz	384
Gesundheitsförderliches Führungsverhalten	176
Fehlzeitenmanagement	154
Keine Angebote dieser Art	52
Nicht bekannt	21

Tabelle 6.3: Angebote an Qualifizierungsmaßnahmen für Führungskräfte (Mehrfachnennungen möglich)

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass vorrangig drei Themenbereiche angeboten werden: Das Mitarbeitergespräch ist mit 465 Nennungen das am häufigsten vermittelte Führungsinstrument, gefolgt von der Vorgesetzten-Mitarbeiter-Kommunikation (435). Die Qualifizierung hierfür integriert nicht selbstverständlich zugleich die Intervention bei Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch oder Suchtgefährdung. Es handelt sich aber um einen Bereich, in dem das Thema noch besser platziert werden könnte. Die gezielte Erweiterung der Sozial- und Selbstkompetenz, die im Fokus der Entwicklungsmaßnahmen steht, bietet hierfür gute Ansatzpunkte. Dies gilt auch für Maßnahmen wie Gesundheitsförderliches Führungsverhalten (176 Nennungen) und Fehlzeitenmanagement (154 Nennungen), bei denen es große Schnittmengen zur Suchtprävention gibt.

Zur Suchtprävention und –hilfe am Arbeitsplatz gibt es in 384 Fällen spezielle Qualifizierungsmaßnahmen, was ein beträchtlicher Anteil ist, der allerdings vor dem Hintergrund der Sampleauswahl zu sehen ist.

Dem Angebot von Qualifizierungsmöglichkeiten in den Betrieben und Einrichtungen steht auf der persönlichen Seite die Teilnahme der Führungskräfte oder Personalverantwortlichen an diesen Maßnahmen gegenüber. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich dieser Personenkreis, der eine Schlüsselrolle bei den betrieblichen Interventionen einnimmt, für diese Aufgabe qualifiziert, ist dort am größten, wo eine verbindliche Teilnahme an Seminaren zur Suchtprävention und Hilfe am Arbeitsplatz erwartet wird.

Teilnahme der Personalverantwortlichen an Seminaren	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Ja, verbindliche Teilnahme der Personalverantwortlichen	188	30,8
Ja, freiwillige Teilnahme der Personalverantwortlichen	263	43,1
Nein, bisher keine Teilnahme der Personalverantwortlichen	58	9,5
Nicht bekannt	68	11,1
Keine Angabe	33	5,4
Gesamt	610	100

Tabelle 6.4: Teilnahme der Personalverantwortlichen an Seminaren zu Suchtthemen

Die Ergebnisse zeigen, dass immerhin in 31% der Fällen (N=610) eine verbindliche Teilnahme der Personalverantwortlichen erwartet wird. Am größten ist der Anteil verbindlicher Qualifizierung in den Betrieben aus der Industrie mit 37%, am geringsten mit 5% im Bereich der Einrichtungen aus Kirchen und Verbänden. Mit einem Anteil von 31% der Einrichtungen im Bereich des öffentlichen Dienstes entspricht die Quote hier dem Durchschnitt aller Beteiligten.

43% geben an, dass eine freiwillige Teilnahme von Vorgesetzten erfolgt. Zusammengenommen mit den verbindlichen Teilnahmen bedeutet dies, dass in immerhin 74% der beteiligten Betriebe und Einrichtungen Führungskräfte zum Thema Suchtprävention und -hilfe geschult wurden.

Lediglich 10% geben an, dass explizit keine Führungskräfte an Qualifizierungsmaßnahmen zum Themenfeld Suchtprävention und -hilfe teilgenommen haben.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Ergebnissen der EvaluationNds.2003 so ergibt sich folgendes Bild:

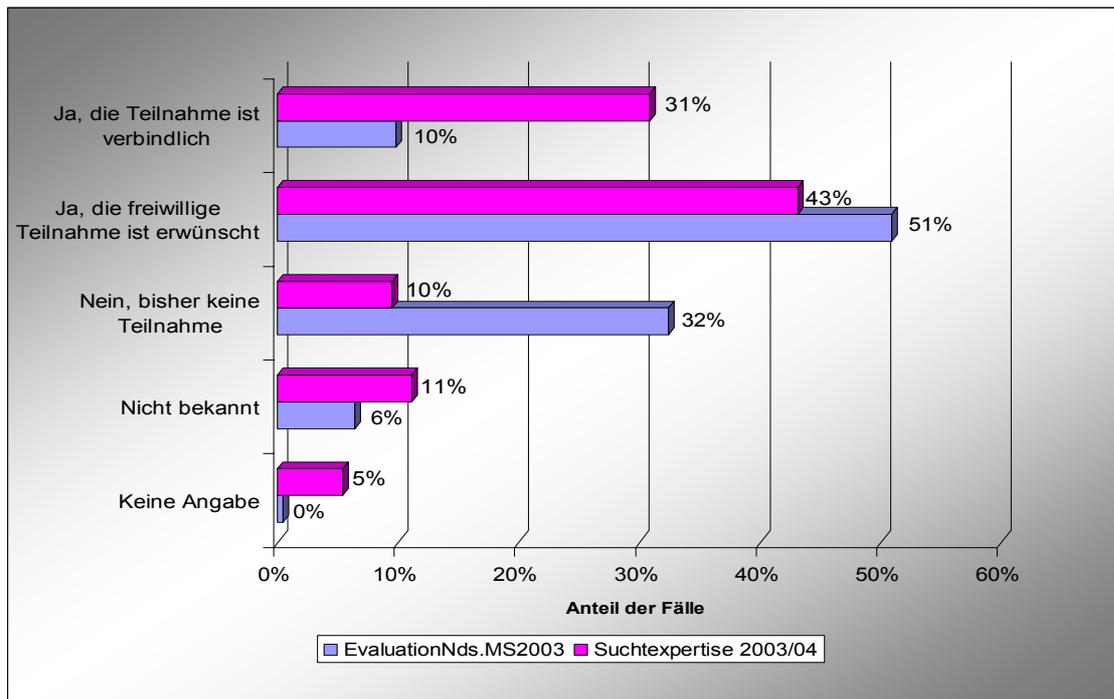


Abbildung 6.6: Vergleich EvaluationNds.2003 und Expertise in einer Grafik

In der EvaluationNds.2003 wurde festgestellt, dass in nur 10% der Fälle ($N_E=438$) Vorgesetzte verbindlich geschult wurden. 32% gaben dagegen an, dass bisher keiner der Vorgesetzten in der Dienststelle an einer Schulung zum Umgang mit Suchtauffälligkeiten am Arbeitsplatz teilgenommen habe. In den meisten Fällen (51%) hing es von der Bereitschaft der jeweiligen Führungskräfte ab, ob sie nach dem Prinzip der Freiwilligkeit Schulungen zum Thema besuchen.

Aus den Expertengesprächen geht hervor, dass das Prinzip der Freiwilligkeit oftmals zu unbefriedigender Beteiligung an suchtspezifischen Qualifizierungsmaßnahmen führt. Dagegen sind in den Betrieben und Einrichtungen, in denen eine obligatorische Teilnahme an derartigen Seminaren eingeführt wurde, sehr gute Erfahrungen mit der Form der Verbindlichkeit gemacht worden. Es wurden positive Auswirkungen auf den Umgang mit Suchtproblemen und noch weitergehend auf die Veränderung von Konsumkulturen daraus abgeleitet.

Zielvereinbarungsgespräche sind ein Instrument des modernen Personalmanagements. Soweit vorhanden, können sie genutzt werden, um gesundheitsorientiertes Führungsverhalten zu fördern und mehr Verbindlichkeit für die Anwendung vorhandener Suchtpräventionsmaßnahmen herzustellen. Dazu gehört vor allem die Intervention bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten von Beschäftigten oder suchtmittelbedingten Störungen am Arbeitsplatz.

Erhoben wurde, ob die Suchtprävention und die Intervention bei Auffälligkeiten fester Bestandteil von Zielvereinbarungsgesprächen mit Personalverantwortlichen ist.

Suchtprävention als Bestandteil von Zielvereinbarungsgesprächen	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Ja	171	28
Nein	202	33,1
Nicht bekannt	129	21,1
Keine Zielvereinbarung vorhanden	92	15,1
Keine Angabe	16	2,6
Gesamt	610	100

Tabelle 6.5: Suchtprävention als Bestandteil von Zielvereinbarungsgesprächen

In 28% der Fälle (N=610) ist die Suchtprävention als Bestandteil von Zielvereinbarungsgesprächen bereits heute verwirklicht. Dieses Ergebnis ist als sehr positiv einzuschätzen, da das Führungsinstrument noch relativ neu und in weiten Bereichen noch nicht bekannt ist (21%) oder nicht eingesetzt wird (15%).

In 33% der Fälle wird darauf hingewiesen, dass eine Integration der Suchtprävention in Zielvereinbarungsgespräche bisher nicht erfolgt ist. An dieser Stelle könnten Initiativen der betrieblichen Suchtpräventionsprogramme ansetzen, um eine weitere Integration ihrer Anliegen in die Personalentwicklung anzuregen.

Korreliert man die 171 Fälle, in denen eine Integration des Aspektes Sucht in die Zielvereinbarung integriert wurde, mit den Sektoren, in denen diese Betriebe bzw. Einrichtungen tätig sind, so kann man feststellen, dass es vorrangig Einrichtungen des öffentlichen Dienstes (114) und Betriebe aus der Industrie (37) sind, die eine Integration bereits vollzogen haben (Abbildung 6.7).

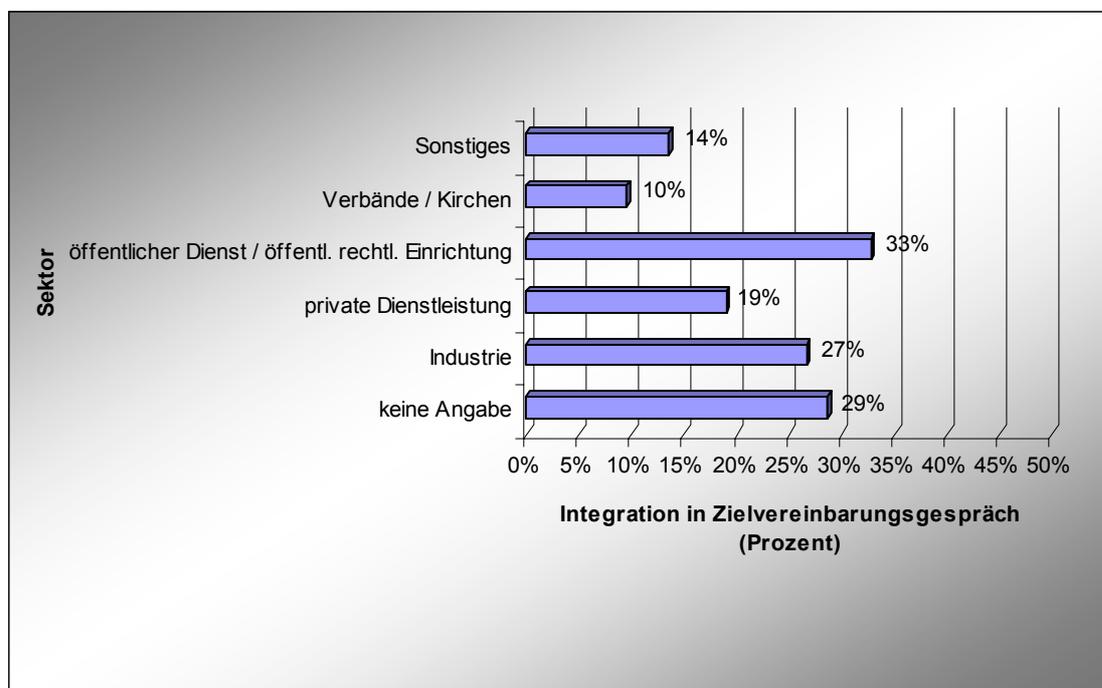


Abbildung 6.7: Integration in Zielvereinbarungsgespräch (Prozentanteil im jeweiligen Sektor)

6.3 Entwicklungsbedarfe zur Intervention bei Auffälligkeiten und zur Qualifizierung der Führungskräfte

6.3.1 Verfahren zur Ausführung der Unfallverhütungsvorschriften

Eine Regelung für das Vorgehen im Falle der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und der Gefährdung der Arbeitssicherheit durch Alkohol, illegale Drogen, Medikamente und andere berauschende Mittel (§7 u. 15 BGV A1 / § 38 UVV) sollte zum Standard jedes betrieblichen Suchtpräventionsprogramms gehören. Es bietet den Vorgesetzten, die als Verantwortliche intervenieren müssen, Handlungssicherheit und schafft für die Beschäftigten Transparenz.

Ein Verfahren zur Arbeitssicherheit kann darüber hinaus weitreichende präventive Wirkung entfalten. Wenn Verstöße gegen die Arbeitssicherheit ernst genommen werden, gewinnen Punktnüchternheit und die Einschränkung des Suchtmittelkonsums im Betrieb insgesamt an Bedeutung. Es handelt sich gleichzeitig um eine Präventionsmaßnahme, die mit geringen Mitteln eingeführt und umgesetzt werden kann. Deshalb sollte es ein Ziel sein, den Anteil von derzeit 46% in den Betrieben und Einrichtungen vereinbarter Verfahren noch deutlich zu erhöhen. Als Multiplikatoren sollten dazu auch die Träger der Unfallversicherungen gewonnen werden.

Ergänzt werden sollte das bereits eingeführte Verfahren durch eine spezielle Vorgehensweise bei Einwirkung durch Medikamente, deren Inhaltsstoffe mit ihren Wirkungen und Nebenwirkungen arbeitsicherheitsrelevant sind. Eine Vorlage hierfür findet sich in dieser Expertise.

Zum Themenbereich Medikamente benötigen die Betriebe weitergehende fachliche Unterstützung, um eine angemessene Präventionsarbeit innerhalb der betrieblichen Suchtpräventionsprogramme gewährleisten zu können. Außerdem sind entsprechende Bausteine, die in die Ausbildungsmaßnahmen für Betriebsärzte und Arbeitsmediziner eingesetzt werden können, zu entwickeln.

Schließlich wäre es interessant zu untersuchen, welche praktischen Erfahrungen in Betrieben und Einrichtungen und von den Personalverantwortlichen mit der Verfahrensregelung gemacht wurden. Hier könnte ein guter Ansatzpunkt sein, um sich mit einem positiven Modell der Zusammenarbeit der betrieblichen Suchtprävention mit dem Arbeitsschutz zu präsentieren und im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu positionieren.

6.3.2 Intervention bei Auffälligkeiten nach dem neuen Interventionskonzept

Das für diese Expertise neu entwickelte Interventionskonzept, das den bisherigen Stufenplan durch ein Fürsorge- und Klärungsgespräch ergänzt, sollte als zukünftig anzustrebender Standard kommuniziert werden. Er bestärkt die Suchtprävention vor allem in solchen Betrieben und Einrichtungen, in denen die Vorgesetzten-Mitarbeiter-Kommunikation bisher noch nicht so weit entwickelt ist und bislang keine anderen Formen des Mitarbeitergesprächs eingeführt wurden.

Das Interventionskonzept mit den Stufenplänen für die privatwirtschaftlichen Betriebe und für den öffentlichen Dienst sollten als Standard von allen Multiplikatoren in der Suchtprävention und Suchthilfe, möglichst auch von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und einschlägigen Verbänden, empfohlen werden.¹⁶ Für alle zukünftig abzuschließenden Vereinbarungen können sie leicht als Modell herangezogen werden.

Sie können ebenso als Orientierung dienen, um die neuen rechtlichen und fachlichen Erkenntnisse in die bereits in Betriebs- und Dienstvereinbarungen abgeschlossenen Stufenpläne einzuarbeiten. Die Akteure in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen sollten auch dringend dazu angeregt werden, rechtlich nicht haltbare Stufenpläne zu überarbeiten, auch wenn es dazu notwendig sein wird, die Betriebs- oder Dienstvereinbarung neu zu verhandeln.

Es empfiehlt sich, das Interventionskonzept mit dem Stufenplan zukünftig als Anhang zur Betriebs- oder Dienstvereinbarung hinzuzufügen, weil notwendige Veränderungen dann eingearbeitet werden können, ohne sich - mit allem Aufwand und allen Risiken - über das ganze Regelwerk neu vereinbaren zu müssen.

Wie zu erwarten war, besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Betriebs-/Einrichtungsgröße und dem Vorhandensein eines Stufenplans. Eine verstärkte Einbeziehung der Kleinbetriebe und besonders der Verbände mit ihren zugehörigen Einrichtungen in die betrieblichen Suchtpräventionsprogramme ist deshalb wünschenswert. Verbände könnten z.B. das Interventionskonzept mit Stufenplan auf zentraler Ebene, z.B. auf der Innungsebene, als Handlungsleitlinie für die Mitgliedsbetriebe verabschieden und zur Umsetzung die Möglichkeit der Kooperation mit einschlägigen Dienstleistern in den Regionen empfehlen.

6.3.3 Qualifizierung von Personalverantwortlichen

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Qualifizierung der Führungskräfte für eine 'Intervention bei Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch oder Suchtgefährdung' bereits den dritten Rang hinter der Schulungsmaßnahme 'Führen von Mitarbeitergesprächen' und 'Vorgesetzten-Mitarbeiter-Kommunikation' belegt. Parallel laufen außerdem noch Maßnahmen wie 'Gesundheitliches Führungsverhalten' und 'Fehlzeitenmanagement', bei denen es große Schnittmengen zur Suchtprävention gibt.

Insgesamt kann also festgestellt werden, dass den Personalverantwortlichen eine ganze Bandbreite von Angeboten offen steht, in denen sie ihre Führungskompetenz erweitern können. Hierbei befinden sich allerdings die in größeren Betrieben und Einrichtungen beschäftigten deutlich im Vorteil gegenüber Führungskräften aus kleineren und mittleren Organisationen.

Dem breiten Angebot von Qualifizierungsmöglichkeiten steht allerdings auf der persönlichen Seite die Teilnahmebereitschaft der Führungskräfte gegenüber. Der sicherste Weg, dass sich diese Zielgruppe für die Schlüsselrolle qualifiziert, ist dort am größten, wo eine verbindliche Teilnahme an Seminaren zur Suchtprävention und Hilfe am Arbeitsplatz erwartet wird.

In vielen Betrieben und Einrichtungen sind sehr gute Erfahrungen mit der Verbindlichkeit von Seminaren gemacht worden. Es wurden positive Auswirkungen, wie die Einschränkung des Suchtmittelkonsums allgemein und ein aufmerksamerer Umgang mit Suchtproblemen festgestellt.

Die Empfehlung geht deshalb dahin, in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen ein grundlegendes Seminarangebot zur Intervention bei - sucht(mittel)bedingten - Auffälligkeiten von Beschäftigten vorzusehen, das für alle Personalverantwortlichen, vor allem für alle Führungskräfte mit Vorgesetztenfunktion, obligatorisch ist. Dieses kann als eigenständiges Seminarangebot bestehen oder thematisch als ein Baustein in andere Personalentwicklungsmaßnahmen, z.B. Führungs-Collegs, integriert werden. Eine Alternative besteht darin, das Interventionsanliegen und ein dazugehöriges Qualifizierungsangebot verbindlich in Zielvereinbarungen mit Führungskräften aufzunehmen.

- ¹ Vgl. Wienemann, E.: Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement. Die Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention von 1800 bis 2000. Stuttgart 2000
- ² Vgl. Prävention und Hilfe bei Sucht- und Missbrauchsproblemen in der niedersächsischen Landesverwaltung, Runderlass und Rahmenempfehlung. Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hrsg.), 3.Auflage 2000, S. 12 f
- ³ Vgl. Steinbach, I., Wienemann, E.: Probleme mit Medikamenten im Arbeitsleben. Ergebnisse einer Recherche. Nds. Ministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Hannover 1992, S. 21
- ⁴ ILO - International Labour Office: Management of Alcohol- and Drug-related Issues in the Workplace. Genf 1995, S. 12
- ⁵ Vgl. BKK: Alkohol am Arbeitsplatz: Blickpunkt wird verstärkt auf Prävention gelegt. Entwicklung weg von der Konzentration auf den Suchtbegriff. Gesundheitsförderung im Betrieb, News 04/02; Dietze, K.: Plädoyer für einen Paradigmenwechsel in der betrieblichen Suchtprävention. Schwelm 2002; Rummel, M.: Zukunftsorientierte Konzepte der Betrieblichen Suchtprävention - Qualitätsstandards und Innovationsbedarf. Vortrag bei der Internationalen Konferenz "Alkohol am Arbeitsplatz" des Saarländischen Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales am 23.10.2002 in Saarbrücken
- ⁶ Sofern nicht anders gekennzeichnet beziehen sich die folgenden Ausführungen auf Fleck, J.: Gutachten: Rechtliche Aspekte zum Interventionsleitfaden und Stufenplan in der betrieblichen Suchtprävention, Berlin 2004
- ⁷ Vgl. Däubler, W.: Gläserne Belegschaften? Datenschutz in Betrieb und Dienststelle. In: BTQ (Hrsg.): Betrieblicher Datenschutz - Aufgaben für Interessenvertretungen und Datenschutzbeauftragte. Hannover 2004, S. 40
- ⁸ Vgl. Schwandt, E.-A.: Alkoholismus, die beamtenrechtliche Pflicht gegen die Sucht anzukämpfen, und der Führungsauftrag des Dienstvorgesetzten. Diskussionsbeitrag zur Jahrestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Suchtprävention in der Polizei am 08.05.2001 in Weinböhla/Dresden, S. 3
- ⁹ Sofern nicht anders gekennzeichnet beziehen sich die folgenden Ausführungen auf Fleck, J.: Gutachten: Rechtliche Aspekte zum Interventionsleitfaden und Stufenplan in der betrieblichen Suchtprävention, Berlin 2004
- ¹⁰ Vgl. Claussens/Benneke/Schwandt, Das Disziplinarverfahren, 5, Aufl. 2003, Randnummer 281 ff und Randnummer 325ff, zit. nach Fleck, J. a.a.O., S. 1
- ¹¹ Vgl. Fuchs, Rainer, Rummel, a.a.O.
- ¹² Vgl. Löber, S.: Betriebliche Suchtprävention - Evaluation einer Interventionsmaßnahme in der chemischen Industrie. Referat auf der 15. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. 31.03.-02.04.2004 in Essen; *ebenso* Croissant, B., Klein, O., Löber, S., Mann, K.: Betriebliche Suchtprävention – Durchführbarkeitsstudie in einem Betrieb der Chemischen Industrie. Mannheim 2004, Manuscript submitted for publication.
- ¹³ Vgl. DHS: Substanzbezogene Störungen a.a.O.; *ebenso* NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS): "Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe". Orientierungshilfen für die betriebliche Praxis. Büro für Suchtprävention, Hamburg 1999; *ebenso* Ziegler, H., Brandl, G.: Suchtprävention als Führungsaufgabe - Lösungsorientierte Strategien für den Betrieb. Wiesbaden 1999
- ¹⁴ Vgl. DHS: Substanzbezogene Störungen a.a.O.; *ebenso* Fuchs, Rainer, Rummel, a.a.O.
- ¹⁵ Vgl. Schumann, G.: Gesundheitsförderliches Führungsverhalten und lösungsorientierte Interventionen am Arbeitsplatz. Oldenburg 2004
- ¹⁶ Gute Erfahrungen mit einer entsprechenden Vorlage wurden mit dem Stufenplan der Rahmenempfehlung "Prävention und Hilfe bei Sucht- und Missbrauchsproblemen in der Niedersächsischen Landesverwaltung" gemacht, der auch in die Broschüre der DHS, Substanzbezogene Störungen...a.a.O. 2001, eingeflossen ist.

7. Beratung und Suchthilfe im Betrieb

7.1 Standards für die interne Beratung und Suchthilfe

Das Angebot von interner Beratung und Suchthilfe ist ein Kernbestandteil betrieblicher Suchtprävention. Im Rahmen betrieblicher Suchtpräventionsprogramme wird deshalb in vielen Fällen eine Einrichtung für die interne Beratung und Suchthilfe aufgebaut oder eine bereits bestehende Beratungseinrichtung, z.B. die Sozial- oder Mitarbeiterberatung, mit dieser Aufgabe betraut. Im Folgenden werden all diese Angebote kurz als "interne Einrichtung" oder "interne Beratung und Suchthilfe" bezeichnet.

Die internen Einrichtungen haben seit jeher sehr unterschiedliche Ausprägungen. Grundsätzlich kann man feststellen, dass die Beratungs- und Hilfeangebote von folgenden Faktoren bestimmt sind:

- Ihr Umfang und Charakter unterscheidet sich in Abhängigkeit von der Größe und Struktur der jeweiligen Organisation.
- Sie hängen ganz wesentlich von den vorhandenen Ressourcen und der Ausstattung ab.
- Sie sind unterschiedlich ausgelegt je nach haupt- oder nebenamtlicher Besetzung der Einrichtung oder - alternativ - ihrer (zeitweisen) Besetzung durch einen externen Beratungsdienstleister (Siehe Punkt 9), nach vorhandenen Qualifikationen und dem Grad der Professionalisierung.
- Sie variieren, abhängig vom Konzept der Suchtprävention und -hilfe, zwischen Einzelfallhilfe für betroffene Personen bei auftretenden Suchtproblemen bis hin zu einer breiten Beratungspalette zur Unterstützung bei gesundheitlichen und sozialen Problemlagen für die beratungssuchende Person und deren soziales Umfeld.
- Die Einbindung in betriebliche Prozesse, vor allem in das Personalmanagement (z.B. Fehlzeitenmanagement) oder in das Gesundheitsmanagement oder die Nicht-Einbindung (als sog. Einzelkämpfer) spielt eine Rolle.

Einrichtungen der internen Beratung und Suchthilfe, deren Dienstleistung professionelle Standards erfüllt und die sich aktiv in das betriebliche Gesundheitsmanagement einbringen und einbinden lassen, können in erheblichem Maße zur Verbesserung der Gesundheitssituation und zur Qualität der Arbeit an Produkten und Dienstleistungen beitragen. In engem Kontakt mit den Beschäftigten und Vorgesetzten können sie bei aufkommenden Problem- und Konfliktsituationen den Beteiligten frühzeitig Unterstützung geben und tragen damit zur Vermeidung von Störungen am Arbeitsplatz, zur Entspannung des Betriebsklimas und zur Stärkung individueller (gesundheitlicher) Ressourcen der Beschäftigten bei. Es gibt hinreichend Hinweise, dass sich solche Einrichtungen auch für die Betriebe als Kosten ersparend erweisen (Siehe Punkt 8).¹

7.1.1 Beratungsaufgaben interner Einrichtungen

Suchtpräventionsprogramme stehen in der Tradition der betrieblichen Suchtkrankenhilfe. Die Unterstützung von Beschäftigten, wenn sie allein nicht mehr in der Lage sind, sucht(mittel)-bedingtes Fehlverhalten abzustellen, stand im Zentrum der Aufgabe und steht für viele betriebliche Initiativen noch heute ganz im Vordergrund.

Mittlerweile sind die Aufgaben der Einrichtungen jedoch komplexer geworden und beziehen sich in der Regel auch auf weitere Elemente betrieblicher Suchtpräventionsprogramme (Abb. 7.1), die in den weiteren Kapiteln dieser Expertise ausführlich dargestellt werden.

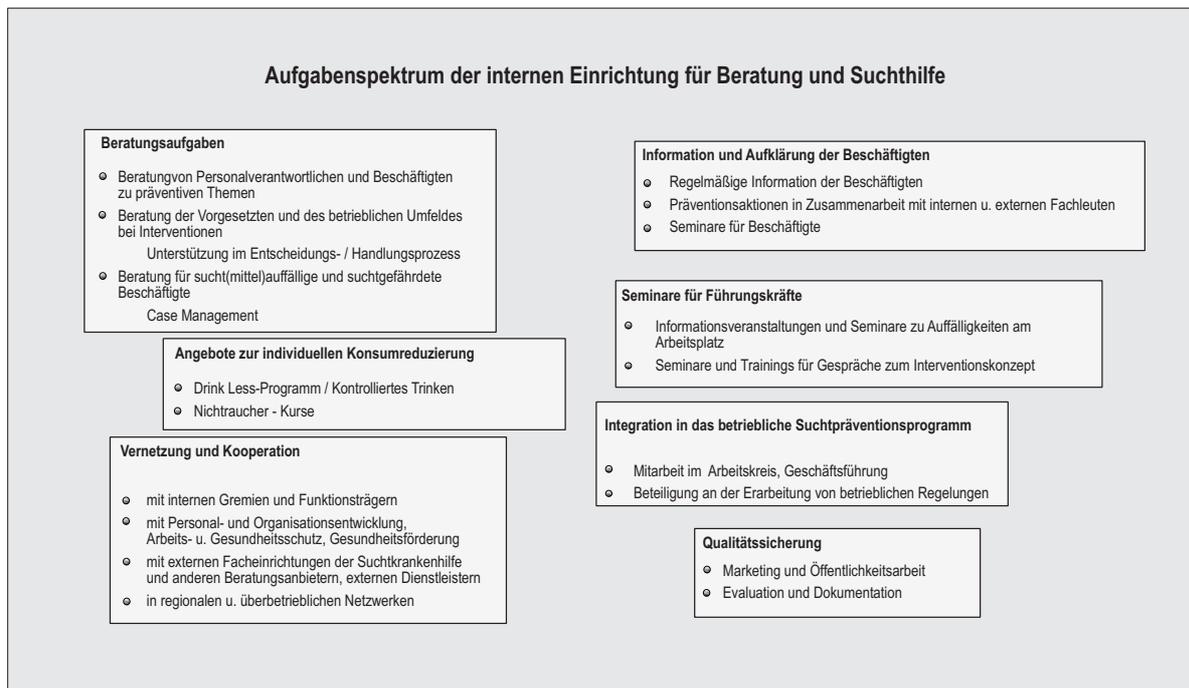


Abbildung 7.1: Aufgabenspektrum von nebenamtlichen Ansprechpartnern

Im Folgenden soll der Fokus auf die Kernaufgaben interner Einrichtungen gelegt und die Standards für die Beratung und die Suchthilfe angesprochen werden.

Es lassen sich in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe grundsätzlich drei fachlich unterschiedlich ausgerichtete Beratungsfelder unterscheiden,

- die Beratung der Personalverantwortlichen und der Beschäftigten zu präventiven Themen,
- die Beratung des betrieblichen Umfeldes, vor allem der Vorgesetzten, zu Interventionen,
- die Beratung und Hilfe für sucht(mittel)auffällige oder suchgefährdete Beschäftigte.

7.1.1.1 Beratung von Personalverantwortlichen und Beschäftigten zu präventiven Themen

Beratungen zum Themenkreis Prävention können sich auf gesundheitliche und soziale oder auf arbeitsgestalterische und arbeitsorganisatorische Aspekte beziehen. Gerade der Beratungsbedarf der Personalverantwortlichen, das sind neben den Führungskräften auch die Interessenvertretungen sowie die MitarbeiterInnen der Personalabteilungen, ist mit der Entwicklung zum Gesundheitsmanagement deutlich gestiegen.

Die folgenden Themenbereiche stehen bei Beratungsanliegen heute häufig im Vordergrund:

- a) Fachliche Beratung zur Vorbeugung von riskantem Suchtmittelkonsum im Betrieb oder in bestimmten Arbeitsbereichen, gemeinsame Entwicklung von Modellen zur Einschränkung des Konsums oder Abbau gesundheitsriskanten Verhaltens (zurzeit vor allem in Verbindung mit dem Nichtraucherchutz) und Vorbereitung der notwendigen Vereinbarungen;
- b) Beratung bei kollegialen Konflikten am Arbeitsplatz, Mitarbeiter-Vorgesetztenkonflikten oder Mobbingproblemen;
- c) Sensibilisierung für die Veränderung suchtfördernder Arbeitsbedingungen, Beratung zum Ausbalancieren von Arbeitsbelastungen;
- d) Beratung bei Überforderung, Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen, vor allem bei hoher psychischer Beanspruchung im beruflichen wie im privaten Bereich;
- e) Unterstützung bei (drohenden) sozialen Problemen oder sozialen Ängsten wie z.B. Arbeitsplatzverlust, Zukunftsängste, Verschuldung;
- f) Beratung und Begleitung im Prozess des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben;
- g) Beratung von Vorgesetzten bei der Umsetzung des Konzeptes des gesundheitsorientierten Führens. Unterstützung von Führungskräften bei der Ermittlung belastender sowie salutogener Faktoren.

Es sind in erster Linie die hauptamtlich besetzten Sucht- oder Sozialberatungen, die dieses Beratungsfeld bedienen können. Ihnen steht nicht nur eher ein entsprechendes Zeitkontingent für die präventive Beratung zur Verfügung, sie sind auch von ihrer Grundqualifikation in der Regel näher mit den beschriebenen Themen befasst und enger in das interne Netzwerk zur Gesundheitsförderung, zur Personalentwicklung und zum Gesundheitsmanagement eingebunden.

Neben der Informations- und Aufklärungsarbeit ist dieses Beratungsfeld ein bedeutender Raum, um den Präventionsgedanken in die Betriebe und Einrichtungen hinein zu transportieren. Es stellt aber auch für die betriebliche Suchtprävention und -hilfe in ihrer augenblicklichen Verfassung noch eine große Herausforderung dar.

Als ein Standard in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe kann die präventive Beratung deshalb generell nur für den Themenbereich a) gefordert werden. Die umfassenderen Beratungsaufgaben zu den folgenden Themenbereichen müssen dagegen weitgehend solchen Einrichtungen überlassen bleiben, die hauptamtlich besetzt sind oder zwar im Nebenamt, aber mit hohen Freistellungskontingenten ausgestattet, bedient werden.

7.1.1.2 Beratung der Vorgesetzten und des betrieblichen Umfeldes - Vorbereitung von Interventionen

Das zweite - und nicht selten zentrale - Beratungsfeld der internen Einrichtungen für Suchtprävention und Suchthilfe ist die Beratung der Vorgesetzten und des betrieblichen Umfeldes, wenn es darum geht ob und wie bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz interveniert werden soll.

Das betriebliche Umfeld nimmt Veränderungen im Arbeits- und Sozialverhalten von Beschäftigten meist schon sehr frühzeitig wahr. Sie registrieren z.B. den riskanten Konsum von Suchtmitteln, ordnen ihn aber zunächst bestehenden oder angenommenen Problemen zu oder glauben, das Verhalten werde von selbst wieder eingestellt. Wenn die Auffälligkeiten dann zunehmen und die Gefährdung größer wird, macht es das Eingreifen nicht leichter, weil jeder irgendwie in die Situation verwickelt ist und denkt, dass irgendeiner nun endlich tätig werden sollte. In diesem Szenario ist es für die Beteiligten hilfreich, wenn sie sich von inter-

nen Fachkräften beraten lassen können, was zu tun ist und was sie in ihren jeweiligen Rollen (als KollegInnen, als Vorgesetzte, als MitarbeiterInnen) tun können.

Die Beratung des betrieblichen Umfeldes und der Vorgesetzten fällt sowohl in den Aufgabenbereich der hauptamtlichen Fachkräfte als auch der nebenamtlichen Ansprechpersonen. Von beiden ist dabei professionelle Unterstützung zu fordern. Vor allem in der Beratung der Vorgesetzten kann erwartet werden, dass die BeraterInnen in der Lage sind, nicht nur die Verantwortung für die betroffene Person zu sehen, sondern im Perspektivwechsel auch die Situation der Führungskraft mit ihren Dilemmata und Rollenkonflikten, die häufig die Entscheidung für eine Intervention begleiten.²

Mit dem Interventionskonzept (siehe Punkt 6) wird den Vorgesetzten ein Verfahren an die Hand gegeben, das es ihnen erleichtert, frühzeitig und sachgerecht zu intervenieren. Bevor jedoch zu diesem Instrument gegriffen werden kann, sind eine Reihe von Fragen zu klären. Dieser "innere Prozess, der einer Interventionsentscheidung vorangeht, lässt sich dabei vereinfacht in fünf Aspekten verdeutlichen, die die Entscheidungsgrundlage konstituieren" ist für die Vorgesetzten mit verschiedenen Fragen verbunden.³

1. Wahrnehmen

Was nehme ich wahr an Konsumverhalten, Leistungsveränderung, Sozialverhalten, äußeren Eindrücken, Integration ins Team, eigene Gefühle gegenüber dem Mitarbeiter oder der Mitarbeiterin. Welche Auffälligkeiten habe ich festgestellt?

2. Bewerten

Können die Auffälligkeiten toleriert werden oder verspüre ich den Impuls zu intervenieren? Welche betrieblichen oder persönlichen Ansprüche an Arbeits- und Leistungsverhalten von MitarbeiterInnen sehe ich verletzt? Stehen die Auffälligkeiten in Verbindung mit Suchtmittelkonsum oder nicht zuzuordnenden "irritierenden" Verhaltensweisen?

3. Verantworten

Worin besteht meine Verantwortung, meine Aufgabe? Was ist die Aufgabe anderer? Wie weit geht meine Fürsorgepflicht? Für wen und was trage ich die Führungsverantwortung, wenn es um Auffälligkeiten durch Suchtmittelgebrauch geht?

4. Intervenieren

Was genau soll ich tun? Was wird von mir erwartet? Welche Voraussetzungen brauche ich dafür? Mit welchen Konsequenzen wäre mein Handeln bzw. Nichthandeln verbunden? Wie kann ich die betroffene Mitarbeiterin, den Mitarbeiter ansprechen? Was passiert, wenn ich interveniere? Wie geht es dann weiter?

5. Verankern

Wie wird mein Handeln in der Organisation getragen? Welche Reaktionen sind von wem zu erwarten? Werden meine Vorgesetzten, die Interessenvertretungen, die Personalabteilung u.a. mein Handeln unterstützen? Wie werden die anderen MitarbeiterInnen in meinem Bereich reagieren?

Da die Beantwortung dieser und ähnlicher innerer Fragen maßgeblich ist für die Entscheidung, ob der oder die Vorgesetzte intervenieren wird und sich der Auseinandersetzung mit der Person über ihre Auffälligkeiten stellt⁴, macht es Sinn, den Führungskräften Beratung an die Hand zu geben. Ein Coaching zur Klärung dieser Fragen und eine fachliche Beratung, welche Schritte zur Intervention angemessen und erforderlich sind und mit welcher Unterstützung die Beteiligten weiter rechnen können, erleichtert es den Vorgesetzten, frühzeitig und sachgerecht zum allseitigen Vorteil einzugreifen.

Die Clearing-Funktion der Beratung von Vorgesetzten vor der Entscheidung kann nicht bedeutend genug eingeschätzt werden und die gemeinsame Vorbereitung anstehender Gespräche bis hin zu einer coachingmäßigen Vorbereitung der Durchführung der Intervention sind fachlich anspruchsvolle, aber für die Wirkung betrieblicher Suchtprävention und Hilfe absolut zentrale Elemente betrieblicher Suchtberatung.

Wie wichtig eine beraterische Unterstützung der Personalverantwortlichen ist, zeigt ihre zentrale Rolle für die Suchtprävention und H. Das Handeln der Vorgesetzten in Verbindung mit dem Interventionskonzept und Stufenplan zu befördern, ist die wirksamste Strategie, um risikant konsumierende oder suchtgefährdete Personen in Beratung und Therapie zu bringen. Das machen die Zahlen aus bestehenden betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen deutlich: Danach wurden nach Schätzungen der Fachkräfte mit rund 70% (bis 80%⁵) die Mehrheit der sucht(mittel)auffälligen Beschäftigten durch die Vorgesetzten in die Sozial- und Suchtberatung überwiesen (im Vergleich dazu kommen über den Personalbereich 10%, Betriebsrat 10%, werksärztlichen Dienst, Betriebskrankenkasse, externe Ärzte 5%, als Selbstmelder 5%).⁶

7.1.1.3 Beratung und Hilfe für sucht(mittel)auffällige oder suchtgefährdete Beschäftigte - Case Management

Wie bereits beschrieben, ist die Beratung von am Arbeitsplatz auffällig gewordenen und/oder suchtgefährdeten Beschäftigten und das Angebot, ihnen zu helfen, wenn sie weitergehende Unterstützung benötigen und in Anspruch nehmen wollen, eine Kernaufgabe der internen Einrichtungen.

In dieses Aufgabenfeld gehören Erstgespräche, Motivationsgespräche und begleitende Beratung. Ebenso können auf Wunsch der suchtgefährdeten oder suchtkranken Person die Angehörigen in die Beratung einbezogen werden. Es gehört die Vermittlung in externe Beratungs- und Therapieeinrichtungen dazu, der Kontakt oder die intensivere Fallbegleitung (ggf. Case Management) während therapeutischer Behandlungen, wenn die betroffenen Beschäftigten dies wünschen. Es umfasst außerdem die Vorbereitung und Begleitung der Wiedereingliederung nach stationären Therapien.

Hauptamtlich besetzte Einrichtungen führen in der Regel die Beratungen in der Einleitungsphase der therapeutischen Beratung und Behandlung intern durch. Beschränken sich Betriebe aber darauf, die Aufgaben einer Ansprechperson zu übertragen, die diese nebenamtlich und ohne Freistellung wahrnimmt, so muss der Hauptanteil von Beratung und Hilfe außerhalb der Organisation in einschlägigen Fachstellen und/oder in Selbsthilfegruppen stattfinden.

Immer häufiger werden auch die Betriebsärzte und Betriebsärztinnen, über ihre medizinische Beratung im engeren Sinne hinaus, in der internen Suchtberatung und -hilfe tätig. Für viele risikant konsumierende und suchtgefährdete Beschäftigte mag die Schwelle, zum Betriebsarzt zu gehen, niedriger sein - 'man tut was für seine Gesundheit' - als andere Einrichtungen aufzusuchen. Die konkreten Schritte im Kontakt mit den behandlungsbedürftigen Beschäftigten, die eine Betriebsärztin aus ihrer Praxis beschreibt, zeigen auf, welches Vorgehen sich hierbei bewährt:

- Empathische Grundhaltung einbringen
- Selbstverantwortlichkeit betonen
- Konkrete Vorkommnisse und Fakten erörtern
- Konsequenzen bei verschiedenen Trinkstilen durchspielen
- Entscheidung über geplantes Trinkverhalten / Therapieteilnahme liegt beim Klienten
- Bei der Entscheidung für therapeutische Unterstützung wird diese gemeinsam in die Wege geleitet

- Feste Folgekontakte vereinbaren.⁷

Für die Art und die Qualität der Beratung in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe gibt es bislang keinen fachlichen Standard. Und es kann auch bezweifelt werden, ob sich ein solcher zurzeit durchsetzen ließe. Der Grund hierfür liegt in den spezifischen Strukturen und der Situation der betrieblichen Einrichtungen zur Beratung und Suchthilfe:

Es wird höchstens in solchen Betrieben und Einrichtungen, in denen es mehrere Beratungspersonen gibt, mit abgestimmten Beratungskonzepten gearbeitet. Das gilt z.B. für Organisationen, die mehrere Hauptamtliche beschäftigen oder in denen eine hauptamtliche Beratungskraft den Einsatz weiterer nebenamtlich tätiger Ansprechpersonen koordiniert. In der überwiegenden Zahl der Fälle, sind die Beratungs- und Ansprechpersonen in den internen Einrichtungen alleine tätig oder dezentral verteilt im Einsatz. Da sie in der Regel fachlich weisungsfrei arbeiten, können sie je nach Qualifikation und Vorlieben die Beratungsprozesse selbst gestalten. Anders als in Beratungsstellen und Facheinrichtungen, in denen Beratungs- und Therapeutenteams die Chance haben, Beratungskonzepte gemeinsam zu entwickeln, ist das Beratungsgeschehen im betrieblichen Bereich in hohem Maße individualisiert.

Auf diese Weise lässt sich in der betrieblichen Suchtarbeit ein breites Spektrum von professionellen und erfahrungsbasierten Beratungsansätzen finden. Allein um die Ist-Situation abzubilden, hätte es einer qualitativen Erhebung bedurft, die jedoch den Rahmen der Expertise gesprengt hätte. Deshalb kann an dieser Stelle nur angeregt werden, sich diesem Feld durch weitergehende Untersuchung zu nähern und zugleich intensive fachliche Austausche, die über die Treffen in den regionalen Arbeitskreisen hinausgehen müssten, anzuregen.⁸

Angeregt werden müsste in vielen Fällen die inhaltliche Weiterentwicklung des Beratungskonzeptes. Es geht beispielsweise um die stärkere Einbeziehung ressourcenorientierter Verfahren in die Beratungsarbeit (z.B. Motivational Interviewing) und die Diskussion über Selbstwirksamkeit bei notwendigen Veränderungen des Konsumverhaltens.⁹

Vor allem die Frage der Konsumreduzierung versus Abstinenz spaltet die betriebliche Suchtberatung. Gerade weil hier viele Nebenamtliche tätig sind, die auf Grund eigener Abhängigkeits- und Therapieerfahrung die traditionellen Deutungsmuster integriert haben, mit deren Hilfe sie - in einem oftmals noch sehr rigide gesteuerten Prozess - zu einer neuen "trockenen" Identität vorgedrungen sind, haben sich betriebliche Suchtpräventionsprogramme immer wieder am Krankheitsmodell des Alkoholismus orientiert. Für den genannten Personenkreis ist es nicht leicht, sich auf Modelle wie Punktnüchternheit oder in dividuelle Konsumreduktion (kontrolliertes Trinken) als Ziele in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe einzulassen. Allerdings halten auch viele Fachkräfte mit professioneller Ausbildung an den traditionellen Sichten fest, die sich - wie in Punkt 6.1.2.2 aufgeführt - nach wie vor in den Regelungen von Stufenplänen und Handlungsanleitungen niederschlagen.

Überlegungen zum Case Management in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe

An dieser Stelle soll gleichwohl ein Vorschlag für die Entwicklung eines neuen Standards in der betrieblichen Suchtberatung gemacht werden, der in den fortgeschritteneren Stufen des Interventionskonzeptes (siehe Punkt 6) eine Fallbegleitung nach dem Verfahren des Case Managements vorsieht.

Hintergrund der Überlegungen ist die häufig unbefriedigende Begleitung von auffällig gewordenen Beschäftigten, während sie den Stufenplan durchlaufen. Deshalb sollten die Stufenpläne ab Stufe 3 sicherstellen, dass den betroffenen Beschäftigten eine intensive Fallbegleitung angeboten wird. Geht man davon aus, dass sich - bei konsequenter Anwendung des Interventionskonzeptes - in der Stufe 1 noch mehrheitlich und in der Stufe 2 noch zu einem erheblichen Teil - Beschäftigte angesprochen werden, die durch einen riskanten Konsum auffallen, aber nicht unbedingt bereits extrem suchtgefährdet sind, so lässt sich ab der 3.

Stufe begründet annehmen, dass die Person den Konsum des Suchtmittels nicht mehr ohne Weiteres selbst steuern kann. Hier sollte, wenn die Beschäftigten eine intensivere Begleitung wünschen, eine Fallbegleitung nach dem Case Management-Verfahren einsetzen.

Heute ist es zwar so, dass im Betrieb oder in der Einrichtung konsequentes Vorgehen nach Stufenplan angesagt ist, sobald sich die Betroffenen aber in Therapie begeben (haben) verlieren sie das betriebliche Hilfesystem bis auf einzelne Kontakte weitgehend *aus* dem Blick. Umgekehrt gerät aber der Facheinrichtung, die den oder die Beschäftigte aufgenommen hat, die betriebliche Situation nicht zwangsläufig *in* den Blick. Deshalb macht es Sinn, die internen und externen Bemühungen um die Beschäftigten - deren Einverständnis nicht nur vorausgesetzt, sondern schriftlich eingeholt - stärker miteinander zu verzahnen.

Um diese These zu verfolgen, wurden zwei unabhängige Gutachten eingeholt, das eine von einer internen Einrichtung eines größeren Industriebetriebes¹⁰, die bereits seit einiger Zeit mit Elementen des Case Management-Verfahrens arbeitet, und das zweite von einer Fachkraft aus einer Therapieeinrichtung, die als externer Dienstleister in einem vergleichbaren Industriebetrieb tätig ist und das Verfahren anwendet.¹¹ Schließlich wurden auch noch in einem Expertengespräch Einschätzungen zum Thema Case Management in der betrieblichen Beratung und Suchthilfe diskutiert und mit den Entwicklungen des Modells auf der Ebene der Leistungsträger abgeglichen.

Die folgende Beschreibung des Konzepts, die sich auf die genannten Gutachten bezieht, soll dazu beitragen, die weitere fachliche Diskussion darüber im Feld der betrieblichen Suchtprävention anzuregen.

A. Case Management als Fallbegleitung - Prinzipien und Anforderungen

Das Modell A beschreibt ein Case Management im engeren Sinne als Prozessbegleitung eines individuellen Hilfeprozesses:¹²

- *Case Management ist ein Konzept für Personen mit komplexem Hilfebedarf und einer längeren Unterstützungsdauer.*

Case Management ist ein Konzept, bei dem die Hilfen auf die jeweilige Person zugeschnitten abgestimmt werden, im Unterschied zu institutionsabhängigen Konzepten. Es geht um eine längere Begleitung des oder der Beschäftigten, kurz "Fallbegleitung" während des Interventionsprozesses, der Therapie und der Wiedereingliederung. Die Schwerpunkte des Case Managements können je nach Störungsbereichen und nutzbaren Ressourcen variieren.

- *Im Case Management werden verschiedene Einzelleistungen gezielt koordiniert.*

Der Case Manager nutzt und koordiniert die Spezialkompetenzen anderer Fachleute zielgerichtet. Gestaltung und Steuerung des Case Managements geschieht mit dem Ziel, die verschiedenen Leistungen wirksam zu platzieren und durchzuführen. Für den Case Management Prozess ist eine personelle Kontinuität zu gewährleisten.

- *Der Case Manager (oder die Case Managerin) initiiert und begleitet die Hilfemaßnahmen, organisiert den Informationsaustausch und gewährleistet den geordneten Ablauf.*

Aufgaben eines Case Managers im Einzelnen sind:

Hilfeplan auf der Basis diagnosegeleiteter Indikatoren, Vermittlung in Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen, Klientenbezogene Kooperation mit anderen Institutionen oder Fachkräften, Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, Falldokumentation und Netzwerkarbeit. Dazu gehört die oben angesprochene Einbindung in das regionale Versorgungsnetz. Teilnahme an Koordinationsgremien und Arbeitskreisen unter einer eindeutigen Positionierung im betrieblichen System.

- *Als Case-Manager können interne oder externe BeraterInnen tätig werden.*

Unabhängig davon, ob das Case Management durch eine verantwortliche Person innerhalb des Betriebes oder einen externen Experten realisiert wird, müssen bestimmte fachliche Anforderungen erfüllt werden: Kenntnisse in motivierender Gesprächsführung oder therapeutische Qualifikation, Kenntnisse des Versorgungsnetzes, (Liste der Beratungsstellen, Liste der Behandlungsmöglichkeiten (ambulant, teilstationär, stationär)), Einbindung in das regionale Versorgungsnetz.

Wenn Case Management an einen externen Dienstleister vergeben wird, muss geregelt sein, welche Person innerbetrieblich den Kontakt hält, wie die externe Beratungsperson den Kontakt zu den suchtmittelauffälligen Beschäftigten aufnimmt. Hier ist wünschenswert, dass es eine generelle Kooperationsvereinbarung zwischen dem externen Dienstleister/der externen Beratungs- oder Fachstelle und dem Betrieb gibt.

- *Um mit einem Case Management-Konzept arbeiten zu können, müssen verschiedene Rahmenbedingungen gewährleistet sein.*

Den Beschäftigten, insbesondere den Personalverantwortlichen muss bekannt sein, dass ein Case Management-Konzept genutzt werden kann. Es muss bekannt sein, welche Person oder Personen für Case Management im Betrieb zuständig sind. Der Kontakt muss leicht hergestellt werden können (Niederschwelligkeit / gute Erreichbarkeit). Es muss eine klare innerbetriebliche Verfahrensregelung geben. Es muss festgelegt sein, über wen der Zugang gebahnt werden kann und wie die Rückmeldung erfolgt.

Ablauf und Dokumentation des Case Management-Prozesses

Der Case Management Prozess wird in verschiedene Phasen - Zugang, Assessment, Durchführung und Evaluation/Auswertung - unterteilt. Die jeweiligen Phasen sind durch einen - im Betrieb zu entwickelnden - Standard zu regeln und die durchgeführten Maßnahmen sind vom Case Manager zu dokumentieren. (Abb.: 7.2)

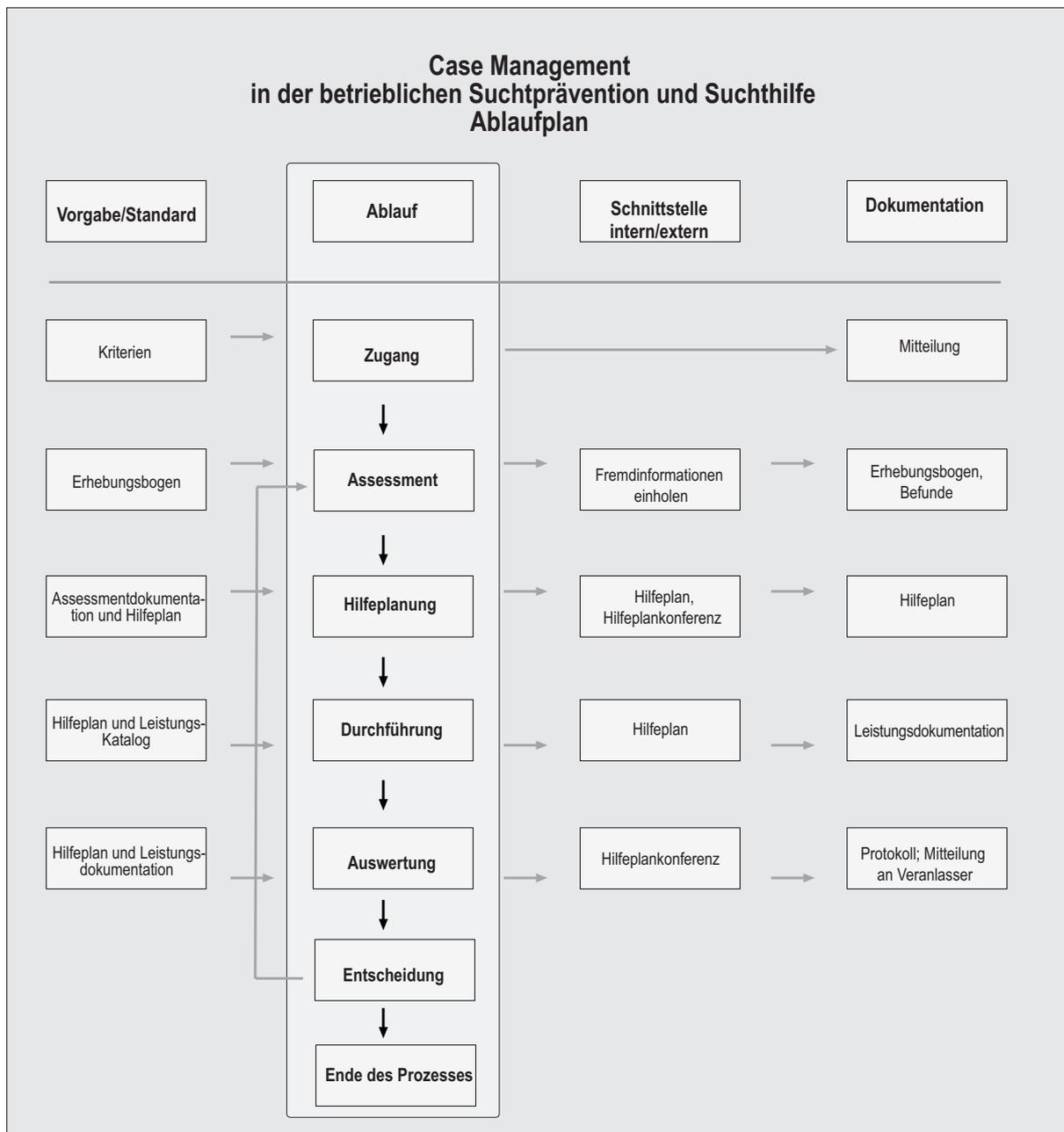


Abbildung 7.2: Case Management in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe – Ablaufplan
Quelle: Ebeling 2004

Zugang:

In dieser Phase des Case Managements müssen als Vorgabe Kriterien festgelegt werden, wann der Zugang erfolgt:

- beim Erreichen einer festgelegten Stufe innerhalb der Betriebsvereinbarung;
- beim Vorliegen einer starken mehrfachen Schädigung und einem dementsprechenden hohen Hilfebedarf auch ohne dass eine festgelegte Stufe innerhalb des Stufenplans erreicht wurde;
- die betroffene Person kann sich auch selbst um eine entsprechende Unterstützung bemühen.

Assessment:

Das Assessment hat als Zielsetzung eine Beurteilung der Problemlage vorzunehmen. Die Situation des Klienten wird eingeschätzt und es werden Defizite und Ressourcen festgehalten. Das Assessment ist die Grundlage für die Einschätzung des Hilfebedarfs, die Hilfeplanung und die Zielvereinbarung.

Die Datenerhebung im Assessment sollte entsprechend eines Standards erfolgen (s. Vorschlag). Die Verantwortung liegt beim Case Manager.

Hilfeplanung:

Grundlage für die Hilfeplanung ist die Assessment -Dokumentation, die ihrerseits Bestandteil des Hilfeplanes wird. Verantwortlich für die Hilfeplanung ist der Case Manager. Die Hilfeplanung wird gemeinsam mit dem Klienten durchgeführt und ggf. in Form einer Hilfeplankonferenz gemeinsam mit den Leistungserbringern erarbeitet.

Durchführung:

Grundlage für die Durchführung ist der Hilfeplan. Verantwortlich für die Durchführung sind der Case Manager und die Leistungserbringer für ihre Leistungen. Das Schnittstellenmanagement erfolgt entsprechend dem Hilfeplan. Auch hier kann man eine Hilfeplankonferenz nutzen. Die Dokumentation erfolgt durch die Leistungserbringer in der Leistungsdokumentation.

Auswertung:

Grundlage der Auswertung ist der Hilfeplan und die Leistungsdokumentation. Verantwortlich ist der Case Manager. Die Auswertung wird in einer Hilfeplankonferenz durchgeführt und in einem Protokoll festgehalten.

Der Veranlasser des Case Managements erhält eine Mitteilung über das Ergebnis.

Case Management bei unterschiedlichen betrieblichen Rahmenbedingungen

Es bleibt zu diskutieren, wie Case Management unter den verschiedenen strukturellen Rahmenbedingungen der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe gestaltet werden kann. Es muss vor allem unterschieden werden zwischen kleinen und mittleren Betrieben ohne interne Strukturen, Betrieben mit nebenamtlich tätigen Ansprechpersonen und Betrieben mit hauptamtlichen Sozial- oder Suchtberatungen. (Abb.: 7.3)

Bei *Betrieben mit hauptamtlichen Sozial- und Suchtberatungen* kann man den Case Management-Prozess von diesen Fachkäften selbst initiieren, organisieren und evaluieren lassen. Die Einrichtungen müssen ein Case Management Konzept vorhalten, das klar in einer betrieblichen Verfahrensregelung verankert ist. Der Vorteil der internen Einrichtung ist, dass meist eine gute Erreichbarkeit gewährleistet ist. Sichergestellt werden muss, dass die Beratungspersonen für fachlich hinreichend, z.B. für Kurzinterventionen bzw. Motivierende Gesprächsführung qualifiziert sind.

Bei *Betrieben mit nebenamtlichen Ansprechpersonen* kann der Case Management-Prozess durch einen externen Dienstleister in Kooperation mit der Ansprechperson organisiert werden. Hier kann überlegt werden, in welchem Ausmaß die betriebliche Ansprechperson in die Kooperation des Case Management-Prozesses einbezogen wird oder ob der Prozess weitgehend nach außen in die Hände der externen Fachkräfte gelegt werden soll. Sollte der Case Management Prozess schwerpunktmäßig aus dem Betrieb heraus organisiert werden, ist es auch hier, wie bei den hauptamtlich besetzten Einrichtungen, notwendig, dass ein Konzept vorliegt. Unabhängig davon sollten die betrieblichen Ansprechpersonen für Suchtfragen ebenfalls mit den Grundlagen für Kurzinterventionen bzw. motivierende Gesprächsführung vertraut sein.

Case-Management Synopse			
	Kleine und mittlere Betriebe und Einrichtungen	Betriebe mit nebenamtlichen Ansprechpersonen	Betriebe mit hauptamtlichen Sozial- und Suchtberatungen
Wer ist Case Manager?	Externe Experten Beratungsstellen Suchtambulanzen	Externe Experten in Kooperation mit Ansprechpersonen	betriebliche Suchtberatung
Wer bahnt Zugang?	Personalverantwortlicher Betriebsarzt Betriebsrat	Personalverantwortlicher Betriebsarzt Betriebsrat	Personalverantwortlicher Betriebsarzt Betriebsrat
Problem	Bekanntheit Konzept Rückmeldung	Bekanntheit Qualifikation Konzept	Qualifikation Konzept
Funktion des Case Managers	Implementor Organisator Begleiter	Ansprechpartner = Anbahner Case Manager = Begleiter	Begleiter Organisator
Anforderungen	Intern: Kooperation Extern: Konzept Qualifikation	Qualifikation, Büro, Sprechzeit, Kooperation mit externer Fachstelle	Konzept, Qualifikation, Büro, Sprechzeit, Kooperation mit externer Fachstelle

Abbildung 7.3: Case Management in unterschiedlichen betrieblichen Rahmenbedingungen
Quelle: Ebeling 2004

Betriebe ohne interne Beratungs- und Hilfestrukturen sind für die Suchtprävention und -hilfe generell auf die Kooperation mit einem externen Dienstleister angewiesen. Hier sind es dann die Personalverantwortlichen, die nach der Intervention bei Beschäftigten mit fortgesetzten Suchtauffälligkeiten am Arbeitsplatz auf die externe Fachkraft zugehen. Hier wird der Case Management-Prozess im Betrieb angestoßen, aber extern organisiert. Der externe Case Manager muss im weiteren Verlauf aktiv auf die Person im Betrieb zugehen, über die der Zugang zu der oder dem betroffenen Beschäftigten, gebahnt wurde und mit dieser kooperieren.

B. Case Management als Rahmenkonzept der internen Beratungseinrichtung

Das Modell B beschreibt ein umfassenderes Case Management-Konzept in Anlehnung an Wendt, das die gesamten Aktivitäten der internen Beratungseinrichtung zur Suchtprävention und zur Suchthilfe umfasst. In diesem Praxisbeispiel wurde die Arbeit der Einrichtung mit Case Management-Elementen weiterentwickelt und die Erfahrung gemacht, dass die Einführung einer strukturierten Leistungserbringung die Beratungsarbeit für alle Beteiligten effektiviert hat.¹³

Stadien der Dienstleistung

1. *Umfangreiche Information und Beratung:*

Wir sehen eine umfassende Fachverantwortung für die Arbeitsfelder der Sozialberatung. Im Arbeitsbereich „Sucht“ entwickelten wir daraus folgende Aktivitäten:

- Regelkommunikation mit Entscheidungsträgern und Fachleuten im Werk (Personalleitung, Betriebsrat, Personalabteilung, Arbeitssicherheit, Gesundheitsmanagement, Führungskräfte der Center)
- Qualifizierung und Coaching für Führungskräfte und Funktionsträger (Qualifizierungsmaßnahmen zwischen 3 Stunden und 5 Tagen)
- Mitarbeiter-Informationen durch Artikel in den internen Medien, Intranet-Auftritt, Broschürenstände, Info- Veranstaltungen in den Bereichen (in der Regel 30 Minuten) bis hin zu Präventionsmaßnahmen für den Ausbildungsbereich zum Thema „Neue Drogen“ und werksinterner Dialog zum Thema Punktnüchternheit im 4. Quartal 2003 (alle 16.000 Mitarbeiter arbeiteten mit Hilfe der direkten Vorgesetzten anhand vorproduzierter Info- Medien zum Thema)
- Teilnahme an den konzernweiten Diskussionen relevanter Themen (z.B. Alkoholausschank, -verbot, Drogenscreening für Bewerber oder Auszubildende).

2. *Aufnahme*

- Aufnahme in die Beratung in der Regel nach telefonischer Anmeldung durch Klient oder Überweiser
- Klienten mit Suchtmittelproblematik/- auffälligkeiten werden in der Regel fremdgemeldet (Schätzung des Aufnahmemodus: Meldung durch Vorgesetzte 70%, Personalbereich 10%, Betriebsrat 10%, werksärztlicher Dienst, Betriebskrankenkasse, externe Ärzte 5%, Selbstmelder 5%)
- Klärung von Stammdaten und zentralen Kontextfragen am Telefon.

3. *Assessment*

- Erstgespräch ausschließlich gemeinsam mit Überweisern
- Klärung von Kontext, Auftrag und weiteren Prozessschritten
- Beispiel Überweisung durch Vorgesetzte:
 - Bisherige Auffälligkeiten, ggf. auch Vermutungen, aber keine „Diagnoseversuche“
 - Bisheriges Führungshandeln
 - Weitere Schritte/ Konsequenzen nach UVV, Arbeitsordnung, Stufenplan und Heimtransportregelung
 - Sicht und bisherige Schritte des Klienten
 - Vorschläge/ Vereinbarung von Hilfemaßnahmen (z.B. zunächst 1-2 Einzelgespräche, Teilnahme an Motivationsgruppe, Abstinenzversuch)
 - Vereinbarung von 1-2 Bilanzgesprächen.

4. *Hilfeplanung*

- 1-2 Gespräche ohne Überweiser
- Ergänzung und Vertiefung der Auftrags- und Kontextklärung aus Sicht des Klienten, ggf. - auf Wunsch des Klienten - unter Einbeziehung des Partners, des Hausarztes etc.
- Rückmeldung zu den ggf. weiteren Vereinbarungen an Überweiser durch Klienten und/ oder Sozialberatung (hierzu entsprechende Schweigepflichtsentbindung).

5. *Implementation*

- Durchführung vereinbarter Hilfemaßnahmen
 - Intern: geleitete Selbsthilfe-/Motivationsgruppe zur Sicherung/ auch Kontrolle des Hilfeprozesses
 - Extern: Selbsthilfe und je nach Vereinbarung Beratung, ambulante/ stationäre Therapie.

6. *Qualitätssicherung*

- Fallbezogene Qualitätssicherung:
 - Übernahme der Prozesssteuerung im internen und externen Netzwerk durch die Sozialberatung
 - Bewertung des Hilfeprozesses gemeinsam mit Klienten, ggf. Veränderung der Maßnahmen
 - Bilanzgespräche mit Überweisern oder Teilnehmern der Gesprächsrunde (ab Stufe 3 des Stufenplans)
 - Schweigepflichtsentbindung (in der Regel) für den Fall von Abweichungen vom vereinbarten Prozess
 - Fallbesprechungen im Team
 - Externe Supervision
- Allgemeine Qualitätssicherung:
 - Kontinuierliche Fortbildung
 - Externe Supervision
 - Aktive Teilnahme an internen und externen Netzwerken
 - Kontakte/ Lehraufträge.

7. *Rechenschaftslegung*

- Besprechung der Arbeitsergebnisse und der psychosozialen Situation mit Führungskräften der Center, Personalleiter, Betriebsrat
- Entwicklung relevanter Controlling- Instrumente/ Kennzahlen
- Statistik/ Jahresberichte der Sozialberatung im Werk und im Konzern, Berichte des Gesundheitsmanagements.

Betriebliche Suchthilfe, Case Management und Datenschutz

Im Rahmen der betrieblichen Suchthilfe wird nicht nur im Case Management, sondern im Regelfall mit persönlichen Gesundheitsdaten umgegangen, für die als so genannte sensitive Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes besonders strenge Regeln gelten. Die zentralen Aspekte werden hier auf der Basis des Gutachtens von Faber vorgestellt:¹⁴

'Die Tätigkeit der betrieblichen Suchthilfe zielt, sofern sie präventiv erfolgt, auf das Ziel der Gesundheitsvorsorge und, sofern sie Unterstützung bei der Therapie gewährt, auf die Behandlung einer bestehenden Suchtmittelerkrankung. Datenschutzrechtlich maßgeblich ist vor diesem Hintergrund § 28 Abs. 7 BDSG, der die besonderen Verwendungsbedingungen sensibler Daten im Bereich des Gesundheitswesens regelt. Nach dieser Bestimmung ist der Umgang mit Gesundheitsdaten u.a. dann zulässig, wenn dies zu Zwecken der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik oder Behandlung geschieht und die Verarbeitung und Nutzung durch Ärzte oder Personen erfolgt, die der ärztlichen Schweigepflicht oder einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen (vgl. den in § 203 StGB erwähnten Personenkreis, zu dem etwa staatlich anerkannte Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen sowie Berufspsychologen zählen). § 28 Abs. 7 Satz 3 BDSG erlaubt darüber hinaus auch weiteren

(nicht in § 203 Abs. 1, 3 StGB erwähnten) Personen den Umgang mit Gesundheitsdaten, sofern diese strikt an die Maßstäbe der ärztlichen Schweigepflicht gebunden sind.

Auch wenn die somit bestehende – am Modell der ärztlichen Schweigepflicht orientierte – Geheimhaltungspflicht praktisch wichtige Eckpunkte für den Datenschutz im Rahmen der betrieblichen Suchthilfe bietet, ist darauf hinzuweisen, dass die übrigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen des BDSG nicht obsolet sind. Es sind deswegen die Kernanforderungen des BDSG an die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sensibler personenbezogener Daten in jedem Falle zu beachten. Hierzu zählen etwa der grundsätzliche Vorrang der Datenerhebung beim Betroffenen (§ 4 Abs. 2 BDSG) oder seine Unterrichtung über den vorgesehenen Umgang (§ 4 Abs. 3 BDSG), wozu insbes. die dezidierte Aufklärung über die Zweckbestimmungen der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung gehört. Da regelmäßig sensitive Daten erhoben werden, sind insoweit strenge Anforderungen zu stellen. Aus der Sicht betrieblicher SuchtberaterInnen folgt hieraus, dass sie die entsprechenden Festlegungen vor der ersten Erhebung personenbezogener Daten eindeutig getroffen haben müssen. Es ist dabei zu beachten, dass der Umgang mit personenbezogenen Daten auf das erforderliche Minimum zu beschränken ist. Eine Sammlung von Daten auf Vorrat, d.h. von Daten, für die zum Zeitpunkt ihrer Erhebung kein konkreter, sachlich gerechtfertigter Verwendungszweck besteht, stellt eine Verletzung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung dar und ist daher unzulässig.¹⁵

Dies ändert sich in dem Moment, in dem sich die betriebliche Suchtberatung mit den konkreten Suchtproblemen bestimmter Mitarbeiter zu befassen hat und es um konkrete Unterstützung und Hilfestellung geht. Um eine informatorische Basis für Therapie- und sonstige Abhilfemaßnahmen zu schaffen, sind notwendigerweise personenbezogene Daten zu erheben und zu nutzen. Nur so lässt sich ein Bild über Entstehung, Verlauf und Stand der bestehenden bzw. drohenden Suchterkrankung gewinnen.

Auch Personen, die nicht der ärztlichen Schweigepflicht oder einer sonstigen aus dem Berufsrecht folgenden Schweigeverpflichtung unterliegen, sind verpflichtet, ihr Handeln an den Regeln der ärztlichen Schweigepflicht auszurichten (§ 28 Abs. 7 BDSG).

Um die Eingriffe in das informationelle Selbstbestimmungsrecht zu minimieren, ist es erforderlich, vor der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Gesundheitsdaten im Rahmen der betrieblichen Suchthilfe Verwendungszweck und Verwendungszusammenhang der sensiblen Daten eindeutig festzulegen.

Um den so grob skizzierten Anforderungen effektiv genügen zu können, ist aus datenschutzrechtlicher Sicht eine adäquate Qualifikation von SuchthelferInnen und SuchtberaterInnen unverzichtbar.¹

"Verlaufsgesteuerter Stufenplan" und Case Management

Unter den vorliegenden betrieblichen Interventionskonzepten befindet sich das Modell eines "Verlaufsgesteuerten Stufenplanes", der konsequent am Case Management-Konzept ausgerichtet ist.¹⁶

Es handelt sich um den Stufenplan im Rahmen eines Handlungskonzeptes zum Umgang mit auffälligen Beschäftigten eines Universitätsklinikums, das 2002 den neuen Anforderungen und Ansätzen der Suchtkrankenhilfe angepasst wurde, die einleitend genannt werden:

- Die Zunahme von Kurzzeittherapien sowie ambulante Therapien und deren Verknüpfung in Kombinationstherapien. Die Tatsache, dass der oder die Einzelne mit der individuellen Lebensgeschichte und der eigenen Persönlichkeit in den Mittelpunkt der Therapie gerückt wird und unterschiedliche Therapiewege und eine Ausdifferenzierung des Angebotes erfordert, das dem Krankheitsverlauf, der persönlichen Situation und der unterschiedlichen Psychodynamik angemessen Rechnung trägt.
- Das Brechen mit alten Dogmen und Traditionen der klassischen Suchtkrankenhilfe. Den Einsatz geeigneter Motivationsveränderungsstrategien (Motivational Interviewing). Die Er-

gängerung des Therapieziels Abstinenz durch Programme zum Kontrollierten Trinken für risikant Konsumierende.

- Das Einbeziehen von Menschen mit substanzbezogenen Störungen, die noch keinen Krankheitscharakter aufweisen, in die Behandlung. Die Anwendung des Ansatzes gestufter Hilfen (Stepped Care), nach dem die Maßnahmen mit dem geringsten Aufwand als erstes einsetzen, um die Therapiemotivation zu verbessern. Thematisierung des Rauchens als Suchtverhalten.¹⁷

Das vorliegende Modell wurde außerdem vor dem Hintergrund entwickelt, dass die organisatorische Einbindung des Suchtpräventionsprogramms in die betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung ebenso wie die kontinuierliche Weiterqualifizierung der MitarbeiterInnen adäquate Rahmenbedingungen dafür hergaben. Die fachliche Kompetenz der internen Beratungseinrichtung und die Vertrautheit mit den neuen Ansätzen der Suchttherapie und -hilfe scheint zudem eine wichtige Voraussetzung für seine gelungene Umsetzung zu sein.

Der Stufenplan wurde in diesem Modell auf insgesamt 3 Stufen verkürzt und das Vorgehen wie folgt geregelt:

"Die Kontaktstelle für Alkoholprobleme und Sucht hat als Facheinrichtung die Aufgabe mit den Vorgesetzten einen auf den Einzelfall bezogenen Handlungsplan zu erstellen und die Betroffenen in deren Motivations- und Entscheidungsprozess zu unterstützen. Sie berät die Beteiligten der Interventionsgespräche über geeignete Hilfemaßnahmen und vermittelt die Betroffenen zu diesen Stellen.

Der verlaufsgesteuerte Stufenplan gibt also keinen starren Fahrplan vor, sondern ermöglicht ein bewegliches, auf die Einzelnen bezogenes Vorgehen, das eine ideale Anpassung der Maßnahmen an das Verhalten, die Motivation und die individuellen Reaktionen der Betroffenen zulässt. Darüber hinaus liegen Suchterkrankungen verschiedene Störungsgrade und Krankheitsbilder zugrunde, so dass es auch aus dieser Sicht darauf ankommt, die individuelle Lebensgeschichte, die aktuelle Lebenslage, die Behandlungsbedürfnisse und Ressourcen im jeweiligen Kontext einzuschätzen und für den Einzelfall ein geeignetes Angebot zu finden. Das bedeutet, dass das Vorgehen nach dem verlaufsgesteuerten Stufenplan nicht lückenlos vorbestimmt, sondern dass die Wirkungen vorheriger Entscheidungen Einfluss bei der Auswahl der nächsten Entscheidungen haben. Dabei müssen Flexibilität und die gebotene Gradlinigkeit des Vorgehens in einem ausgewogenen Verhältnis stehen."¹⁸

Case Management als Standard?

Beide Gutachten sowie das vorstehend beschriebene Modell kommen zu dem Ergebnis, dass ein Case Management eine für alle Beteiligten nutzbringende Struktur der Fallbegleitung bzw. des Angebotes interner Einrichtungen sein kann. Gewinne sowohl für MitarbeiterInnen wie auch für das Unternehmen zeigen sich z.B. in der Vermeidung von Fehlzeiten. Industrielle Strukturen in der Beratungsarbeit fördern, so der Schluss eines Gutachtens, ein effektives, effizientes und transparentes Vorgehen.¹⁹

In den Expertendiskussionen waren die Modelle des Case Managements nicht unumstritten. Gewinne gegenüber der heutigen Praxis wurden angezweifelt und dem Zuwachs an Transparenz und Effektivität wurde die Zunahme an Bürokratie kritisch gegenüber gestellt. Zweifel wurden auch gegenüber der Bereitschaft externer Facheinrichtungen zur Kooperation mit den betrieblichen Einrichtungen laut.

Das Modell einer intensiven Fallbegleitung im Verlauf der Therapiekette auf der Basis eines Case Managements wird jedoch auch auf der Ebene der Leistungsträger in der Rehabilitation in Niedersachsen diskutiert. Mit dem dort sich zurzeit in Abstimmung befindenden Konzept ließe sich nach Rücksprache ein betriebliches Modell des Case Managements gut verzahnen. (Abb. 7.4)

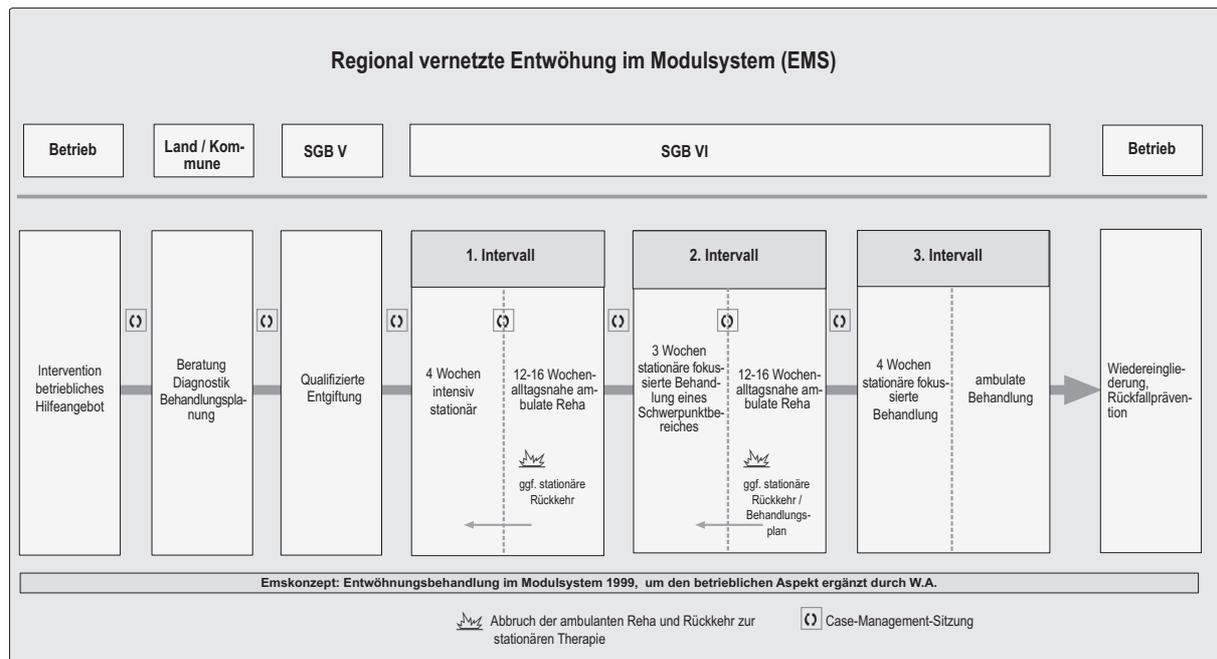


Abbildung 7.4: Case-Management EMS-Modell

In manchen Betrieben und Einrichtungen wird das in der Abbildung aufgezeigte Modell des Case Managements skeptisch verfolgt. Zwar verkürzen sich die (stationären) Therapiezeiten und damit auch die heute in der Wirtschaft so kritisch betrachteten Fehlzeiten, zugleich steigt aber der interne Betreuungsbedarf. Denn zur maximalen Nutzung externer Ressourcen und zur Entwicklung einer sowohl strukturierten wie auch hinreichend flexiblen Vorgehensweise im Einzelfall wird - so das Gutachten zu Modell B "ein kleines internes Team gut qualifizierter Fachleute benötigt", um das Case Management zu steuern, wie es auch das Modell des Klinikums belegt.

Aus der Beschreibung dieser beiden betrieblichen Modelle gehen explizit oder implizit die besonderen Vorteile eines innerbetrieblichen Case Managements für die Arbeit in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe hervor. Umfassende Wahrnehmung einer fachlichen Verantwortung für das Thema Sucht ist demnach als Mitglied des sozialen Systems Betrieb leichter: Interne haben Zugang zu umfangreichen Informationen aus dem Betrieb durch formelle und informelle Netzwerke, Feldkompetenz durch langjährige Mitarbeit, Akzeptanz als Kollege oder Kollegin durch die Mehrzahl der Klienten/ Führungskräfte, Steuerungsmöglichkeit in formalen Strukturen (Gesundheitsmanagement, Stufenplan) und informellen Netzen.

Für kleinere und mittlere Betriebe und Einrichtungen ohne interne Struktur ist eine intensive Fallbegleitung sicherlich wünschenswert. Sie müsste durch einen externen Dienstleister wahrgenommen werden, der als Case Manager auftritt und sowohl in den Betrieb hinein vermittelt, als auch nach außen in die Hilfeinrichtungen. Es ist jedoch fraglich, ob und wie ein solches Angebot angesichts der generellen Zugangsprobleme zu diesen Beschäftigungsbereichen als Standard eingeführt werden kann.

Bei Betrieben mit nebenamtlichen Ansprechpersonen ist schon eher daran zu denken, Case Management als verbindlichen Standard der betrieblichen Suchtprävention vorzusehen. Die Fallbegleitung müsste in Kooperation mit externen Fachstellen bzw. Dienstleistern, die als Case Manager auftreten, organisiert und vereinbart werden. Das würde auch die Probleme lösen, die sich durch eine fachlich nicht einschlägige oder nicht ausreichende Qualifikation in der Abwicklung des Verfahrens und mit den datenschutzrechtlichen Erfordernissen ergeben könnten.

Bei Betrieben mit hauptamtlichen Sozial- und Suchtberatungen könnte sich in den nächsten Jahren ein Case Management im Sinne einer professionellen Fallbegleitung als ein verbindlicher Standard herausbilden. Voraussetzungen dafür wären allerdings noch zu schaffen bzw. weiterzuentwickeln, und zwar

- in der Gestaltung der Konzepte der Suchtprävention und -hilfe sowie der Beratung,
- in der professionellen Ausstattung der internen Einrichtungen,
- in der fachlichen Qualifizierung der BeraterInnen für die gemeinsame Arbeit mit den Beteiligten und für die Beratung und Begleitung der auffällig gewordenen Person unter Berücksichtigung neuer Ansätze in Therapie und Beratung.

7.1.2 Auftrag, Ausbildung und Ausstattung

7.1.2.1 Hauptamtliche Sozial- und Suchtberatungen

Auftragsgestaltung

Grundlage für die interne Suchtarbeit in den Betrieben und Einrichtungen sollte das von dem Steuerungsgremium erarbeitete Suchtpräventions- und Suchthilfekonzept sein. Es beschreibt Ziele, Inhalte, Art und Aufgaben der internen Suchthilfe sowie Pflichten und Rechte der in der Suchthilfe tätigen Personen. Dabei sollten auch die sächlichen Voraussetzungen (Anbindung der Stelle, Räume, Ausstattung) für die Beratungstätigkeit beschrieben werden.

Der Auftrag, den hauptamtliche Fachkräfte konkret in ihrer Tätigkeit in der internen Beratung und Hilfe wahrzunehmen haben, wird entweder in der Betriebs- oder Dienstvereinbarung und/oder in der Stellenbeschreibung festgelegt, wie das folgende Beispiel zeigt:²⁰

- Hauptamtliche BeraterInnen organisieren in Abstimmung mit dem Arbeitskreis (Steuerungsgremium) die präventiven Maßnahmen, unterbreiten Vorschläge zur Gesundheitsförderung, nutzen die verschiedenen Möglichkeiten, die Ursachen eines riskanten Konsums zu ermitteln und zeigen Wege zur Beseitigung von (in der Arbeit liegenden) Ursachen eines erhöhten Suchtmittelkonsums auf.
- Sie arbeiten im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit fachlich weisungsfrei. Dabei müssen sie die rechtlichen Bestimmungen berücksichtigen. Ihre Tätigkeit in der Beratung unterliegt der Schweigepflicht.
- Sie arbeiten für die Ziele dieser Vereinbarung eng mit den internen Stellen zusammen, die mit ihren Aktivitäten im betrieblichen Gesundheitsmanagement und in der Gesundheitsförderung vertreten sind, insbesondere mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie der Personal- und Organisationsentwicklung.
- Hauptamtliche Einrichtungen nehmen Aufgaben zur vorbeugenden Arbeit im Betrieb wahr und informieren die Beschäftigten, führen Seminare, insb. für Führungskräfte und Personalverantwortliche, durch, planen und realisieren Präventionsaktionen.
- Sie beraten Beschäftigte mit riskanten Konsummustern oder bei Suchtgefährdung sowie bei entsprechenden Problemen in ihrem Umfeld. Sie kooperieren hierzu mit den Beratungsstellen und therapeutischen Einrichtungen in der Region.
- Sie beraten und unterstützen die Vorgesetzten und sonstige Personalverantwortliche bei der Einleitung von Maßnahmen nach den Grundsätzen dieser Vereinbarung.
- Sie übernehmen die Geschäftsführung bzw. Koordination des Arbeitskreises/der Steuerungsgruppe.

- Sofern darüber hinaus nebenamtliche Ansprechpersonen eingesetzt sind, koordinieren sie deren Arbeit und stehen ihnen beratend zur Seite.
- Sie haben eine Auswertungs- und Berichtspflicht über die Tätigkeiten der Einrichtung (nicht über den Inhalt der Beratungen im Einzelfall) gegenüber der Betriebs- bzw. Dienststellenleitung.

Qualifikation

Hauptamtlich besetzte Einrichtungen sind in der Regel mit einschlägig ausgebildeten Fachkräften ausgestattet, deren Tätigkeit breitere Aufgaben der Sozialberatung bei sozialen und gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz umfasst und sich damit in den rechtlich erweiterten Arbeitsschutz, in die Gesundheitsförderung und in das Gesundheitsmanagement einbindet. Es überwiegen sozialpädagogische, pädagogische und psychologische Berufsabschlüsse. Eine Reihe von ihnen verfügt über eine oder mehrere Zusatzausbildungen.

Die qualifikatorischen Anforderungen an hauptamtliche BeraterInnen korrespondieren mit den konkreten Aufträgen. Zur grundlegenden Qualifikation für das Arbeitsfeld betriebliche Suchtprävention und -hilfe gehören jedoch die folgenden Kompetenzen:²¹

fachliche Qualifikationen

Kenntnis der Konzepte der betrieblichen Suchtprävention/-hilfe, Kenntnis der präventiven Ansätze des Risikokonsums/Punktnüchternheit, Überblick über die Suchtkonzepte und ihre Bedeutung für die betriebliche Suchtprävention, Fähigkeit zur Erarbeitung von Präventionskonzepten, Bereitschaft zur interdisziplinären Kooperation, Kenntnis der aktuellen Versorgungsstrukturen und des Case Managements, Bereitschaft zur Qualitätssicherung der eigenen Arbeit im Suchtpräventionsprogramm, Kenntnis der Modelle guter Praxis;

Beratungskompetenzen

Arbeit mit aktuellen Beratungsansätzen aus der Suchtberatung und -therapie, ressourcenorientierte und lösungsorientierte Ansätze (z.B. Motivational Interviewing), Kenntnis der Konzepte zur individuellen Konsumreduzierung (Drink-Less-Programme), Erfahrung mit der Beratung im Rahmen betrieblicher Interventionskonzepte;

persönliche und soziale Kompetenzen

Fähigkeit zur Kommunikation und Kommunikationsbereitschaft, Empathiefähigkeit, Bewusstheit der eigenen Ressourcen und -objektiven wie subjektiven - Grenzen, Konfliktfähigkeit und mediative Kompetenz; Bereitschaft zu fachlichen und persönlichen Entwicklungsprozessen z.B. durch kontinuierliche Weiterbildung und Supervision;

Feldkompetenzen

Kenntnis der Strukturen von Wirtschafts- und Verwaltungsorganisationen, Überblick über die betrieblichen Prozesse und Managementkonzepte, Akzeptanz betrieblicher Ziele in der Suchtprävention und -hilfe, Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen und betrieblichen Regelungen, Einblick in die formalen und informellen Strukturen einer Organisation, Nutzung der (regionalen) Netzwerke und Versorgungsstrukturen;

strategische Kompetenzen

Flexibilität in komplexen und sich schnell verändernden Systembedingungen, Verhandlungsfähigkeit, Fähigkeit zur Förderung und Integration des Suchtpräventionsprogramms in die betrieblichen Strukturen, Prozesse und Politiken, Fähigkeit zum Perspektivwechsel und der Einbeziehung betrieblicher Interessen bei der Entwicklung und Verfolgung fachlicher und persönlicher Interessen.

7.1.2.2 Qualifizierung und Einsatz der nebenamtlichen Ansprechpersonen

Hinter der hier übergreifend als nebenamtliche Ansprechpersonen für Suchtfragen bezeichneten Funktion verbergen sich durchaus unterschiedliche Konzepte, die alle ursprünglich aus der "ehrenamtlichen betrieblichen Suchtkrankenhilfe" hervorgegangen sind. Als "nebenamtlich" tätige Ansprechpersonen sind sie deshalb benannt worden, weil sie im Rahmen eines betrieblichen Auftrages arbeiten und arbeits- und dienstrechtlich damit ein "Nebenamt" zu ihrer "hauptamtlichen" Tätigkeit im Beruf wahrnehmen, was rechtlich von erheblicher Bedeutung sein kann. Die Ausdifferenzierung zu verschiedenen Konzepten von Ansprechpersonen wiederum ist im Zuge der Entwicklung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme und sozialer Unterstützungskonzepte erfolgt. In der Praxis gibt es eine Vielzahl von konkreten Ausformungen nebenamtlicher Einrichtungen für Suchthilfe, von denen die folgenden drei sich deutlich voneinander unterscheiden lassen:

Kollegiale Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

In Berliner Unternehmen und Verwaltungen werden "Kollegiale AnsprechpartnerInnen" - in erster Linie in Ergänzung zu hauptamtlichen BeraterInnen - eingeführt. Als "kollegiale Paten" sollen sie Beratungs- und Betreuungsaufgaben bei sucht(mittel)auffälligen Beschäftigten wahrnehmen. Das Aufgabenspektrum für das Nebenamt ist sehr eng gefasst.²² Es wird vorausgesetzt, dass die zentralen Aufgaben im Suchtpräventionsprogramm von hauptamtlich besetzten Einrichtungen wahrgenommen werden. Ein Modell, das sich für größere Organisationseinheiten anbietet. In kleineren Betrieben und Einrichtungen übernehmen auch kollegiale Ansprechpersonen breiter angelegte Aufgaben.

Soziale AnsprechpartnerInnen

In Nordrhein-Westfalen sind durch das dortige Innenministerium so genannte "Soziale AnsprechpartnerInnen" ausgebildet worden. Sie sollen als erste Anlaufstelle für Beschäftigte mit gesundheitlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen zur Verfügung stehen. In der Ausbildung werden dementsprechend Kenntnisse, die über die Wahrnehmung von sucht(mittel)bedingten Auffälligkeiten hinausgehen, vermittelt und ein entsprechendes Unterstützungskonzept vertreten. Die Themen Stress und Gesundheitsförderung ergänzen die breite Fächerung der Ausbildungsinhalte und des Einsatzes. An der Anlage und Intensität der Ausbildung sowie der begleitenden Supervision gemessen kann man hier von der Vorbereitung auf ein "semiprofessionell" ausgeführtes Nebenamt sprechen.²³

Ansprechpersonen für Suchtfragen im Betrieb

Eine Mischung aus den beiden vorgenannten Modellen stellt das Konzept der nebenamtlichen Ansprechpersonen für Suchtfragen oder betrieblichen SuchthelferInnen dar. Zum einen sind sie für den Einsatz in einer nebenamtlich - allein - getragenen Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe vorbereitet, zum anderen arbeiten sie aber auch in größeren Organisationen mit hauptamtlichen Beratungskräften zusammen. Dieses Modell, für das auch ein ausgearbeitetes Qualifizierungsmodell vorliegt (siehe unten), dürfte mit Modifikationen das am weitesten verbreitete sein.²⁴

Nebenamtliche Ansprechpersonen verfügen entweder über feste Freistellungskontingente oder sie werden vom Hauptamt nach Bedarf freigestellt. In vielen Fällen steht ihnen eine gewisse Grundausstattung für ihre Tätigkeit, z.B. Telefon, Zugriff auf räumliche Möglichkeiten für ungestörte Beratungen u.a. zur Verfügung

Auftragsgestaltung und Einbindung in eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung

Für nebenamtlich tätige Ansprechpersonen ist eine explizite Beauftragung noch wichtiger als für hauptamtliche Einrichtungen, damit sie außerhalb des für das Hauptamt abgeschlosse-

nen Arbeitsvertrages oder ihres Dienstverhältnisses in der Suchtprävention und Suchthilfe tätig werden. In diesem Fall bietet sich als Grundlage eine Betriebs - oder Dienstvereinbarung, die folgende Regelungen enthält²⁵, an.

- Die nebenamtlich tätige Ansprechpersonen haben die Aufgabe, sowohl sucht(mittel)auffällige Beschäftigte zu beraten als auch Funktionsträgern des Betriebes – vor allem Führungskräften - Unterstützung im Handeln mit betroffenen Personen zu geben.
- Ziel der Beratungstätigkeit mit den betroffenen Personen ist die Annahme von Unterstützungsangeboten und die Vermittlung in externe Facheinrichtungen.
- Den Nebenamtlichen werden ein Schweigerecht und eine Schweigepflicht für die Beratungsgespräche zugesichert bzw. auferlegt. Dieses gilt für alle Beratungsgespräche, die im Rahmen des Nebenamtes geführt werden, es sei denn, die zu beratenden Personen erklären im Einzelfall ihr ausdrückliches Einverständnis mit der Weitergabe der Information.
- Die nebenamtlich tätige Ansprechperson kann der zu beratenden Person auf ihren Wunsch hin eine schriftliche Bestätigung aushändigen, in der die Anwesenheit bzw. das Aufsuchen der Beratung bescheinigt wird. Direkte Auskünfte über die Gesprächsinhalte, z.B. über die geplanten weiteren Schritte der Betroffenen können nur mit deren ausdrücklichem Einverständnis an Dritte gegeben werden.
- Die Ansprechperson arbeitet in internen und regionalen Netzwerken mit. Sie hält insbesondere den Kontakt zum regionalen Versorgungssystem für Suchtgefährdete und –ranke.
- Die Mitarbeit der Ansprechperson - bzw. eines Vertreters oder einer Vertreterin der nebenamtlichen Ansprechpersonen - im „Arbeitskreis Suchtprävention“ (Steuerungsgremium) für einen geregelten Austausch ist vorgesehen.
- Die Ansprechperson wird für die Tätigkeit in der Suchtprävention und Suchthilfe - einen angemessenen Zeitrahmen - freigestellt. (Je nach Betriebsgröße und gewähltem oder beauftragtem Aufgabenspektrum - Erfahrungswerte zeigen bei einer mittleren Betriebsgröße etwa 20 Arbeitsstunden im Monat.) Sie können entweder über "Anspruchnahme von Zeit nach Bedarf" oder über ein festgelegtes Freistellungskontingent geregelt werden.
- Die Ansprechperson wird in der Arbeitsorganisation so eingesetzt, dass das Nebenamt störungsfrei ausgeübt werden kann. Der Einsatz bezüglich der Arbeitszeit ist auf die Bedürfnisse des Betriebes abzustimmen (z.B. im Schichtbetrieb).
- Die nebenamtlich tätige Ansprechperson arbeitet - Abstimmung mit dem Arbeitskreis (Steuerungsgremium) - fachlich weisungsfrei. Sofern hauptamtliche BeraterInnen im Betrieb oder in der internen Einrichtung wirken, sind die Nebenamtlichen diesen zugeordnet.
- In Absprache mit dem oder der Vorgesetzten kann die Ansprechperson zur Erfüllung ihrer Aufgaben den Arbeitsplatz verlassen (um z.B. Beschäftigte zu externen Einrichtungen zu begleiten). Fahrten und Dienstgänge in der Ausübung des Nebenamtes werden erstattet.
- Für die Beratung wird eine geeignete Räumlichkeit zur Verfügung gestellt. Für die Kontaktaufnahme mit der Ansprechperson für Suchtfragen wird eine telefonische Leitung zur Verfügung gestellt, bei der die Zielrufnummer nicht in der Zentrale gespeichert wird.
- Den Ansprechpersonen dürfen keine Nachteile in der beruflichen Weiterentwicklung durch die Ausübung ihres Nebenamtes entstehen.
- Für eine professionelle Ausführung der Aufgabe in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe wird der Ansprechperson die Teilnahme an einschlägigen Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen ermöglicht.
- Zur Sicherung der Qualität der Dienstleistung und zur eigenen Stabilisierung ist eine regelmäßige Supervision vorgesehen.

Qualifikation

Nach den ursprünglichen Vorstellungen betrieblicher Suchtkrankenhilfe standen Ansprechpersonen in erster Linie suchtgefährdeten und -kranken Personen und deren Umfeld beratend zur Verfügung. In den Suchtpräventionsprogrammen wird jedoch erwartet, dass sie - bei entsprechender Qualifizierung - an der Gestaltung und Umsetzung des Programms beteiligt sind, Aufgaben im Rahmen der Suchtprävention übernehmen und die Vorgesetzten beraten. In der konkreten Praxis werden von den Nebenamtlichen also meist breitere Aufgaben wahrgenommen.

Voraussetzung für die Tätigkeit als nebenamtliche Ansprechperson ist eine einschlägige Qualifizierung. Diese muss sowohl die inhaltliche Seite der Suchthilfe und Prävention abdecken als auch die Verankerung und Einbindung des Suchtpräventionsprogramms im betrieblichen Gesundheitsmanagement, die Beratung und Vorbereitung in Interventionsprozessen und die Qualitätssicherung zum Inhalt haben.

Eine entsprechende Qualifizierung zur nebenamtlichen Suchtarbeit im Betrieb wird bereits seit einigen Jahren von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) durchgeführt. (Abb. 7.5)

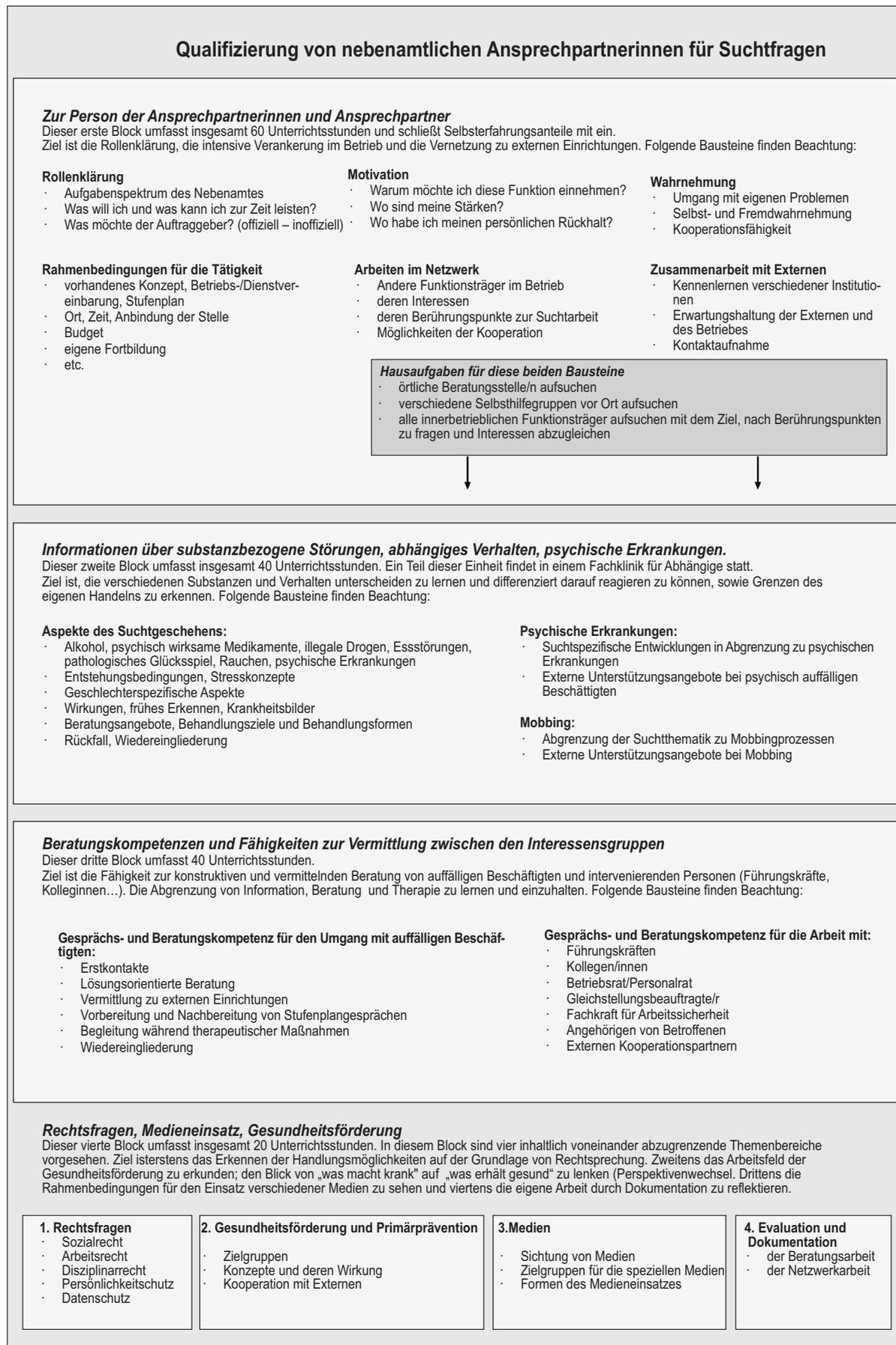


Abbildung 7.5: Qualifizierung der nebenamtlichen Ansprechpersonen

Quelle: Pegel-Rimpl/Wienemann 2004

Ziele und Umfang der Qualifizierungsmaßnahme

Mit der Qualifizierung sollen die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Suchtfragen in die Lage versetzt werden, suchtmittelbedingt auffälligen Beschäftigten und den anderen beteiligten Personen im Betrieb angemessene Unterstützung zu geben. Sie können externe Hilfeangebote aufzeigen und Beschäftigte dorthin vermitteln. Sie begleiten die Beschäftigten in externe Einrichtungen und halten Kontakt während der therapeutischen Maßnahme. Sie tragen dazu bei, Beschäftigte wieder in den betrieblichen Ablauf einzugliedern. Die Ansprechpersonen sind Mittler zwischen handelnden Personen. Sie ersetzen nicht die professionellen Hilfeangebote außerhalb des Betriebes!

Durch die Beratungsarbeit mit den entsprechenden Führungskräften tragen die Ansprechpartner in erheblichem Maß dazu bei, dass Betroffenen Fürsorge durch ihre Vorgesetzten zuteil wird. Ein solches Unterstützungsangebot können Führungskräfte sich mit geringem Aufwand nur bei den internen Ansprechpersonen „abholen“. Diese Dienstleistung wird ansonsten bislang vorwiegend nur von externen Privat Anbietern gegen Honorarleistungen angeboten.

Bei Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Beschäftigten beteiligen sich die Ansprechpersonen an der Planung. Für ihren suchtpreventiven Bereich ziehen sie ggf. externe Fachleute hinzu. In den Veranstaltungen und Schulungen zum Thema stellen die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Suchtfragen ihre Arbeit dar. Damit machen sie sich persönlich bekannt und senken die Hemmschwelle, bei Bedarf in Anspruch genommen zu werden. Sie dokumentieren ihre Arbeit und stellen sich der Weiterentwicklung.

Die Qualifizierung der NLS umfasst einen zeitlichen Rahmen von 160 Unterrichtsstunden und ist in sechs Seminare unterteilt, die innerhalb von sieben Monaten stattfinden. Eine dreitägige Einheit davon findet in einem Fachkrankenhaus statt. Die Kosten der Qualifizierungsmaßnahme belaufen sich zurzeit auf 2.200,00 € (mit Unterkunft und Verpflegung) bzw. 1.800,00 € (ohne Unterkunft).²⁶

Aspekte aus der Evaluation der Qualifizierungsmaßnahme für Nebenamtliche

In der Auswertung mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Qualifizierungsmaßnahme ist deutlich geworden, dass viele bei ihrer Bewerbung für diese Funktion den Umfang des möglichen Aufgabenfeldes nicht so groß eingeschätzt haben. Etliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben sich für das Nebenamt gemeldet, weil sie Betroffenen persönlich und direkt helfen wollen. Andere sehen in der strukturellen Arbeit eine Möglichkeit, das Arbeitsfeld der Suchtprävention in ihrem Betrieb "auf solide Beine zu stellen". Einigen ist in der Weiterbildung klar geworden, dass sie eine Dienstleistung für Führungskräfte erbringen können, die den Betroffenen letztendlich zugute kommt und die gleichzeitig aber auch ihre eigene Arbeit in der Außenwahrnehmung im Wert steigert.

Das Interesse, in der Qualifizierungsmaßnahme die verschiedenen Arbeitsbereiche kennen zu lernen, ist bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern groß. Sie behalten sich vor, am Ende der Qualifizierung in Absprache mit ihrem Arbeitgeber den Arbeitsbereich abzustecken.

In der Möglichkeit, selber das Aufgabenspektrum mitbestimmen zu können, liegt einerseits eine Chance, andererseits kann der eigene Wunsch aber auf Widerstand stoßen, wenn der Arbeitgeber einen begrenzten Einsatz, z.B. nur interne Beratung für Abhängige wünscht. Die bisherigen Auswahlkriterien, nach denen oftmals nur „jetzt trockene“ Abhängige für diese Aufgabe angesprochen werden, legen den Rückschluss auf diese begrenzten Erwartungen nahe. Eine Aufklärung der Arbeitgeberseite, aber auch der Interessenvertretungen erscheint notwendig.

Auswahlkriterien für nebenamtliche Ansprechpersonen

Sofern der Auftrag der nebenamtlich besetzten Einrichtungen in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen über die ausschließliche Beratung von Betroffenen hinaus geht, sind folgende Auswahlkriterien für die Ansprechpersonen wichtig:²⁷

- Die Ansprechperson sollte ein Suchtkonzept vertreten, das die Suchterkrankung und den risikoarmen sowie riskanten Konsum von Suchtmitteln trennen kann und neben Alkohol andere suchtmittelbedingte Gefährdungen einbezieht.
- Die Ansprechperson sollte über fachliche und kommunikative Fähigkeiten verfügen, damit sie als Gesprächspartner/in akzeptiert wird.
- Sie sollte einer Arbeitsebene angehören, die es auch Führungskräften erleichtert, sich Unterstützung zu holen; ggf. sind unter diesem Aspekt, je nach Beschäftigtenstruktur, mehrere Ansprechpersonen auf verschiedenen Ebenen einzusetzen.
- Die Ansprechperson muss die Fähigkeit zu interdisziplinärem Arbeiten und Kooperationsbereitschaft in das Nebenamt mitbringen, damit vernetztes Handeln vor allem mit der Personal- und Organisationsentwicklung sowie im Arbeits- und Gesundheitsschutz und in der Gesundheitsförderung möglich ist.
- Die Ansprechperson sollte den eigenen Ansatz in der Suchtprävention und Suchthilfe sowie das eigene Verhalten reflektieren können und sich der Aufgabe stellen, mit Fragen der Selbst- und Fremdwahrnehmung auseinander zu setzen.
- Eigene Erfahrungen mit Abhängigkeiten können nützlich sein. Die Ansprechperson muss aber für die Tätigkeit einen Abstand zu ihren eigenen Erfahrungen in der akuten wie in der Genesungs-Phase wie in der Therapie gewonnen haben. Für Selbstbetroffene ist eine mindestens zweijährige Abstinenzzeit vor Übernahme der Tätigkeit als Nebenamtliche/r Voraussetzung.

Das Gutachten zum Einsatz und zur Qualifizierung für die nebenamtlichen Ansprechpersonen kommt zu dem Ergebnis, dass die Entwicklungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement und die sich verändernden Anforderungen in der allgemeinen Suchthilfe (Arbeit mit ressourcenorientierten Ansätzen, Case Management u.a.) und den sich wandelnden Arbeits- und Beschäftigungsstrukturen (schneller Wechsel in den Anforderungsstrukturen, höhere Qualifikationen) auch andere Betreuungskonzepte in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen greifen sollten:

"Für die Zukunft ist anzunehmen, dass aufgrund der Veränderungsprozesse in Betrieben und öffentlichen Verwaltungen die Besetzung einer internen sozialen Mittlerrolle unumgänglich wird. Wünschenswert wäre eine hauptamtliche Kraft mit entsprechender Fachausbildung. Die Finanzsituation mittlerer und kleinerer Unternehmen und Verwaltungen wird eine solche Besetzung derzeit nicht regelmäßig ermöglichen. Umso notwendiger erscheinen eine verantwortungsvolle Auswahl der Personen und eine adäquate Qualifizierung für das Nebenamt. Und – nicht zu vergessen, die Absicherung der Tätigkeit in schriftlich fixierten Vereinbarungen."²⁸

An dieser Stelle öffnet sich das Feld der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe auch verstärkt dem Angebot externer Dienstleister, die - bei entsprechender Qualifizierung und Professionalisierung - gemeinsam mit nebenamtlich Ansprechpersonen die Aufgaben in der betrieblichen Suchtarbeit übernehmen und gestalten könnten. (Siehe Punkt 9)

7.1.3 Kooperationen und Vernetzung

Betriebliche Suchtpräventionsprogramme sind auf eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und Suchttherapie angewiesen. Das erfordert Kooperationsbereitschaft auf beiden Seiten. Für eine effektive Zusammenarbeit ist es sinnvoll, Vereinbarungen zu treffen und Kooperationsroutinen zu etablieren.

Netzwerke sichern vor allem den fachlichen Austausch und die Abstimmung von Konzepten und Projekten zwischen den Einrichtungen verschiedener Betriebe oder in der Region oder im betriebsübergreifenden Kontext. Sie haben für die Entwicklung in der betrieblichen Suchtprävention seit jeher eine zentrale Rolle gespielt.

Vernetzung ist aber in der Regel auch im regionalen und überregionalen Bereich, z.B. in Arbeitskreisen zur Suchtprävention am Arbeitsplatz angezeigt. Hier repräsentieren die Personen aus der betrieblichen Suchtarbeit ihren Betrieb in der Fachöffentlichkeit und nehmen an dem Austausch und der Weiterentwicklung der Konzepte zur betrieblichen Suchtprävention teil. Die Teilnahme an derartigen fachlichen Netzwerken sollte zum Standard betrieblicher Suchtpräventionsprogramme gehören.

Immer häufiger werden Beratungsstellen, aber auch einschlägige Beratungsfirmen schon heute als externe Dienstleister mit den Aufgaben der Suchtprävention und Suchthilfe von Betrieben und Einrichtungen beauftragt. Auf vertraglicher Basis werden diese Aufgaben innerhalb oder außerhalb des Betriebes wahrgenommen. Vor allem für kleinere und mittlere Betriebsgrößen bietet dieses Modell die Möglichkeit, ein eigenes Angebot für die Beschäftigten bereit zu stellen. Eine enge Vernetzung der externen Dienstleister mit internen Ansprechpersonen oder den Programmverantwortlichen in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen ist sicherzustellen.

7.2 Ist-Situation: Interne Einrichtungen für Beratung und Suchthilfe

Welche Arten von internen Einrichtungen zur Suchthilfe in den Betrieben und Einrichtungen mit Suchtpräventionsprogrammen vorzufinden sind, welche Angebote an Beratung und Dienstleistung sie vorhalten, wie sie qualifikationsmäßig und materiell ausgestattet und vernetzt sind, sind Aspekte, die etwas über den gegenwärtigen Standard in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe aussagen.

7.2.1 Art der internen Einrichtung

Die Einrichtung für Suchthilfe hat sehr unterschiedliche Ausprägungen. Als Einrichtung wird hier jede Form von Beratungs- und Hilfeangebot verstanden, das innerhalb der betrieblichen Suchtpräventionsprogramme für die Beschäftigten bereitgestellt wird. Es wurde zunächst danach gefragt, wer die Aufgaben der Suchtprävention und Suchthilfe wahrnimmt.

Einrichtung der Suchtprävention/-hilfe im Betrieb	Anzahl der Nennungen
Betriebsarzt / betriebsärztlicher Dienst	392
Nebenamtliche Ansprechpersonen / Suchtkrankenhelfer / -innen ohne Freistellung	237
Sozialberatung / Mitarbeiterberatung	211
Nebenamtliche Ansprechpersonen / Suchtkrankenhelfer / -innen mit Freistellung	130
Hauptamtliche Suchtberatung / Suchtbeauftragte	125
Sonstige	102
Kein Beratungsangebot	44
Nicht bekannt	12

Tabelle 7.1: Interne Einrichtung mit der Aufgabe Suchtprävention und Suchthilfe (Mehrfachnennungen möglich)

Mit 392 Nennungen wurde der Betriebsarzt bzw. der betriebsärztliche Dienst als die Einrichtung angegeben, die die Aufgaben der Suchtprävention und Suchthilfe wahrnimmt. Dieser hohe Anteil lässt sich daraus erklären, dass viele der befragten Betriebe und Einrichtungen die Betriebsärzte in dieser Rolle sehen, er sagt jedoch nicht aus, dass diese die ihnen zugeprochene Rolle tatsächlich auch wahrnehmen oder in dem Umfang und auf die Weise tätig sind, wie das Konzept der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe es vorsieht.

An zweiter Stelle rangieren in den befragten Organisationen die Einrichtungen, die von nebenamtlichen Ansprechpersonen getragen werden. Hinter den 237 Nennungen von 'nebenamtlichen Ansprechpersonen ohne Freistellung' und den 130 Nennungen 'mit Freistellung' verbergen sich insgesamt 335 Fälle, das macht 55% (N=610) aus. Davon haben 205 Betriebe und Einrichtungen ausschließlich Ansprechpersonen ohne Freistellung eingesetzt, gegenüber 98 mit Freistellung. In 32 Fällen sind sowohl Ansprechpersonen mit als auch ohne Freistellung tätig.

Mit einem hohen Anteil von insgesamt 292 Fällen, das macht 48% (N=610) der befragten Betriebe aus, sind die hauptamtlich besetzten Einrichtungen vertreten, ein Anteil, der sich, darauf sei noch einmal hingewiesen, aus der speziellen Sampleauswahl herleitet. Davon haben 157 eine Sozial- oder Mitarbeiterberatung und 71 eine Suchtberatung bzw. eine(n) oder mehrere Suchtbeauftragte(n) und 54 haben sowohl eine Sozialberatung als auch eine hauptamtliche Suchtberatung.

102 Nennungen entfallen auf Sonstige, worunter bei der Frage nach einer internen Einrichtung auch die Angebote von externen Beratern und Dienstleister fallen, die Beratung und Hilfe mit bestimmten Zeitkontingenten in den Betrieben und Einrichtungen selbst anbieten.

7.2.2 Beratungs- und Hilfeangebote

Die Beratungs- und Hilfeangebote im Betrieb sind unterschiedlich breit und intensiv ausgelegt je nach haupt- oder nebenamtlicher Besetzung der Einrichtungen, die für die Suchthilfe zuständig sind und dem Grad der Ausstattung und Professionalisierung dieses Aufgabenbereiches. Beschränken sich Betriebe und Einrichtungen darauf, die Aufgaben einer Ansprechperson zu übertragen, die diese nebenamtlich und ohne Freistellung wahrnimmt, so muss der Hauptanteil von Beratung und Hilfe außerhalb der Organisation in einschlägigen Fach-

stellen oder Selbsthilfegruppen stattfinden. Gibt es dagegen eine hauptamtliche Sucht- oder Sozialberatung, so kann auch intern die Beratung und Begleitung mit einer anderen Intensität erfolgen. Beschäftigten wird in solchen Fällen über Hilfe bei Suchtproblemen hinaus meist auch Unterstützung bei anderen gesundheitlichen sowie sozialen oder persönlichen Problemen gewährt.

Welche Angebote in den beteiligten Betrieben und Einrichtungen gemacht werden, lässt sich aus der folgenden Tabelle ersehen:

Hilfeangebote für Beschäftigte	Anzahl der Nennungen
Beratung durch innerbetriebliche Ansprechpersonen / Sozial- und Suchtberatung	496
Wiedereingliederung / Rückkehrgespräche / Rückfall vorbeugende Maßnahmen	409
Vermittlung in externe Selbsthilfegruppen	373
Vermittlung von ambulanter / stationärer Therapie in Facheinrichtungen	362
Beratung durch externe Beratungsstelle	352
Fallbegleitung (Case Management)	256
Teilnahme in internen Selbsthilfegruppen	77
Keine	44
Sonstige	41
Nicht bekannt	14

Tabelle 7.2: Hilfeangebote für Beschäftigte im Suchtpräventionsprogramm (Mehrfachnennungen möglich)

Besonders häufig werden Beratungen durch innerbetriebliche Ansprechpersonen, Sucht- und Sozialberatungen genannt. Mit 496 Nennungen ist dieses Angebot der Hilfe sogar weiter verbreitet als die betrieblichen Suchtpräventionsprogramme, die in 436 Fällen eingerichtet wurden. In 35 Fällen arbeiten die hauptamtlichen Fachkräfte ohne den konzeptionellen und strukturellen Rahmen eines Suchtpräventionsprogramms, für nebenamtliche Ansprechpersonen trifft dies in 41 und für Betriebsärzte/betriebsärztliche Dienste in 81 Fällen zu.

Die Vermittlung in externe Selbsthilfegruppen rangiert mit 373 Nennungen noch vor der Vermittlung von ambulanten oder stationären Therapien in Facheinrichtungen (362) und der Beratung durch eine externe Beratungsstelle (352). Hierbei unterscheiden sich die Vorgehensweisen der beteiligten Ansprechpersonen und Fachdienste zum Teil erheblich voneinander, wobei interne Kooperationen allerdings nicht berücksichtigt sind.

	Hauptamtliche	Nebenamtlichen	Betriebsärzte
Anzahl insgesamt	336	367	392
Selbsthilfegruppen	82%	72%	70%
Ambulante/Stationäre Therapien	83%	67%	67%
Externe Beratungsstelle	67%	85%	66%

Tabelle 7.3: Angebote der Betriebe/Einrichtungen mit verschiedenen Ansprechpersonen

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass in den Fällen, wo nebenamtliche Ansprechpersonen im Betrieb tätig sind, mit 85% (n=367) am häufigsten mit externen Beratungseinrichtungen kooperiert wird, um die einschlägigen Beratungs- und Hilfemaßnahmen einzuleiten. In den Betrieben und Einrichtungen, die über hauptamtliche Fachkräfte verfügen, wird dagegen in größerem Umfang ein eigenes Unterstützungsangebot gewährt. Nur 67% (n=336) von ihnen geben an externe Beratungseinrichtungen einzuschalten, 83% aber vermitteln (unmittelbar) in ambulante oder stationäre Therapien oder Selbsthilfegruppen.

Als wichtigste Maßnahmen der internen Unterstützung für auffällig gewordene Beschäftigte zeigen sich die Fallbegleitung mit 256 Nennungen sowie die Wiedereingliederungs- bzw. Rückkehrergespräche nach stationären Therapieaufenthalten mit 409 Nennungen. Die Qualität der "Fallbegleitung" erstreckt sich laut den Expertengesprächen von der Terminvereinbarung mit einer externen Beratungsstelle über Besuche bei stationären Aufenthalten bis hin zu einer intensiven Fallbegleitung nach den Regeln eines Case Managements.

Die Teilnahme an betriebsinternen Selbsthilfegruppen wird in 77 Fällen als Angebot genannt. Interne Selbsthilfegruppen, die in den frühen Suchtpräventionsprogrammen eine starke Rolle spielten, sind vor allem in größeren Betrieben und Einrichtungen vorzufinden. Während in den Größengruppen bis 1.000 Beschäftigte nur in 5 Fällen interne Selbsthilfegruppen existieren, sind es in den Größengruppen bis 5.000 Beschäftigte 30 Fälle und in den Betrieben und Einrichtungen mit einer Zahl von mehr als 5.000 Beschäftigte weitere 42 Fälle.

Unter Fachleuten in der betrieblichen Suchtprävention ist die Rolle interner Selbsthilfegruppen nicht unumstritten, war doch nicht selten neben dem Impuls des Helfens auch das Kontrollbedürfnis der Anbieter ein Faktor für die Einrichtung dieses Hilfeangebotes. In vielen neueren Suchtpräventionsprogrammen besteht nach Expertenaussagen die Unterstützung der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eher darin, dass sie die Möglichkeit bekommen, an externen Selbsthilfegruppen teilzunehmen.

7.2.3 Qualifikation von haupt- und nebenamtlichen Ansprechpersonen

Für den Standard der betrieblichen Suchtprävention spielt die fachliche und materielle Ausstattung der Einrichtung für Beratung und Hilfe eine entscheidende Rolle. Sowohl für die hauptamtlichen als auch für die nebenamtlichen Ansprechpersonen gilt, dass sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten professionelle Suchtarbeit im Betrieb leisten sollten.

Als erstes wurde nach der Ausbildung der hauptamtlichen Ansprechpersonen gefragt. Darunter fallen sowohl hauptamtliche SuchtberaterInnen und -beauftragte als auch die Fachkräfte, die in der Sozial- oder Mitarbeiterberatung oder als BetriebsärztInnen tätig sind.

Qualifikation von hauptamtlichen Ansprechpersonen	Anzahl der Nennungen
Sozialarbeit / Sozialpädagogik	170
Sonstige suchtspezifische Ausbildung	124
Pflegeberufe / medizinische Berufe	106
Psychologie	75
Sonstige Fachausbildung	70
sonstige Hochschulausbildung	48
Nicht bekannt	41
Pädagogik / Lehramt	35
Keine Ausbildung	15
Abschluss des Weiterbildungsstudiums Arbeitswissenschaft der Universität Hannover	13

Tabelle 7.4: Qualifikation von hauptamtlichen Ansprechpersonen (Mehrfachnennungen möglich)

Wie stark einzelne Berufsgruppen vertreten sind, wird aus Tabelle 31 ersichtlich. Viele dieser Fachkräfte verfügen zusätzlich noch über suchtspezifische Fachausbildungen (z.B. Suchtberater, Suchttherapeut) (124 Nennungen) oder über die Weiterbildung für Fachkräfte in der betrieblichen Suchtprävention im Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft (WA) der Universität Hannover (13). Verteilt auf die einzelnen Berufsgruppen verfügen zusätzlich über suchtspezifische Ausbildungen 35% der PsychologInnen, 34% der PädagogInnen, 32% der SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen, 19% der Fachkräfte aus medizinischen und pflegerischen Berufen, je 40% von den Fachkräften mit sonstiger Hochschulausbildung oder Fachausbildung. Daraus kann geschlossen werden, dass die hauptamtlichen Fachkräfte durch Grundausbildung und Weiterbildung in der Mehrheit über eine solide professionelle Basis für die Arbeit in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe verfügen. Nur in einem Fall der hauptamtlichen Ansprechpersonen lag allein eine suchtspezifische Ausbildung ohne andere berufliche Fachausbildung vor.

Nebenamtliche Ansprechpersonen qualifizieren sich für ihre Aufgabe auf unterschiedlichen Wegen. Der Ausgangsberuf spielt für ihre Beauftragung unmittelbar keine Rolle. Allerdings zeichnet sich in der betrieblichen Praxis immer wieder ab, dass die Akzeptanz in der Rolle als Ansprechperson und als BeraterIn nicht völlig getrennt von der Fachausbildung und dem betrieblichen Status zu sehen ist. Als Mindest-Standard für nebenamtliche Ansprechpersonen wird schon seit Anfang der 90er-Jahre eine Ausbildung zum betrieblichen Suchthelfer empfohlen.²⁹

Qualifizierung zur nebenamtlichen Ansprechperson	Anzahl der Nennungen
Ausbildung zu betrieblichen Suchtkrankenhelfern / -innen	234
Ausbildung zu ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfern / -innen	87
Sonstige suchtspezifische Ausbildung	87
Ausbildung zum Suchtberater / zur Suchtberaterin	53
Keine Ausbildung	53
Nicht bekannt	49
Ausbildung zur sozialen Ansprechperson	33
Abschluss des Weiterbildungsstudiums Arbeitswissenschaft der Universität Hannover	4

Tabelle 7.5: Qualifizierung zur nebenamtlichen Ansprechperson (Mehrfachnennungen möglich)

Die nebenamtlichen Ansprechpersonen in den beteiligten Betrieben und Verwaltungen verfügen in der Mehrzahl über die Ausbildung zu betrieblichen SuchtkrankenhelferInnen (234 Nennungen), wie sie standardmäßig erwünscht wird, und/oder der aufbauenden Weiterbildung im WA (4).

Eine Ausbildung zu ehrenamtlichen SuchtkrankenhelferInnen bringen 87 mit, und über die darauf in der Regel aufbauende Suchtberaterausbildung verfügen 53 Ansprechpersonen. 34 (von 87 Nennungen insgesamt) verfügen ausschließlich über eine sonstige suchtspezifische Ausbildung, die andere für sich als Zusatzqualifikation anführen.

Ohne jede suchtspezifische Ausbildung sind Ansprechpersonen in 53 Fällen tätig. Sie kommen ihrer Aufgabe offensichtlich allein auf der Basis ihres Erfahrungswissens nach.

7.2.4 Ausstattung der haupt- und nebenamtlichen Einrichtungen zur Suchtprävention

Während es für die betrieblichen Sozial- und Mitarbeiterberatungen in der Regel definierte Stellen mit entsprechender Ausstattung und für SozialarbeiterInnen und PsychologInnen eine berufliche Schweigepflicht gibt, sind die Rahmenbedingungen, vor allem auch die Schweigepflicht, für hauptamtliche Suchtberatungen, nebenamtliche Ansprechpersonen und Sucht(kranken)helferInnen nicht selbstverständlich geregelt. Sie müssen deshalb im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms verhandelt und vereinbart werden.

Die Suchtberatungen, Ansprechpersonen und Sucht(kranken)helferInnen verfügen in 248 Fällen über eine schriftlich fixierte Aufgabenbeschreibung. In 348 Fällen wurde eine Schweigepflicht für die Beratungsaufgaben schriftlich fixiert.

In weiteren 301 Fällen existieren eigens zur Verfügung gestellte Räumlichkeiten sowie in 205 Fällen ein eigenes Beratungstelefon mit Anrufbeantworter.

Zu folgenden Zwecken stellen die befragten Betriebe und Einrichtungen den haupt- und/oder nebenamtlichen Ansprechpartnern (Finanz-)Mittel zur Verfügung:

Zweck der zur Verfügung gestellten Mittel	Anzahl der Nennungen
Suchtspezifische Weiterbildungen	387
Bücher / Informationsmaterial	370
Andere Fachseminare	298
Eine Ausbildung zur betrieblichen Suchthilfe	258
Supervision	185
Ein eigenes Budget	122

Tabelle 7.6: Zweck der zur Verfügung gestellten Mittel

Ein eigenes Budget wird den Einrichtungen zur betrieblichen Suchtprävention und -hilfe in 122 Fällen zur Verfügung gestellt. Zu 90% geht ein solches Budget an hauptamtliche Einrichtungen.

In 387 Fällen ermöglichen die beteiligten Betriebe und Einrichtungen suchtspezifische Weiterbildungen und in 258 Fällen eine Ausbildung zur betrieblichen Suchthilfe.

In 370 Fällen werden Bücher und andere Informationsmaterialien gestellt.

Auffallend ist, dass in lediglich 185 Fällen Supervision für die Haupt- und Nebenamtlichen finanziert werden. Betrachtet man die Komplexität des Arbeitsfeldes der betriebliche Suchtprävention mit seinen internen und externen Vernetzungen auf der einen Seite und die zum Teil hohen psychischen Belastungen durch suchtspezifische Beratungsanforderungen, so ist das vorliegende Angebot weit unterhalb des professionellen Standards anzusehen.

7.2.5 Kooperationen und Vernetzung

Betriebliche Suchtpräventionsprogramme sind für die Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Aktualisierung ihres fachlichen und konzeptionellen Hintergrundes auf eine enge Zusammenarbeit mit internen und externen Stellen und Einrichtungen sowie auf fachliche Netzwerke angewiesen.

Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen und Dienstleistern

Zuallererst nehmen Betriebe und Einrichtungen für suchtgefährdete und suchtkranke Beschäftigte die Dienstleistungen von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchtkrankenhilfe und Suchttherapie in Anspruch. Immer häufiger werden aber auch Beratungsstellen oder einschlägige Beratungsfirmen mit den Aufgaben der Suchtprävention und Suchthilfe von Betrieben und Einrichtungen als externe Dienstleister exklusiv beauftragt. Auf vertraglicher Basis werden diese Aufgaben innerhalb oder außerhalb des Betriebes wahrgenommen. Vor allem für kleinere und mittlere Betriebsgrößen bietet dieses Modell die Möglichkeit, ein eigenes Angebot für die Beschäftigten bereit zu stellen.

Wird das Suchtpräventionsprogramm in Zusammenarbeit mit einer externen Beratungsstelle/Dienstleister durchgeführt?	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent
Ja	237	38,9
Nein	229	37,5
Kein Suchtpräventionsprogramm vorhanden	97	15,9
Nicht bekannt	39	6,4
keine Angabe	8	1,3
Gesamt	610	100

Tabelle 7.7: Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen/Dienstleistern

In 237 Fällen wird angegeben, dass das Suchtpräventionsprogramm in Zusammenarbeit mit einer externen Beratungsstelle oder Dienstleister durchgeführt wird. Betrachtet man die 436 Betriebe und Einrichtungen, die bereits ein Suchtpräventionsprogramm vorweisen, so kann man feststellen, dass sie zu 49% (n=212 von 436) eine Kooperation mit Externen eingegangen sind. Auffällig ist allerdings, dass in 24 Fällen eine Kooperation von solchen Betrieben oder Einrichtungen erfolgt, die kein Suchtpräventionsprogramm aufgelegt haben und die Zusammenarbeit auch nicht als Teil davon ansehen. Das bestätigt die Annahme, dass man auftretende Einzelfälle vorrangig in fachliche Hände "auszulagert", ohne ein betriebliches Konzept zugrunde zu legen.

Die Zusammenarbeit mit Externen streut relativ gleichmäßig über alle Betriebsgrößen, so dass die These, Kooperationen mit externen Dienstleistern seien vor allem für kleinere und mittlere Betriebsgrößen interessant, sich auf der Basis dieser Erhebung nicht verifizieren lässt.

Betrachtet man die 237 Fälle, in denen eine Kooperation besteht und untersucht die vertragliche Grundlage der Zusammenarbeit, so kann man feststellen, dass in 32% der Fälle (n=76 von 237) vertragliche Grundlagen für die Kooperation existieren. Dagegen geben 58% der Fälle an, dass die Kooperation vertraglich nicht geregelt ist und damit bestenfalls auf Absprache beruht oder aber nur im auftretenden Einzelfall in Anspruch genommen wird, also auch weniger verbindlich erfolgt.

Die Kooperationsmöglichkeiten mit externen Beratungsstellen und Dienstleistern streut über die gesamte Maßnahmenbreite in der betrieblichen Suchtprävention. In der vorbeugenden Arbeit werden diese in der Information der Beschäftigten und vor allem im Bereich der Führungsseminare einbezogen.

Traditionell besteht eine enge Zusammenarbeit bei Beratung und Therapieangeboten für Beschäftigte. Sie erweist sich in der Hilfe für suchtgefährdete und -kranke Beschäftigte besonders erfolgreich dort, wo im Sinne eines Case Managements eine optimale Unterstützung, therapeutische Behandlung und Begleitung sowohl innerhalb wie außerhalb des Betriebes gewährleistet werden kann.

Die nachstehende Tabelle verdeutlicht, welche Aufgaben die externen Beratungsstellen und Dienstleister in den beteiligten Betrieben und Einrichtungen übernehmen:

Aufgaben externer Beratungsstellen und Dienstleister	Anzahl der Nennungen
Beratung von suchtgefährdeten Personen	138
Seminare für Führungskräfte	123
Informationsveranstaltungen	117
Durchführung von ambulanten / stationären Therapien	110
Beratung von Personalverantwortlichen	97
Mitarbeit in betrieblichen Gremien (Arbeitskreise / Projektgruppe)	62
Sonstige	17
Nicht bekannt	1

Tabelle 7.8: Aufgaben die externen Beratungsstellen und Dienstleister

Es überrascht also nicht, dass besonders die Beratung von suchtgefährdeten Personen (138 Nennungen) und die Durchführung von ambulanten und stationären Therapien (110) im Vordergrund stehen. Letzteres war vorauszusehen, da betriebliche Suchteinrichtungen in diesem Feld auf die Kooperation und die Kernkompetenzen der externen Anbieter angewiesen sind.

Ein wichtiger Kooperationsschwerpunkt mit externen Dienstleistern besteht in 97 Fällen in der Beratung von Personalverantwortlichen und Führungskräften.

Wenn außerdem in 67 Fällen eine Mitarbeit externer Dienstleister in betrieblichen Gremien besteht (Arbeitskreis/ Projektgruppe), so sind diese auch in die inhaltliche und strukturelle Ausgestaltung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme einbezogen.

Beteiligung an Netzwerken

Netzwerke sichern vor allem den fachlichen Austausch und die Abstimmung von Konzepten und Projekten zwischen den Einrichtungen verschiedener Betriebe oder in der Region.

Auf die Frage bezüglich einer externen Vernetzung ergab sich folgendes Bild:

Gibt es eine Mitarbeit zum Thema Suchtprävention in / bei ...	Anzahl der Fälle
regionalen Arbeitskreisen / Netzwerken	287
Tagungen und Konferenzen	230
unternehmensweiten bzw. dienststellenübergreifenden Arbeitskreisen / Netzwerken	205
nationalen Verbänden und Arbeitskreisen / Netzwerken	108
internationalen Netzwerken und Verbänden	14

Tabelle 7.9: Externe Vernetzung

47% der befragten Betriebe und Einrichtungen (N=610) beteiligen sich an regionalen Netzwerken und 34% an unternehmensweiten bzw. Dienststellen übergreifenden Arbeitskreisen sowie 18% an nationalen und 2% an internationalen Netzwerken. Die hohe Zahl der Beteiligung an Netzwerken ist wiederum der Auswahl des Samples geschuldet, bei dem Arbeitskreise gezielt als Verteiler genutzt wurden. Trotzdem bildet sich die Bedeutung von Netzwerken im Bereich der betrieblichen Suchtprävention auch in diesen Zahlen ab.

7.3 Entwicklungsbedarfe für die interne Beratung und Suchthilfe

7.3.1 Entwicklungsbedarfe in den Beratungs- und Hilfeangeboten

Entwicklungsbedarfe lassen sich in allen drei Beratungsfeldern in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe ausmachen, und zwar in der

- Beratung der Personalverantwortlichen und der Beschäftigten zu präventiven Themen,
- Beratung des betrieblichen Umfeldes, vor allem der Vorgesetzten, zu Interventionen,
- Beratung und Hilfe für suchtmittel(auffällige oder suchtgefährdete Beschäftigte).

Beratungen zum Themenkreis Prävention

Der Beratungsbereich Prävention ist einerseits ein klassischer Bereich der betrieblichen Suchtprävention, erfordert aber unter den gegenwärtigen Entwicklungen in den Betrieben, vor allem durch die Erweiterung des Gesundheitsmanagements und des Gesundheitsschutzes, einen neuen Zugang.

Es geht heute mehr um fachliche Beratung in Verbindung mit der - individuellen und strukturellen - Einschränkung des Konsums oder eines gesundheitsriskanten Verhaltens, um die Beratung bei Konflikten am Arbeitsplatz, um die Beratung zum Ausbalancieren von Arbeitsbelastungen und die Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen, vor allem bei hoher psychischer Beanspruchung im beruflichen wie im privaten Bereich und die Beratung von Vorgesetzten bei der Umsetzung des Konzeptes des gesundheitsorientierten Führens.

Über dieses Beratungsfeld kann der Präventionsgedanke in die Betriebe und Einrichtungen hinein zu transportiert werden. Es stellt aber auch für die heute in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe Tätigen neue Anforderungen und macht Weiterqualifizierungen notwendig. Angesichts der Komplexität dieser Beratungsaufgaben sind es in erster Linie die hauptamtlich besetzten Sucht- oder Sozialberatungen, die in diesem Feld tätig werden können.

Als ein Standard in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe ist die präventive Beratung auf jeden Fall erforderlich, benötigt aber Entwicklung und die Befassung mit Themen und Ansätzen, vor allem aus der Personal- und Organisationsentwicklung sowie Gesundheitsförderung, die über die Suchthilfe hinausgehen.

Beratung des Umfeldes und der Vorgesetzten zu Interventionen

Das zweite Beratungsfeld umfasst alle Beratungs- und Unterstützungsangebote im Entscheidungsprozess und für die Vorbereitung sowie Durchführung von Interventionen.

Für die Beratung der Vorgesetzten sind sowohl hauptamtliche BeraterInnen als auch nebenamtliche Ansprechpersonen zuständig. Beide müssen in der Lage sein, professionelle Unterstützung zu geben. Das setzt voraus, dass sie in der Lage sind, nicht nur die Verantwortung für die betroffene Person zu sehen, sondern auch die Anliegen der Führungskraft ernst nehmen und ihnen den Weg für erfolgreiche Interventionen ebnen.

Beratung von Führungskräften in Entscheidungs- und Interventionsprozessen nimmt heute mehr die Form eines Coachings an, in dem es um die Klärung fachlicher und persönlicher Fragen geht, welche Schritte zur Intervention angemessen und erforderlich, welche Unsicherheiten und Ängste zu überwinden sind. Die BeraterInnen müssen eine Clearing-Funktion

wahrnehmen und zugleich den oder die Vorgesetzte in der Vorbereitung der Durchführung der Intervention für die anstehenden Gespräche "trainieren" können.

Beratung von sucht(mittel)auffälligen Beschäftigten

Aufgaben in diesem Beratungsfeld sind Erstgespräche, Motivationsgespräche und begleitende Beratung, die Vermittlung in externe Beratungs- und Therapieeinrichtungen, der Kontakt und die Begleitung während therapeutischer Behandlungen und die Vorbereitung und Begleitung der Wiedereingliederung nach stationären Therapien.

Konzeptionelle Weiterentwicklungen in den Suchthilfekonzepten und in der Versorgungsstruktur einerseits, in den betrieblichen Anforderungen andererseits, vor allem aber die deutlichere Wahrnehmung des suchtgefährdeten oder -kranken Individuums mit seinen Potenzialen, (gesundheitlichen) Zielen und Möglichkeiten erfordern in diesem Bereich ein grundsätzliches Umdenken in den bisherigen Konzepten der betrieblichen Suchthilfe und Beratung.

Case Management als Konzept für die Entwicklung eines Standards

Das Fehlen eines einheitlichen Standards in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen für die Beratung von sucht(mittel)auffälligen Beschäftigten kann in diesem Sinne als Chance angesehen werden, sich gemeinsam auf einen neuen Zielstandard zuzubewegen.

Als gemeinsame Basis für die notwendige konzeptionelle und fachliche Diskussion mit allen internen und externen Beteiligten wird hier das Konzept des Case Managements für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe vorgeschlagen. Um diese Diskussion anzuregen sollten auch die Möglichkeiten der DHS und der Landesstellen sowie der regionalen Arbeitskreise genutzt werden.

Denkbar wäre es, in einem gemeinsamen Fachausschuss einige konsentrierte Modelle eines Case Managements für verschiedene betriebliche Strukturen zu erarbeiten, die betrieblichen Regelungen und Interventionskonzepte dafür anzupassen und das Wissen dann über die notwendigen Qualifizierungsmaßnahmen zu transportieren.

7.3.2 Qualifizierungsbedarfe von Haupt- und Nebenamtlichen

Die internen Einrichtungen zur Suchtberatung und -hilfe arbeiten auf der Basis des von dem Steuerungsgremium erarbeiteten Gesamtkonzeptes. Es sollte in allen Fällen eine schriftliche Aufgabenbeschreibung vorliegen, in der Ziele, Inhalte, Art und Aufgaben der internen Suchthilfe sowie Pflichten und Rechte der in der Suchthilfe tätigen Personen festgelegt sind und die sächlichen Voraussetzungen (Anbindung der Stelle, Räume, Ausstattung, Qualifizierungs- und Supervisionsangebote) beschrieben werden.

Sowohl bei haupt-, als auch bei nebenamtlich besetzten Einrichtungen sind die Auftragsgestaltung und der sächliche Rahmen zum Teil erheblich ausbaufähig. Vor allem die Gewährung und Inanspruchnahme von Weiterbildung und Supervision entspricht nicht den Voraussetzungen einer professionellen Ausstattung der Beratungs- und Hilfeeinrichtung. Supervisions- und Coachingangebote für haupt- und nebenamtliche Fachkräfte, sind weiter auszubauen.

Nicht nur um den beschriebenen Anforderungen der internen Beratung und Hilfe effektiv genügen zu können, sondern vor allem auch aus datenschutzrechtlicher Sicht ist eine adäquate Qualifikation von Sozial- und SuchtberaterInnen sowie Ansprechpersonen für Suchtfragen unverzichtbar (Faber 2004).

Angesichts der aufgezeigten Entwicklungen stellt sich die Frage, inwieweit nicht insgesamt der Bedarf an professioneller Arbeit in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen so weit gestiegen ist, dass man verstärkt über neue Konzepte und Kooperationen für die betriebliche Suchtprävention nachdenken muss. Gleichzeitig kann die betriebliche Suchtprävention und -hilfe nicht auf das Engagement und den Einsatz nebenamtlicher Ansprechpersonen verzichten, die ganz wesentlich zu dem flächenübergreifenden Konzept betrieblicher Hilfeangebote beitragen.

Hauptamtliche Fachkräfte

Zu der fachlichen Ausbildung für hauptamtlich tätige Fachkräfte kommt eine Reihe qualifikatorischer Anforderungen, die als grundlegende Qualifikation für das Arbeitsfeld betriebliche Suchtprävention und -hilfe gelten können. Sie beziehen sich auf die Qualifikations- und Kompetenzbereiche, fachliche Qualifikationen, Beratungskompetenzen, persönliche und soziale Kompetenzen, Feldkompetenzen und strategische Kompetenzen. In all diesen Bereichen gibt es auch für die Mehrzahl der hauptamtlichen Beschäftigten noch erheblichen Weiterbildungsbedarf.

Nebenamtlich Ansprechpersonen

Das dargestellte Aufgabenspektrum macht deutlich, dass für dieses Arbeitsfeld eine entsprechende Qualifikation Voraussetzung ist. Eine Weiterbildung zum "ehrenamtlichen Sucht(kranken)helfer" greift zu kurz, da sie den Blick meist nur auf die Beratung von Suchtkranken und ihr persönliches Umfeld beschränkt.

Für die Qualifizierung zur nebenamtlichen Suchtarbeit im Betrieb gibt es diverse Anbieter mit unterschiedlichen Ausbildungsinhalten. Wenn der Betrieb oder die Einrichtung für sich geklärt hat, welche Aufgabenfelder von der nebenamtlich tätigen Ansprechperson abgedeckt werden sollen, ist ein Vergleich der Angebote nötig und sinnvoll, um dem gewünschten Standard zu entsprechen.

7.3.3 Ausbau von Kooperation und Vernetzung

Netzwerke

Es ist erfreulich festzustellen, dass sich bundesweit viele Netzwerke im Bereich betrieblicher Suchtprävention und -hilfe gebildet haben, in denen ein fachlicher Austausch und die Abstimmung von Konzepten und Projekten stattfinden kann. Es handelt sich um einige organisatorisch fest angebundene Arbeits- und Fachkreise, aber die Mehrzahl hat einen eher selbstorganisierten bis informellen Rahmen.

Das hat zwar gewisse Vorteile, aber leider können diese Zirkel nicht für einen systematischen Austausch über die Konzepte der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe genutzt werden. Bei der Erstellung der Expertise mussten wir feststellen, dass nicht einmal die jeweiligen Landesstellen für Suchtfragen einen Überblick über die einschlägigen Arbeitskreise geben konnten. Gleichzeitig bieten sie die Chance als Multiplikatoren tätig werden zu können.

An dieser Stelle hätte staatliche Förderung - im Sinne der ILO-Leitlinie - anzusetzen. Es wäre zu überlegen, wie die bundesweiten Netzwerke so zusammengeschlossen werden könnten, das ein einschlägiges Informationsnetzwerk für die betriebliche Suchtprävention aufgebaut werden könnte. Für die inhaltliche Gestaltung eines Wissensmanagements betriebliche Suchtprävention hat das Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft der Universität Hannover in Kooperation mit der DHS und einigen Landesstellen für Suchtfragen einen Antrag im Forschungsprogramm der Bundesregierung "Gesundheitsforschung: Forschung für den

Menschen" gestellt. Sollte der Antrag positiv beschieden werden, sollten ergänzende Förderungsmöglichkeiten zum Aufbau des Informationsnetzwerks erschlossen werden.

Ausbau fachlicher Kooperationen

Immer häufiger werden einschlägige Beratungsfirmen und Beratungsstellen schon heute als externe Dienstleister mit den Aufgaben der Suchtprävention und Suchthilfe von Betrieben und Einrichtungen beauftragt. Auf vertraglicher Basis werden diese Aufgaben innerhalb oder außerhalb des Betriebes wahrgenommen. Vor allem für kleinere und mittlere Betriebsgrößen bietet dieses Modell die Möglichkeit, ein eigenes Angebot für die Beschäftigten bereit zu stellen. Eine Vernetzung der externen Dienstleister mit internen Ansprechpersonen oder den Programmverantwortlichen in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen ist sicherzustellen.

Eine engere Verzahnung von internen und externen Dienstleistern, die schon seit langem wünschenswert wäre, müsste stärker gefördert und auf eine neue Basis gestellt werden. Auf beiden Seiten erfordert dies Qualifizierungsmöglichkeiten und Kooperationsbereitschaft. Hier sind weitere Angebote zu entwickeln und die Erfahrungen aus Modellen guter Praxis als Anregung zu verbreiten. (Siehe Punkt 9)

-
- ¹ Vgl. Wienemann, E.: Suchtprävention und -hilfe im Betrieb - ein profitabler Kostenfaktor? In: Brosch/Mader (Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz., Wien 2001, S.83-104; *ebenso* Fuchs, R., Petschler, T.: Betriebswirtschaftliche Kosten durch Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit. In: Fuchs, Rainer, Rummel (Hrsg.): Betriebliche Suchtprävention. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S. 51ff
 - ² Vgl. Fuchs, R., Rainer, L., Rummel, M.: Alkoholprobleme bei Mitarbeitern: Entscheiden und Handeln von Führungskräften im organisationalen Kontext. In: Fuchs, Rainer, Rummel (Hrsg.): Betriebliche Suchtprävention. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S.119ff; *ebenso* DHS- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., (Hrsg.): Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz. Text: U. Pegel-Rimpl, 2. Auflage, Hamm 2001, S. 16ff
 - ³ Vgl. Fuchs, Rainer, Rummel a.a.O.,
 - ⁴ Vgl. Fuchs, Rainer, Rummel a.a.O., S.120
 - ⁵ Vgl. Umgang mit Sucht- und substanzbezogenen Störungen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Handlungskonzept des Universitätsklinikums Freiburg 2002, S. 6
 - ⁶ Vgl. Hillebrand, R.: Gutachten: Elemente des Case Management in Prävention und Suchtberatung einer betrieblichen Sozialberatung, Bremen 2004
 - ⁷ Hupfer, K.: Betreuung alkoholauffälliger Mitarbeiter im betrieblichen Kontext. Referat auf der 15. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. 31.03.-02.04.2004 in Essen
 - ⁸ In der Region Hannover gibt es z.B. eine Fachgruppe des Bundesverbandes Betriebliche Sozialarbeit, die sich regelmäßig über neuere Konzepte der Beratung informieren und austauschen. Vgl. www.bbs-ev.de
 - ⁹ Vgl. Pscherer, J.: Der Boden des Alkoholverzichts. Eine empirische Untersuchung über den Einfluss von Ressourcen auf den Alkoholverzicht von Alkoholikern. Dissertation an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg 2003
 - ¹⁰ Vgl. Hillebrand, R a.a.O.
 - ¹¹ Vgl. Ebeling, J.: Gutachten: Case Management in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe, Fuldabrück 2004
 - ¹² Vgl. Ebeling, J. a.a.O.
 - ¹³ Vgl. Hillebrand, R. a.a.O.

-
- ¹⁴ Vg. Faber, U.: Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe als Teil des Arbeitsschutzrechts. Gutachten zur Expertise. Witten 2004, S. 27ff
- ¹⁵ BVerfGE 65, 1 ff. (46); Däubler, Gläserne Belegschaften, Rdnr. 391; Simitis, Kommentar zum BDSG-Simitis, § 1, Rdnr. 100.
- ¹⁶ Vgl. Umgang mit Sucht- und substanzbezogenen Störungen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Handlungskonzept des Universitätsklinikums Freiburg 2002
- ¹⁷ a.a.O., S 5f
- ¹⁸ a.a.O., S 25
- ¹⁹ Vgl. Hillebrand, R. a.a.O.
- ²⁰ Vgl. Prävention von Sucht- und Missbrauchsproblemen in der niedersächsischen Landesverwaltung. Runderlass und Rahmenempfehlung. Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Hannover 3. Auflage 2001, S. 15
- ²¹ Vgl. auch NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS): "Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe". Orientierungshilfen für die betriebliche Praxis. Büro für Suchtprävention, Hamburg 1999
- ²² Vgl. Rainer, L.: "Nichts ist unmöglich"? Ein Diskussionsbeitrag zur kollegialen Suchtkrankenhilfe. In: Fuchs, Rainer, Rummel (Hrsg.): Betriebliche Suchtprävention. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S.147ff
- ²³ Vgl. Soziale Ansprechpartner. Brückenbauen = Kolleginnen und Kollegen helfen. Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. o.J.; ebenso Grundsatzterlass zur Tätigkeit der sozialen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner (SAP). Runderlass des nordrheinwestfälisches Innenministeriums vom 03.09.1996
- ²⁴ Vgl. Betriebliche Suchtprävention (NABS), a.a.O. S. 26ff
- ²⁵ Vgl. Pegel-Rimpl, U.: Nebenamtliche Ansprechpersonen im Betrieb. Gutachten zur Expertise. Hannover 2004
- ²⁶ a.a.O.
- ²⁷ a.a.O
- ²⁸ a.a.O., S. 9
- ²⁹ Vgl. Russland, R.: Das Suchtbuch für die Arbeitswelt. Alkohol, Medikamente, Drogen, Nikotin, Eßstörungen, Spiel- und Arbeitssucht. Schriftenreihe der IG Metall, Bd. 126, Frankfurt/M. 1991, 240f; *ebenso* DHS - Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Sucht am Arbeitsplatz. Sichtung der Ausbildungsangebote zum freiwilligen Suchtkrankenhelfer/zur freiwilligen Suchtkrankenhelferin. Hamm 1992; *ebenso* NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS): "Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe". Orientierungshilfen für die betriebliche Praxis. Büro für Suchtprävention, Hamburg 1999, 26ff

8. Marketing und Qualitätssicherung

8.1 Standards für Marketing und Qualitätssicherung des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms

8.1.1 Marketing und Öffentlichkeitsarbeit

'Tue Gutes und rede darüber' könnte als Motto über der Aufgabe stehen, die in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen häufig unterschätzt und selten systematisch angegangen wird. Es geht um den Aspekt des Marketings und der Öffentlichkeitsarbeit. Versteht man das Angebot der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe als eine Dienstleistung für den Betrieb, speziell für die Führungskräfte und für die Beschäftigten, so ist es wichtig, das "Produkt", um in der Sprache des Marketings zu bleiben, professionell zu platzieren. Dieser Gedanke ist für diejenigen betrieblichen Suchtpräventionsprogramme, die immer noch stark von der Selbsthilfe bzw. Suchtkrankenhilfe geprägt sind, ungewohnt. Der Schritt zu einem gesundheitsorientierten Konzept und Angebot, für das auch geworben werden darf und muss, wird schließlich erleichtert, wenn die Akteure ihn z.B. mit der Gesundheitsförderung gemeinsam tun können oder von dieser lernen.

Während die Öffentlichkeitsarbeit im Sinne der Bekanntmachung des Suchtpräventionsprogramms schon immer eine Rolle gespielt hat, ist der Marketinggedanke für die sozialen Dienste in Betrieben noch jünger. Die Nord AG Betriebliche Suchtprävention hat ihn Ende der 90er-Jahre in die Standards zur betrieblichen Suchtprävention und -hilfe einbezogen¹:

Ausgangspunkt ist die Ermittlung des "Kundenbedarfs", um das Angebot adressatenspezifisch zuzuschneiden. Als Orientierung können z.B. folgende Fragen dienen: Wer ist alles Kunde? Wie kann die Einrichtung die verschiedenen Zielgruppen erreichen? Welche Dienstleistungen, welche Unterstützung erwarten sie? Wie wird das Angebot der Einrichtung wahrgenommen? Wie wird es angenommen? Wie zufrieden sind die Kunden mit dem Angebot der Einrichtung?

Der Arbeitskreis, das Steuerungsgremium und die in der internen Einrichtung tätigen Haupt- oder Nebenamtlichen sollten in engem Kontakt mit der Leitung, den Interessenvertretungen und den Beschäftigten den Bedarf und das Interesse an Präventionsmaßnahmen, an allgemeinen und spezifischen Informationen sowie an Qualifizierung und Beratung erheben.

Die Angebote der Suchtprävention und -hilfe sind außerdem immer wieder betriebsöffentlich darzustellen und in den relevanten Gremien professionell zu präsentieren. Eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit unterstreicht die Bedeutung der betrieblichen Aktivitäten der vorbeugenden Arbeit und der Beratung. Es müssen aber nicht nur die Erfolge sichtbar gemacht werden, sondern es kommt darauf an, ein Beitrag zur Enttabuisierung des Themas Sucht zu leisten und die Akzeptanz der Maßnahmen im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms zu fördern. Dafür ist es bedeutsam, inhaltlich wie medial neue Wege zu beschreiten, um das Anliegen der Suchtprävention sowie die Angebote der Einrichtung an Beratung und Hilfe zeitgemäß und attraktiv zu präsentieren. Das "Image der Flasche" allein reicht nicht mehr aus, um die Beschäftigten anzusprechen. Anregungen für kreative und hinter sinnige Präven-

tionskonzepte finden sich in der Drogenprävention und in der Kampagne "Aktion Alkohol - Verantwortung setzt die Grenze". Aber es finden sich auch Anregungen aus der Praxis, wie die in Abbildung 8.1 vorgestellten Auszüge einer betrieblichen Broschüre zeigen.

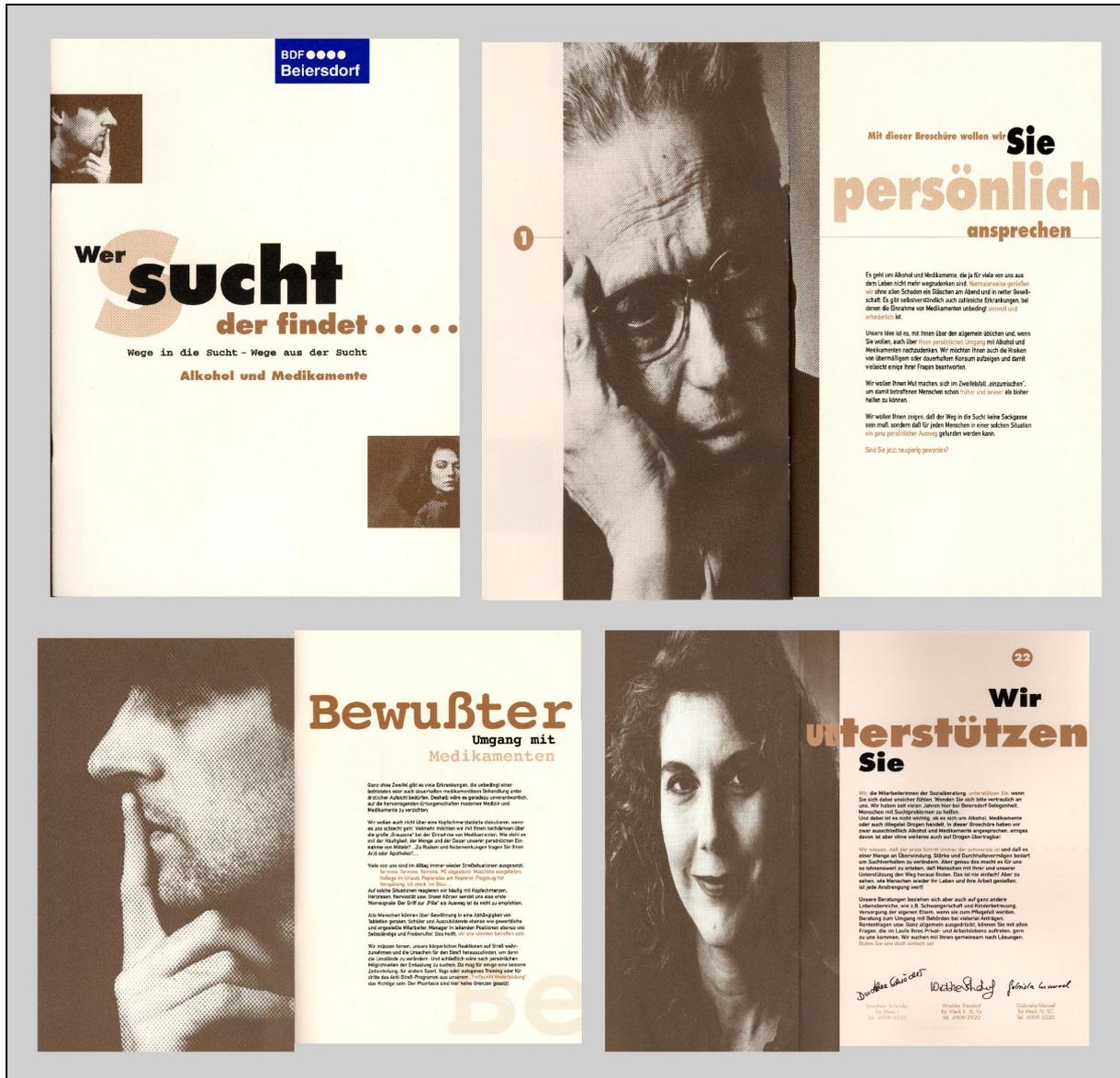


Abbildung 8.1: Auszüge aus Beiersdorf-Broschüre
Quelle: Beiersdorf AG 2004

Einen Anlass für innerbetriebliches Marketing und eine Möglichkeit der überbetrieblichen Positionierung bieten oftmals auch die regionalen Arbeitskreise. Viele dieser Arbeitskreise finden reihum in verschiedenen Unternehmen, Verwaltungen oder sonstigen Einrichtungen des jeweiligen Einzugsbereichs statt. Einige erfreuen sich dabei einer großen regionalen Öffentlichkeit, tauchen mit Berichten in der örtlichen Presse auf und bringen ihre Ergebnisse in eigenen Publikationen heraus.² Die Leitung der gastgebenden Organisation nimmt in einem solchen Fall nicht nur die Bedeutung des fachlichen Netzwerkes und die daran beteiligten Betriebe und Einrichtungen wahr, sondern ihr Blick wird bei dieser Gelegenheit auch auf die Erfolge ihres eigenen Suchtpräventionsprogramms gelenkt, wenn sie es vor dem Arbeitskreis präsentieren. Darüber hinaus wird die Gesundheitsförderung und die Suchtprävention

von größeren Betrieben z.B. auch zum Thema für Imagekampagnen als modernes soziales Unternehmen gemacht.

8.1.2 Qualitätssicherung - Evaluation

Die Einrichtung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme hängt sowohl in der Privatwirtschaft als auch in der öffentlichen Verwaltung immer stärker davon ab, inwieweit sich die Investitionen wirtschaftlich begründen lassen. Die Überprüfung der Wirksamkeit suchtpreventiver Angebote und die Dokumentation der Aktivitäten gewinnt deshalb immer mehr an Bedeutung. Von vielen Beteiligten an den betrieblichen Initiativen werden diese Anforderungen in erster Linie als eine lästige Pflicht angesehen, manchmal sogar als Zumutung empfunden, der man gegenüber den Entscheidern leider nachkommen muss.

Evaluation und Controlling des Suchtpräventionsprogramms ist aber ein nicht unbedeutender Teil des professionellen Handelns im Rahmen sozialer Dienstleistungen. Diese Verfahren schaffen eine Basis für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des Angebotes und sind für den Fortbestand der internen Einrichtung für Beratung und Suchthilfe ein entscheidender Faktor.

Vorgehensweisen, wie sie aus dem Qualitätsmanagement bekannt sind, geben ein Modell, das für eine kontinuierliche Evaluation des Dienstleistungsprozesses betrieblicher Suchtprävention und -hilfe eingesetzt werden kann. (Abb. 8.2)

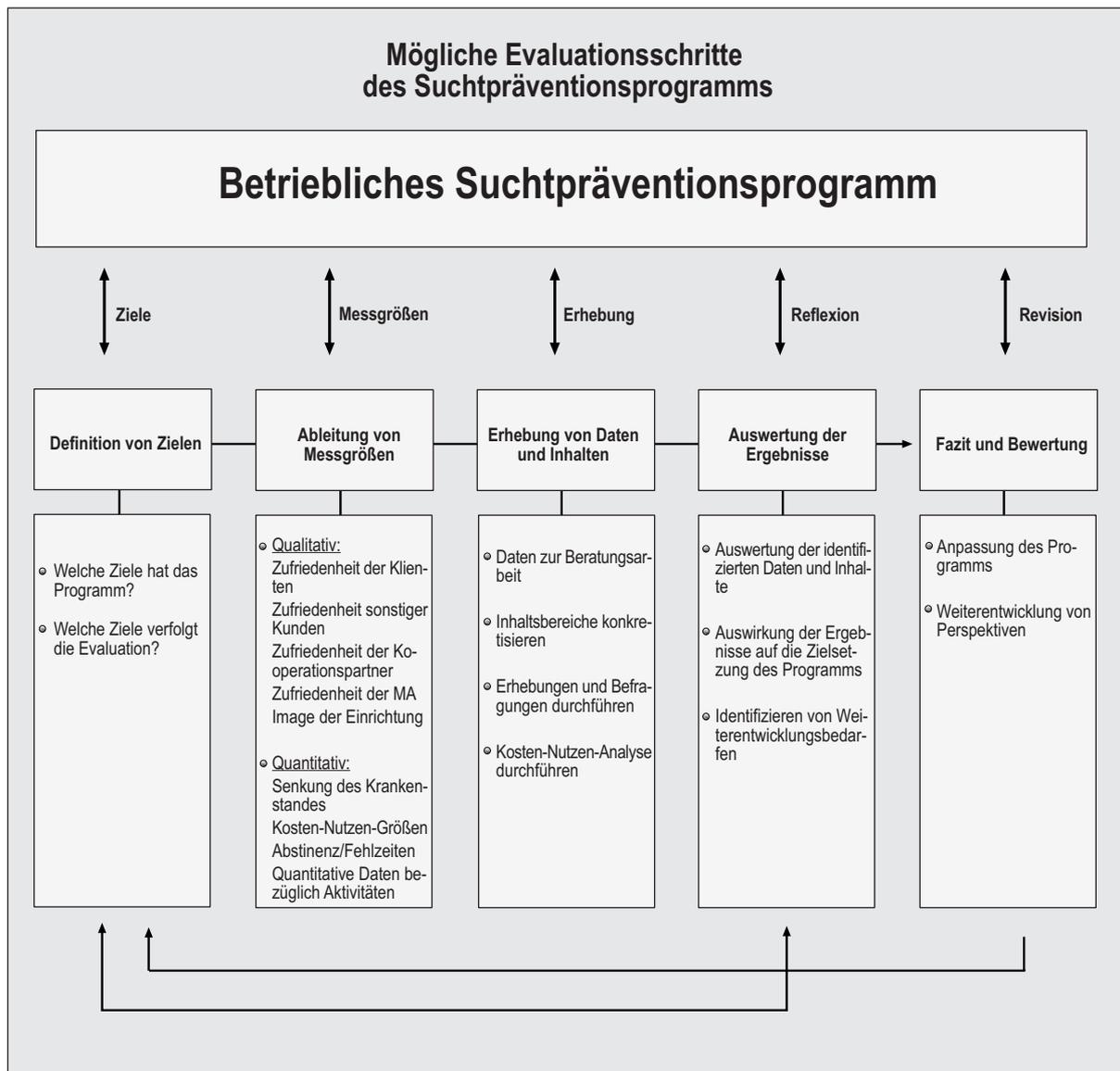


Abbildung 8.2: Evaluationsschritte des Suchtpräventionsprogramms

Eine regelmäßige Erhebung und Auswertung der im Suchtpräventionsprogramm stattfindenden Aktivitäten und der Abgleich mit den gesetzten Zielen im Sinne eines Controllings sind die wesentlichen Elemente einer Evaluation, die, verbunden mit der Abstimmung zukünftiger Ziele und Maßnahmen, den Qualitätssicherungsprozess ergeben. Ein solches Verfahren kann sicherstellen, dass die Suchtprävention und -hilfe sich nicht nur in zufälligen oder vereinzelten Aktivitäten verläuft oder sich ausschließlich auf die Intervention in einzelnen Problemfällen beschränkt und - wenn sich diese nicht finden - nach einiger Zeit wieder eingestellt wird.

Als ein Mindeststandard der Qualitätssicherung sollten im Verfahren der Selbstevaluation jährliche Berichte erstellt werden, die Auskunft geben über die Aktivitäten und die erreichten Ziele sowie über die daraus abzuleitenden Schritte für die weitere Arbeit innerhalb des Suchtpräventionsprogramms. Ein Strukturierungsvorschlag für die Berichtslegung, der auch die unterschiedlichen Ressourcen in den Organisationen berücksichtigt, wurde für diese Expertise entwickelt. (Abb. 8.3)

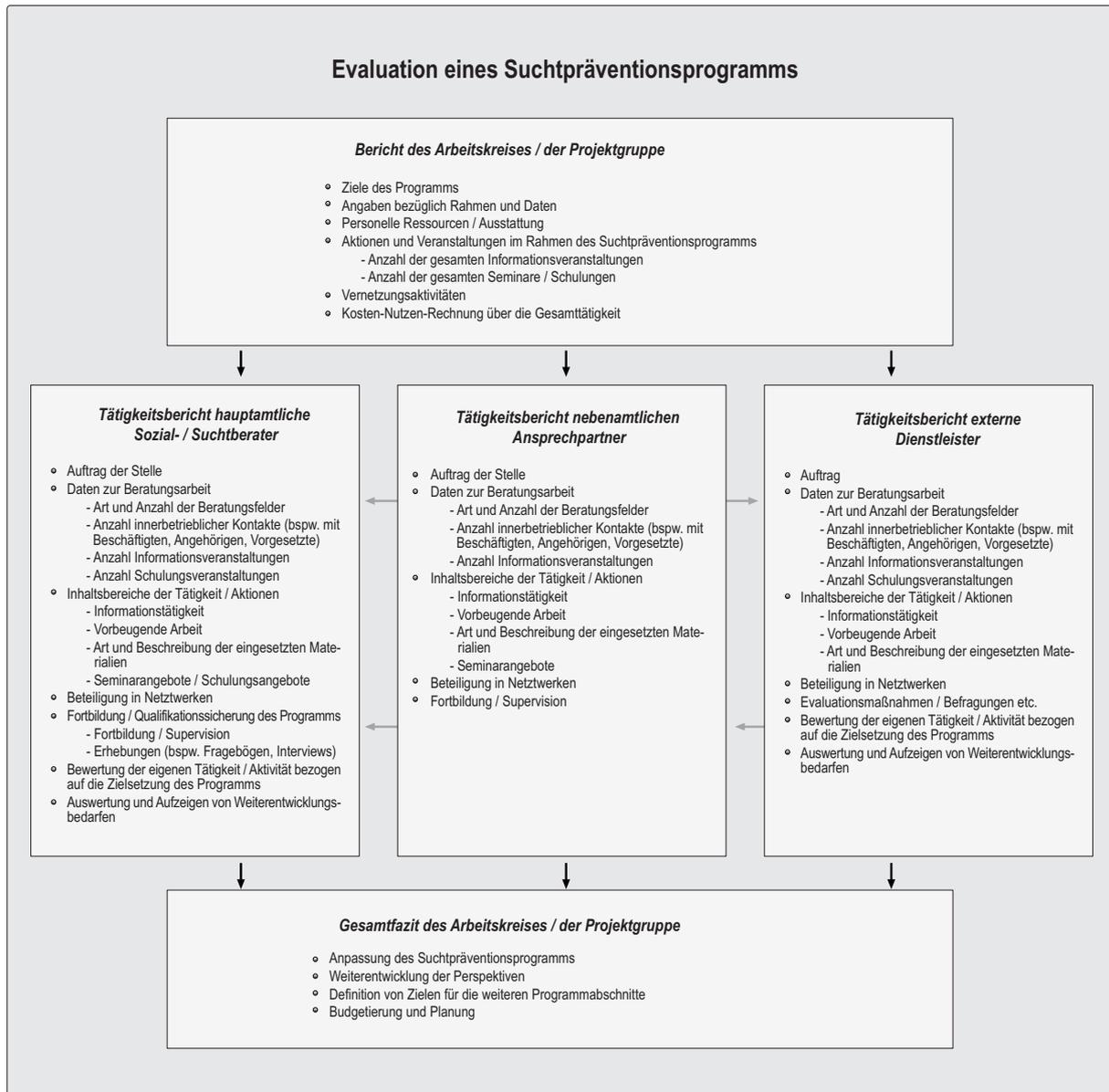


Abbildung 8.3: Evaluation eines Suchtpräventionsprogramms

8.2 Ist-Situation: Marketing und Qualitätssicherung

8.2.1 Evaluation

Um die Aktivitäten im Rahmen der Suchtprävention weiterzuentwickeln, Erfolge sichtbar zu machen und entstehende Kosten zu rechtfertigen, sind Evaluationen unabdingbar. Man sollte annehmen, dass sich dieser Gedanke angesichts der Verknappung zur Verfügung stehender Ressourcen in den Betrieben und Einrichtungen schon weiter durchgesetzt hätte. Denn in die 436 Suchtpräventionsprogramme, die in die Erhebung eingegangen sind, dürften durchaus beachtliche Ressourcen fließen.

Umso mehr erstaunt es, wenn in 46% der Fälle (n=200 von 436) angegeben wird, dass bislang keine Evaluation durchgeführt wurde. In 42% der Fälle (n=182 von 436) werden Maßnahmen im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms bereits evaluiert und ausgewertet.

Wenn eine Evaluation der suchtpreventiven Aktivitäten erfolgt, so mit 67% meistens in Form von jährlichen Berichten (n=134 von 200) und zu 33% durch die eher unverbindlichere Form der Feedback-Gesprächen mit den Programmverantwortlichen. Mit einem Anteil von 32% werden interne Erhebungen durchgeführt und sonstige Formen der Evaluation wenden 25% an.

8.2.3 Berichtslegung: Arbeitsbericht mit Kosten-Nutzen-Relation

Zu der Evaluation betrieblicher Suchtpräventionsprogramme finden sich immer häufiger Modelle guter Praxis. Gleiches gilt für die Erstellung von Kostenrechnungen.³ Ein guter, wenn auch ambitionierter Ansatz bietet eine Evaluation auf der Basis der ISO- oder EFQM-geleiteten Ansätze des Qualitätsmanagements in Unternehmen (Abb. 8.4):⁴

Inhaltsverzeichnis:	Prozessqualität / Arbeitsqualität	Ergebnisqualität:
Strukturqualität:	2. Die Qualitätsdimensionen „Prozess/Arbeit“ der Sozialberatung	3. Die Qualitätsdimension „Arbeitsergebnisse“ der Sozialberatung
1. Die Qualitätsdimension „Struktur“ der Sozialberatung 1.1 Rechtliche und formelle Rahmenbedingungen für die betriebliche Sozial- und Suchtberatung 1.2 Aufgabenstellung, Auftrag und Zielsetzungen 1.3 Materielle und finanzielle Ausstattung 1.3.1 Lage und Funktionalität der Räumlichkeiten 1.3.2 Arbeitsmittel 1.3.3 Finanzielle Mittel 1.4 Personelle Ausstattung 1.4.1 Modelle der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung 1.4.2 Art und Anzahl des Personals 1.4.3 Ausbildung und fachliche Qualifikation 1.4.4 Fortbildung und Supervision 1.5 Aufbau- und Ablauforganisation 1.5.1 Stellung in der Organisationsstruktur 1.5.2 Schweigepflicht und Datenschutz 1.5.3 Erreichbarkeit 1.6 Kooperation und Vernetzung 1.6.1 Institutionsinterne Koordination und Kooperation 1.6.2 Kooperation mit Beratungsstellen und Kliniken 1.6.3 Regionaler Arbeitskreis betriebliche Suchtprävention Weser-Ems 1.6.4 Netzwerk der Sozial- und Suchtberatungen niedersächsischer Universitäten 1.6.5 Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschule 1.6.6 Hochschul-Netzwerk BetriebsSuchtGesundheit	2.1 Die Arbeitskonzeption der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung 2.2 Das Leistungsspektrum der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung 2.3 Dokumentation und Bewertung der erbrachten Leistungen im Arbeitsjahr 2002/2003 2.3.1 Die Beratungstätigkeit der Sozialberatung 2.3.2 Maßnahmen zur Suchtprävention 2.3.3 Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung 2.3.4 Maßnahmen zur Erweiterung individueller und sozialer Kompetenzen 2.3.5 Beratung und Schulung von Führungskräften 2.3.6 Öffentlichkeitsarbeit und internes Marketing 2.3.7 Die Gesamttätigkeit der Sozialberatung	3.1 Die Indikatoren der Ergebnisqualität 3.2 Zielformulierungen der Ergebnisqualität 3.3 Instrumente zur Evaluation der Ergebnisqualität 3.4 Evaluation der Ergebnisqualität 3.4.1 Die Zufriedenheit der Klientinnen 3.4.2 Die Zufriedenheit der Kunden und Kooperationspartner 3.4.3 Das Image der Sozialberatung 3.4.4 Die Beratungserfolge der Sozialberatung 3.4.5 Die Kosten-Nutzen-Relation 3.4.6 Die Maßnahmen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung 4. Zielformulierungen für die weitere Arbeit der Sozialberatung Schlussbemerkung

Abbildung 8.4: Struktur des Arbeitsberichts einer Sozial- und Suchtberatung

Quelle: Schumann 2004⁵

Einen guten Beleg für den Nutzen von Suchtpräventionsprogrammen bieten Kosten-Nutzen-Analysen.⁶ Die Ermittlung der Kosten ist über Kostenstellenlisten sowie über die Mithilfe der Rechnungs- und Personalabteilung meist mit geringem Aufwand zu bewerkstelligen. Aufwendiger ist die Bestimmung, Quantifizierung und Berechnung von Einsparung und Nutzen.⁷ Es kostet vor allem Mühe, die Nutzeneffekte betrieblicher Suchtprävention und -hilfe erstmals zu quantifizieren, weil viele mittelbare Einsparposten berechnet werden müssen. Leider richten alle Beteiligten in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen - und nicht nur die Betriebsleitungen - deshalb vorrangig den Blick nur auf die Kosten.

Die Kostenrechnung in einem vorliegenden Arbeitsbericht, die nach dem Modell des Bundesverbandes Betriebliche Sozialarbeit (BBS)⁸ erstellt wurde, kommt zu folgendem Ergebnis für die betriebliche Sozial- und Suchtberatung, die hauptamtlich mit 50% einer Stelle besetzt und für und 1.800 Beschäftigte zuständig ist:

<u>Gesamtbetrag der eingesetzten Kosten</u>	<u>42.118,00 €.</u>
(Modellhaft) errechneter Nutzen durch:	
• Einzel-Beratungsarbeit (geringere Fehlzeiten / Leistungsgewinn)	99.952,00 €
• Team-Beratungs- und Trainingsarbeit	24.910,00 €
• Opportunitätskosten (eingesparte Trainer- / Beraterhonorare)	10.302,00 €
<u>Summe der Einsparungen (Nutzen) durch Sozial-/Suchtberatung</u>	<u>135.164,00 €</u>
<u>Ergebnis des Kosten-Nutzen-Vergleichs</u>	<u>93.043,00 €</u>

Der rechnerische Nutzen der hauptamtlich besetzten betrieblichen Sozial- und Suchtberatung kann also als ganz erheblich angesehen werden. Hierzu sollte man noch den qualitativen Gewinn durch die Möglichkeiten des fachlich breiteren Einsatzes von hauptamtlich tätigen Sozial- und Suchtberatungen gegenüber den eingeschränkten Einsatzbedingungen nebenamtlicher Ansprechpersonen hinzurechnen

An diesem Beispiel lässt sich absehen, dass die systematische Auswertung der Kosten und der Effekte von Suchtpräventionsprogrammen auch Gewinn bringend für die Weiterverbreitung, Professionalisierung und Weiterentwicklung der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe eingesetzt werden könnte.

8.3 Entwicklungsbedarf für Marketing und Qualitätssicherung

Qualitätssicherung und Evaluation

Wie die Ergebnisse der Erhebung sichtbar machen, ist das Thema Dokumentation, Qualitätssicherung, Benchmarking und Evaluation noch kein selbstverständliches in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen. Bislang fehlten weitgehend Konzepte und vor allem einfach zu handhabende Vorlagen für ein betriebliches Verfahren zur Evaluation. Mit der Bereitstellung eines Verfahrensmodell und einer Berichtsstruktur in der Expertise ist die Hoffnung verbunden, dass ein Prozess eingeleitet wird, um die Bedeutung der Evaluation und Qualitätssicherung verstärkt in die Betriebe und Einrichtungen hinein zu kommunizieren. Ein Handbuch zur Qualitätssicherung in der betrieblichen Suchtprävention, das sich an den grundlegenden Standards des Qualitätsmanagements orientiert, befindet sich gerade in der Erprobung.⁹

In den angebotenen Qualifizierungen für betriebliche Ansprechpersonen in Suchtfragen sollte zukünftig ein deutlicher Akzent auf diese Aufgabe gelegt werden, der für professionelles Handeln als nebenamtlich tätige Präventionskraft ebenso bedeutsam ist wie für Hauptamtliche.

Es geht, das sei noch einmal betont, nicht darum, eine neue Pflichtaufgabe um des Standes der Kunst willen einzuführen, sondern es geht um Transparenz des eigenen Handelns und seiner Wirkungen. Teilweise hatten die Erhebungen, die zu dieser Expertise sowie zur Evaluation in Niedersachsen (NdsEval2003) durchgeführt wurden, einen von den Beteiligten als positiv empfundenen Effekt ausgelöst. Es gab die Rückmeldung, dass sich die AkteurInnen betrieblicher Programme anlässlich der Erhebung erstmals miteinander darüber verständigten, welche Erfahrungen mit den eigenen Suchtpräventionsprogrammen gemacht worden waren. Insofern wurde bereits ein erster Impuls für den Einstieg in die Evaluation gesetzt.

Marketing und Öffentlichkeitsarbeit

Zum Marketing und zur Öffentlichkeitsarbeit sollten die Beteiligten in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen noch sehr viel stärker ermutigt werden. Hierfür könnte es sich anbieten, auf einschlägigen Fachkonferenzen Workshops anzubieten, in denen Marketingfachkräfte Hilfestellung für die betriebliche Praxis geben, oder Modelle guter Praxis vorgestellt werden.

Hilfreich wäre es, für diesen Aufgabenbereich auch auf ein Wissensmanagement zur betrieblichen Suchtprävention zugreifen zu können. Darin sollten fachlich und qualitativ anspruchsvolle und zugleich visuell attraktive, Medien basierte Informationen bereitgestellt werden, die für die betriebliche Öffentlichkeitsarbeit herangezogen werden könnten.

¹ Vgl. NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS): "Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe". Orientierungshilfen für die betriebliche Praxis. Büro für Suchtprävention, Hamburg 1999, S. 23f

² Vgl. Schumann, G. (Hrsg.): Stand und Perspektive betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe. BIS Universität Oldenburg, 2000

³ Vgl. Wienemann, E.: Suchtprävention und -hilfe im Betrieb - ein profitabler Kostenfaktor? In: R. Brosch/R. Mader (Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz, Wien 2001, S. 83-104

⁴ Vgl. Schumann, G.: Integration gesundheitsförderlicher Aktivitäten im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Arbeitsbericht 2002/2003 der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung der Carl von Ossietzky Universität und des Studentenwerks Oldenburg a.a.O., S. 6f

⁶ Vgl. Wienemann, E. (2001), a.a.O., S. 83 ff

⁷ Schumann, G. (2002/2003): S. 62

⁸ Wir tun Gutes - und reden darüber: Kosten-Nutzen-Analyse. Hrsg. Bundesverband Betriebliche Sozialarbeit, Tagungsdokumentation 1995

⁹ Schumann, G.: Handbuch Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention. Universität Oldenburg 2005

9. Externe Dienstleister in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe

Wie bereits in Punkt 7 angesprochen, werden heute immer häufiger externe Dienstleister von Betrieben und Einrichtungen mit Aufgaben in der Suchtprävention und Suchthilfe beauftragt. In erster Linie handelt es sich um Facheinrichtungen der Suchthilfe und Prävention oder um private Beratungsfirmen mit einem einschlägigen Angebot, die auf Absprache oder auf vertraglicher Basis Aufgaben in der Suchtprävention übernehmen.

In dieser Expertise ist bereits mehrfach eine engere Kooperation und Vernetzung zwischen betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen und externen Dienstleistern gefordert worden. Dies begründet sich aus der Annahme, dass nur auf diese Weise ein flächendeckendes Angebot der Suchtprävention und -hilfe auf professioneller Basis sichergestellt werden kann. Wie die Erhebung ergeben hat, machen sich z.B. kleinere Betriebseinheiten aus dem Handwerksbereich diese Möglichkeit zunutze (vgl. 9.2).

Allerdings setzt eine professionelle Unterstützung der betrieblichen Akteure ein spezifisches Qualifikationsprofil auf der Seite der Anbieter voraus. Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) hat mit ihrem Curriculum "Sucht in der Arbeitswelt"¹ in dieser Hinsicht einen Standard gesetzt.

Um sich überhaupt einen Überblick über die Struktur und das Angebot externer Dienstleister zu verschaffen, wurde im Rahmen der Expertise eine Fragebogenerhebung eigens in diesem Bereich durchgeführt (Vgl. Punkt 3). Für die Formulierung der Standards wurde außerdem ein Gutachten² eingeholt und ergänzend noch ein Gruppengespräch mit ExpertInnen durchgeführt. Die Ergebnisse sind in die folgende Beschreibung eingeflossen.

9.1 Standards für den Einsatz externer Dienstleister in betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen

9.1.1 Auswahl externer Dienstleister für ein betriebliches Angebot

Die Entwicklung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme in den letzten 25 Jahren hat neben einer Vielzahl von betrieblichen Einrichtungen zur Suchtberatung und Suchthilfe auch zahlreiche Dienstleistungsanbieter in diesem Feld entstehen lassen. Entscheidet sich heute ein Unternehmen auf diese Angebote zurück zu greifen, so hat es zurzeit wenige Kriterien an der Hand, um seine Entscheidung qualitativ zu treffen.

Es ist zwischenzeitlich nämlich eine sehr heterogene Angebotslandschaft im "Profit-" wie im "Non-Profit-Bereich" entstanden. Auch die Angebote selbst unterscheiden sich in Zielstellung, fachlicher Ausrichtung und Qualität oft erheblich.

Externe Anbieter, die von sich beanspruchen, das Arbeitsfeld betriebliche Suchtprävention in seiner ganzen Breite adäquat abzudecken, sind extrem selten. Die meisten Dienstleister haben Schwerpunkte gesetzt oder sind häufig sogar nur für einen der genannten Aspekte qualifiziert. Der Blick verengt sich bei der Inanspruchnahme von Beratung in diesem Feld immer noch sehr schnell auf eine Qualifizierung zum Thema Sucht oder Suchterkrankung als Kriterium. Genau diese Verengung stellt sich aber im Hinblick darauf, dass Suchtprävention und -hilfe immer auch ein Organisationsentwicklungsprozess ist, in dem Impulse zur Verän-

derung auf sehr verschiedenen Ebenen gegeben oder verstärkt werden müssen, als Problem dar. Deshalb sollten die Verantwortlichen für Suchtpräventionsprogramme sehr genau prüfen, welche Anforderungen ein externer Dienstleister in ihrer Organisation erfüllen soll und welche Voraussetzungen er dafür mitbringt. (Abb. 9.1)



Abbildung 9.1: Anforderungen an externe Dienstleister - Beratung beim Aufbau und der Durchführung eines betrieblichen Suchtpräventionsprogramms

Quelle: Fuchs/Wienemann 2004

Es wird in der Praxis kaum möglich sein, bei einem Dienstleister die Erfüllung aller Kriterien zu erwarten. Von daher erscheint es sinnvoll, die spezifischen Anforderungen an den externen Anbieter zu formulieren. Auf Basis dieser Erwartungen können dann dem externen Dienstleister in der Auftragsklärung Fragen gestellt bzw. die Voraussetzungen geschaffen werden, die dem Auftraggeber die Möglichkeit einer Urteilsbildung geben.

Nicht zu vergessen ist natürlich die Frage nach den zur Verfügung stehenden Budgets. Gute Anbieter, die im breiten Maße die genannten Kriterien erfüllen, erwarten eine marktgerechte Vergütung und liegen erfahrungsgemäß eher im oberen Preissegment. So stellt sich doch letztlich die Frage, in wie weit der Auftraggeber auch bereit ist in entsprechende Qualität zu investieren.

9.1.2 Beratung zum Aufbau eines Suchtpräventionsprogramms

Der Einbezug externer Dienstleister beim Aufbau eines betrieblichen Suchtpräventionsprogramms kann zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgen, in der Phase der Vorüberlegungen und Planung oder in der Aufbau- und Durchführungsphase.

Erfolgt die Kontaktaufnahme zu einem Zeitpunkt, zu dem noch keine fortgeschrittenen inhaltlichen Überlegungen und keinerlei Strukturen bestehen, so kann das Programm im Idealfall in einem gemeinsamen längerfristigen - in der Regel 1-3jährigen - Lern- und Entwicklungsprozess geplant und aufgebaut werden. Der Betrieb oder die Einrichtung lernt die Konzepte und Prinzipien betrieblicher Suchtprävention und -hilfe kennen und stellt die betrieblichen Voraussetzungen dafür her. Der externe Dienstleister lernt den Betrieb mit seinen Strukturen, Personen und Politiken kennen und liefert die fachlichen Voraussetzungen für ein angemessenes, auf die betrieblichen Bedürfnisse zugeschnittenes Suchtpräventionsprogramm.

Die Beratung zum Thema betriebliche Suchtprävention und -hilfe im Sinne der Entwicklung eines Gesamtkonzeptes sollte aus der Perspektive der Personal- und Organisationsentwicklung erfolgen. Sie kann übergreifend als strukturelle und prozessbegleitende Organisationsberatung betrachtet werden. Eine rein auf den Einzelfall von (möglicherweise) auftretender Suchterkrankung bezogene Perspektive wird dem Gegenstand nicht gerecht und schließt sich damit aus.

Externe Anbieter, die in dieser Weise mit dem thematischen Focus Suchtprävention das Gesamtsystem beraten, sollten über eine entsprechende Breite einschlägiger Kompetenzen verfügen (vgl. Abb.9.1).

9.1.3 Beratung in bestehenden Suchtpräventionsprogrammen

Wenn die Beauftragung externer Dienstleister mit Aufgaben in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe erfolgt, haben sich bereits verschiedene Personen oder Gremien im Betrieb mit dem Thema befasst. Häufig haben sogar schon erste Schritte einer erfolgreichen Implementierung eines betrieblichen Suchtpräventionsprogramms stattgefunden oder es existieren bereits Angebote in diesem Bereich.

Vor der Inanspruchnahme externer Anbieter, spätestens jedoch in der Verhandlungsphase, ist deshalb zu klären, welche Kompetenzen innerbetrieblich vorhanden sind und genutzt werden können, wo Unterstützung notwendig ist oder Kompetenzen gezielt aufgebaut werden müssen. Bei der Entscheidung ob ausreichend interne Ressourcen zur Verfügung stehen oder - zeitlich begrenzt oder dauerhaft - auf externe Anbieter zurückgegriffen werden soll, rücken betriebswirtschaftliche, fachliche, und strategische Gesichtspunkte in den Vordergrund.

Sofern diese Überlegungen innerbetrieblich nicht erfolgt sind, müssen sie vom externen Dienstleister zum Bestandteil der Ziel- und Auftragsklärung im Erstkontakt gemacht werden. Besonders wenn es bereits eine interne Einrichtung der Suchtprävention und -hilfe mit haupt- und/oder nebenamtlich tätigen Ansprechpersonen gibt, sollten externe Dienstleister, die hinzugezogen werden, die Kooperation mit ihnen suchen, um ergänzende und nicht konkurrierende Maßnahmen und Angebote einzubringen.

Betrachtet man die zentralen Handlungsfelder in bestehenden betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen, so lassen sich verschiedene Kernbereiche identifizieren:

- Maßnahmen zur Primärprävention, vorbeugende Angebote und Maßnahmen in Verbindung mit der Gesundheitsförderung, dem Gesundheitsmanagement, dem Arbeitsschutz und dem Qualitätsmanagement.
- Entwicklung der Führungs- und Kommunikationskultur in Verbindung mit der Personal- und Organisationsentwicklung.
- Aufbau eines innerbetrieblich wirkenden Beratungs- und Hilfesystems. (Abb. 9.2)

Handlungs- und Entwicklungsfelder betrieblicher Suchtprävention Ansatzpunkte für externe Dienstleister		
Handlungs- und Entwicklungsfeld I	Handlungs- und Entwicklungsfeld II	Handlungs- und Entwicklungsfeld III
<p>Senkung des Konsumniveaus (Primärprävention)</p> <p>Zielzustand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Punktnüchternheit - Arbeiten in nüchternem Zustand • Gewährleistung von Qualität, Sicherheit, Leistung. • Wissen über Risiken ist vorhanden. • Gesundheit im Sinne von Bewältigungskompetenz. 	<p>Konstruktive Intervention Führungs- und Kommunikationskultur</p> <p>Zielzustand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auffälligkeiten werden schnell und konstruktiv angesprochen. • Klare, faire und konstruktive Auseinandersetzung. • Vorgesetzte führen aktiv. Offene Feedback- und Kommunikationskultur. 	<p>Beratungs- und Hilfesystem (Sekundär- und Tertiärprävention)</p> <p>Zielzustand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dem Einzelnen wird entsprechend der individuellen Bedürfnisse und Erfordernisse differenziert nach Motivations- Behandlungs- und Nachsorgephase schnell und effektiv geholfen. • Die innerbetrieblichen Angebote sind mit dem externen Hilfesystem vernetzt.
<p>Arbeitsansätze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klare Regeln zum Konsum • Keine Doppelbotschaften • Kein Alkoholausschank, keine Zigarettenautomaten • Reduktion der Griffnähe • Aufklärung, Risikoinformation • salutogenetische Arbeitsgestaltung • Gesundheitsförderungsangebote • Verbesserung des Betriebsklimas • Nutzung von Medien aller Art, Projekte, Aktionen, Kampagnen, Diskussion in Teams, Veranstaltungen 	<p>Arbeitsansätze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klare Zielkommunikation, • Klare und gelebte Regeln • Interventionsleitfaden, Stufenplan • Themenbezogene Entwicklung der Führungs-/Komm.kultur • Leitlinien für Führung und Kommunikation • Vorgesetztentraining • Coaching /Beratung • Förderung von kollegialem Feedback • Rückendeckung für mitarbeiterorientiertes Führen 	<p>Arbeitsansätze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionelle betriebl. Sozialberatung (Festeinrichtung oder Sprechstundenmodell) • Nebenamtliche Ansprechpersonen, Kollegiale Berater • Betriebsärztlicher Dienst • Begleitung vor, während und nach der Behandlung (Case Management) • Vernetzung mit externen Beratungs- und Behandlungsangeboten • Wiedereingliederung • Nachsorge
<p>Bezüge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Führungskräfteentwicklung • Qualitätssicherung • Betriebliches Gesundheitsmanagement (Fehlzeiten, Stress, Work Life Balance) • Arbeitsgestaltung • Arbeits- und Gesundheitsschutz 	<p>Bezüge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Führungskräfte-Entwicklung • Feedback-Kultur und Mitarbeitergespräche • Kommunikation, Konfliktmanagement, • Gesundheitsförderung 	<p>Bezüge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betriebliche Gesundheitsförderung und Sozialarbeit • Soziale Ansprechpersonen • Personalbetreuung, Sozialleistungen • Interessenvertretungen

Abbildung 9.2: Handlungs- und Entwicklungsfelder betrieblicher Suchtprävention - Ansatzpunkte für externe Dienstleister

Quelle: Fuchs/Wienemann 2004

Da die genannten Kernbereiche nur in enger Verbindung zueinander im Rahmen eines Gesamtkonzepts ihre Wirkung in voller Breite entfalten können, müssen externe Dienstleister in der Lage sein, zu allen Handlungsfeldern konzeptionelle Verbindungen herstellen zu können, selbst wenn sie nicht alle Felder gleichermaßen mit ihrem Angeboten abdecken. Es kann durchaus sinnvoll sein, die Beratung zur Entwicklung des Gesamtkonzeptes und zum Aufbau eines Suchtpräventionsprogramms von der professionellen Dienstleistung im Handlungsfeld Beratungs- und Hilfesystem, z.B. sozialarbeiterische Aufgaben im Rahmen eines Case Managements, auch personell von einer abzugrenzen.

Aus diesem Grund werden die Anforderungen an externe Dienstleister für unterschiedliche Leistungen hier auch getrennt beschrieben.

9.1.3.1 Beratung zu präventiven Aktivitäten

In dem Angebotsbereich der Primärprävention geht es um Beratung zur Senkung des Konsumniveaus, zur Stärkung der Ressourcen und zu gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung. Für diesen Bereich sind einerseits breite interdisziplinäre Kompetenzen erforderlich, andererseits kann auch eine kreative Ausgestaltung des Handlungsfeldes die Wirkung primärpräventiver Maßnahmen sehr verstärken. Für Beratungen in diesem Bereich können im Beratungskontext eingesetzt werden:

- Kenntnisse der aktuellen primärpräventiven Konzepte, die in der betrieblichen Suchtprävention Anwendung finden, z.B. Punktnüchternheit, Risikokonsum;
- Kenntnis der Konzepte sowie der rechtlichen und betrieblichen Regelungen zur Einschränkung des Suchtmittelkonsums (Modelle guter Praxis);
- Arbeit mit Programmen zur individuellen Konsumreduzierung (Drink-Less-Programme, Nichtrauchertraining);
- Kenntnis der Stresskonzepte und die Anwendung des Ansatzes der Salutogenese sowie des Work-Life-Balance-Konzeptes;
- Einbeziehung gesundheitsförderlicher Maßnahmen und der Instrumente des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (z.B. Gefährdungsbeurteilung) in die präventive Arbeit;
- Kenntnis des Konzeptes 'Gesundheitsorientiertes Führen' und des Fehlzeitenmanagements mit seinen Problematiken;
- Verknüpfung der Angebote zur Suchtprävention mit Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung (z.B. Mitarbeitergespräche, Teamentwicklung, Klimagruppen);
- Kompetenzen im Umgang mit neuen Medien, visueller Gestaltung von Materialien, Entwicklung kreativer Zugangswege zu verschiedenen Zielgruppen.

9.1.3.2 Externe Dienstleistung im Bereich Führungskräfte-training

Führungskräfte-seminare zum Thema Intervention bei sucht(mittel)bedingten Auffälligkeiten erfordern, dass TrainerInnen auf das Thema Führung bei auffälligem Arbeits- und Leistungsverhalten fokussieren und nicht auf das Thema Sucht und Suchterkrankung. Sie müssen über grundlegende fachliche Kenntnisse zu den Aspekten risikoarmer "Normal"-Konsum, riskanter und gesundheitsgefährdender sowie abhängiger Konsum verfügen und zu psychosozialen Krisen informieren können. Erforderlich ist deshalb für diesen Bereich eine Doppelqualifikation im Sinne von Trainingserfahrung im Bereich Führung und Kommunikation sowie Fachkompetenz im Bereich psychosoziale Störungen, Risikokonsum und Sucht.

In weiten Teilen gelten die eingangs dieses Kapitels geschilderten Anforderungen für die Beratung beim Aufbau eines Suchtpräventionsprogramms auch für diese spezifische Dienstleistung.

Angesichts der Anforderungen in den Interventionskonzepten erscheint es nicht mehr sinnvoll, reine "Suchtexperten" als Führungskräftetrainer einzusetzen. Es empfiehlt sich eher im Rahmen spezifischer Arbeitseinheiten das interne Hilfesystem, die haupt- oder nebenamtlich tätigen SuchtberaterInnen, zur Vorstellung ihres Hilfeangebotes einzuladen oder z.B. SozialarbeiterInnen aus Beratungsstellen, Ärzte, TherapeutInnen, zur vertiefenden suchtbearbeitenden Aufklärung hinzuzuziehen.

Das Interventionstraining selbst erfordert einen klaren und unverstellten Blick auf Führung, Entscheidungs- und Konfliktfähigkeit sowie die Fähigkeit, vorhandene betriebliche Strukturen im Rahmen der Trainingsprogramme zu beachten und fehlende Strukturen zu entwickeln.

9.1.3.3 Externe Dienstleistungen für das Hilfeangebot an auffällig gewordene Beschäftigte

Entscheiden sich Betriebe dafür, externe Dienstleistung für die Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen, bieten sich mehrere Modelle an, unter anderem:

- Verpflichtung einer professionellen Sucht- und Sozialberatung (Dipl. Sozialarbeiter, Dipl. Sozialpädagoge, Dipl. Psychologe oder ein arbeitsmedizinischer Dienstleister) auf Honorarbasis;
- Sicherung eines Angebots professioneller Dienstleistungen im Rahmen der extern eingekauften arbeitsmedizinischen Dienste;
- Ankauf von Gesamtpaketen für die Beratung von Beschäftigten bei Beratungsstellen oder einem privaten Dienstleister (z.B. nach dem Modell der Pro-Kopf-Abgabe pro Mitarbeiter und freie Inanspruchnahme von Dienstleistungen durch jeden Mitarbeiter auf dieser Basis)
- Direkte Zusammenarbeit mit einer regionalen Fachberatungsstelle auf Abrechnungsbasis.

Ein externer Dienstleister in diesem Bereich sollte folgende Anforderungen erfüllen (Abbildung 9.3)



Abbildung 9.3: Beratung für suchtmittelauffällige Beschäftigte/Hilfeangebot - Anforderungen an externe Dienstleister

Quelle: Fuchs/Wienemann 2004

9.1.4 Qualifizierungsmöglichkeiten externer Dienstleister

Ein spezifisches Qualifizierungsangebot für externe Dienstleister bietet die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) mit ihrem Curriculum "Sucht in der Arbeitswelt" seit 2004 in Kooperation mit der Universität Hannover an.³ (Abb. 9.4) Es qualifiziert Beschäftigte von Facheinrichtungen der Suchthilfe und Suchtprävention für die Übernahme von Aufgaben im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe nach dem hier beschriebenen Standards. Die Fortbildung ist praxis- und projektorientiert angelegt, hat einen Umfang von 125 Stunden und wird mit einem Hochschulzertifikat abgeschlossen. Sie verfolgt das Ziel,

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungs- und Therapieeinrichtungen für den Einsatz in der betrieblichen Suchtarbeit zu qualifizieren und ihre Handlungsoptionen und Beratungsangebote auf der Basis wissenschaftlicher und professioneller Konzepte zu erweitern;
- eine qualifikatorische Grundlage für das Wissensmanagement Sucht und Arbeitswelt in den Einrichtungen zu legen;
- das bereits bestehende Dienstleistungsangebot und die Handlungsfelder der Einrichtungen in Kooperation mit Unternehmen, Verwaltungen und anderen Beschäftigungsbereichen auszubauen;
- die Kompetenzen zu einem professionellen Beratungsmanagement hin zu erweitern, sowohl im Hinblick auf ein einzelfallbezogenes Case-Management, als auch auf ein Projektmanagement als Voraussetzung, um den Aufbau notwendiger betriebsinterner und kooperativer Strukturen zu begleiten;
- auf der Basis eines qualifikatorisch untermauerten, konzeptionell abgestimmten Angebots der Beratungs- und Therapieeinrichtungen den Qualitätsstandard betrieblicher Suchtarbeit zu steigern;

- zur weitergehenden Vernetzung der betrieblichen Suchtarbeit mit dem Beratungs- und Therapiesystem beizutragen.

Das qualifizierte Zertifikat kann der entsendenden Einrichtung zugleich als Nachweis dienen, dass das Angebot zur betrieblichen Suchtarbeit von professionell qualifizierten Beratungskräften entwickelt und durchgeführt wird, die mit den aktuellen Konzepten und Anforderungen betrieblicher Suchtpräventionsprogramme vertraut sind.

Curriculum der HLS 2004/2005:	"Sucht in der Arbeitswelt"
<p style="text-align: center;">Seminarblock A</p> <p><u>Betriebliche Suchtpräventionsprogramme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Betriebliche Suchtpräventionsprogramme <ul style="list-style-type: none"> • Leitideen, • Geschichte - Vom Alkoholprogramm zum EAP, • rechtliche Aspekte • Ausprägung und Reichweite der Konzepte in der Praxis • Implementierung und Umsetzung eines betrieblichen Suchtpräventionsprogramms • Ziele und Rahmen der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe sowie Gesundheitsförderung • Elemente eines betriebspezifischen Suchtpräventionsprogramms • Mitarbeitergespräch nach Interventionsleitfaden und Stufenplan • Interne Ansprechpersonen oder Suchtbeauftragte und externe BeraterInnen • Abstimmung und Aufbau eines Case Managements <p style="text-align: center;">Interimsaufgabe a)</p> <p><u>Feldexploration</u></p> <p>Zwischen den Seminarblöcken A und B erkunden die einzelnen TeilnehmerInnen die Betriebsstruktur im Einzugsbereich ihrer Beratungsstelle und erstellen ein Profil der potentiellen Kunden in der Region. Sie ermitteln außerdem das Angebot potentieller Mitbewerber auf dem Sucht-Beratungsmarkt in der Region</p> <p style="text-align: center;">Seminarblock B</p> <p><u>Suchtarbeit in Betrieben und Verwaltungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der "Betrieb das (un)bekannte Wesen • Aufbau von Unternehmen und Verwaltungen • Präsentation der Ergebnisse der Feldexploration • Sich bewegen in formalen und informellen Strukturen • Suchtpräventionsprogramme und Suchtarbeit in den neuen Managementsystemen • Suchtarbeit im betrieblichen Gesundheitsmanagement • Verankerung der Suchtarbeit im Spannungsfeld betrieblicher Interessen • Arbeitsbedingte Belastungen und Gesundheitsgefährdungen, Suchtgeschehen und Stresskonzept • Ansatz der Gesundheitsförderung und Salutogenese • Ausbau von personalen und situativen Schutzfaktoren <p style="text-align: center;">Interimsaufgabe b)</p> <p><u>Angebots- und Zielklärung</u></p> <p>Zwischen den Seminarblöcken B und C beschreiben die einzelnen TeilnehmerInnen die (geplante) Angebotspalette ihrer Beratungsstelle und die damit verbundenen Ziele. Dazu veranlassen sie ggf. eine Klärung, welche Angebote von der Beratungsstelle bzw. vom Träger akzeptiert oder gewünscht werden und welche Ziele damit verfolgt werden sollen.</p>	<p style="text-align: center;">Seminarblock C</p> <p><u>Zielgruppen und Angebotsspektrum</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suchtprävention im Betrieb und die Schnittstellen zur Personal- und Organisationsentwicklung • Kooperationen im betrieblichen Gesundheitsmanagement • Die Rolle der Personalverantwortlichen und ihr Beratungsbedarf bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz <ul style="list-style-type: none"> • bei Suchtproblemen von Beschäftigten • bei sonstigen gesundheitlichen oder sozialen Problemen • Kernkompetenzen der Beratungsstelle für die Prävention und -hilfe im Betrieb • Produktdesign und Produktbeschreibung - Erstellen eines Angebotsrahmens <p style="text-align: center;">Interimsaufgabe c)</p> <p><u>Erstellen eines Angebotsentwurfs</u></p> <p>Die TeilnehmerInnen erstellen ein erstes Angebot für die betriebliche Suchtprävention und -beratung. Außerdem erproben sie die Akzeptanz des Angebots durch Kommunikation in bestehenden oder anzuknüpfenden betrieblichen Kontakten</p> <p style="text-align: center;">Seminarblock D</p> <p><u>Angebote der Beratungsstelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Präsentation eines Angebots • Verhandeln und Kontraktieren des Dienstleistungsrahmens • Sicherung der Akzeptanz des Angebots durch Kommunikation in internen Kontakten • Projektmanagement des (an)laufenden Projektes und der Arbeit im Rahmen eines Suchtpräventionsprogramms • Evaluation, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Programmelemente • Verankerung des Angebots in der Beratungsstelle • Einbindung in die regionalen Strukturen der Suchtprävention und Gesundheitsförderung • Selbstevaluation der eigenen Beratungskompetenz <p style="text-align: center;">Projekt und Projektbegleitung</p> <p>Im Rahmen der Qualifizierung führen die TeilnehmerInnen einzeln oder in Kleingruppen ein praktisches Projekt im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention oder Suchtarbeit durch. Begleitend hierzu finden nach Abschluss des Seminarblocks D im Abstand von jeweils ca. 2 Monaten zwei eintägige Projektbegleitungen in der Gesamtgruppe statt.</p> <p style="text-align: center;">Projektpräsentation und Abschluss</p> <p>Den Abschluss der Fortbildung bildet eine Projekt bzw. Angebotspräsentation vor eingeladenen Gästen. Die Präsentation ist Teil der Qualifizierungsmaßnahme. Im Rahmen dieser Veranstaltung erfolgt die Zertifikatsübergabe durch die HLS und das WA der Universität Hannover.</p>

Abbildung 9.4: Curriculum HLS 2004/2005: "Sucht in der Arbeitswelt"

9.2 Erhebung zu den Standards bei externen Dienstleistern

Auf die Daten zur Betriebsgröße und zur regionalen Verteilung der erhobenen Dienstleister wurde bereits in Kapitel 3 eingegangen. Da der Rahmen der Expertise nicht dazu hinreichte, um eine qualitative Erhebung durchzuführen, die notwendig gewesen wäre, um die Ist-Standards im Bereich des Angebotes externer Dienstleister zu beschreiben, sind nachfolgend im wesentlichen nur die Daten zu den Strukturen des Angebotes zusammengefasst.

9.2.1 Daten zu den beteiligten Dienstleistern

Organisationsform und Art der Dienstleistungseinrichtungen

Auf die Frage, welche Organisationsformen die Einrichtungen haben, ergab sich folgendes Bild:

Organisationsform	Häufigkeit der Fälle	Anteil in Prozent
GmbH/gGmbH	6	20
Freiberuflich Tätige/r	4	13,3
Verein/e.V.	11	36,7
Kirchliche Einrichtung	7	23,3
Sonstige	2	6,7
Gesamt	30	100

Tabelle 9.1: Organisationsform der Dienstleister ($N_D=30$)

Betrachtet man diese Ergebnisse, so kann man feststellen, dass sich vorrangig eingetragene Vereine (37%) und kirchliche Einrichtungen (23%) unter den externen Dienstleistern in der Erhebung finden lassen. Freiberufliche Fachkräfte (13%) und Kapitalgesellschaften (20%) sind dagegen weniger stark vertreten

Es handelt sich vorrangig um Beratungsstellen und Behandlungsstellen (77%), die als externe Dienstleister tätig werden und weniger um private Anbieter (17%).

Art der Einrichtung	Häufigkeit der Fälle	Anteil in Prozent
Private Dienstleistung	5	16,7
Beratungsstelle/Behandlungsstelle	23	76,7
Sonstige	2	6,7
Gesamt	30	100

Tabelle 9.2: Art der Einrichtung ($N_D=30$)

9.2.2 Kundengruppe und Ansprechpartner

Auf die Frage, in welchen Sektoren die externen Dienstleister ihr Angebot zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe platzieren können, ergab sich folgendes Bild:

Zu beratender Sektor	Häufigkeit der Nennungen
Industrie	27
Öffentlicher Dienst	21
Verbände/Kirchen	17
Privater Dienstleistungsbereich	15
Handwerk	12
Sonstige	6

Tabelle 9.3: Zu beratende Sektoren (Mehrfachnennungen möglich)

Aus der Tabelle 9.3 ist zu erkennen, dass die befragten Dienstleister vorrangig Industrieunternehmen und Einrichtungen des öffentlichen Diensts beraten. Der Anteil der Handwerksbetriebe, die externe Dienstleister in Anspruch nehmen, ist mit mehr als einem Drittel erstaunlich hoch. Das unterstützt die Annahme, dass sich das Modell der Kooperation von externen Anbietern mit Klein- und Mittelbetrieben durchaus ausbauen lässt.

Betrachtet man nun die internen Kontaktpersonen in den zu beratenden Betrieben und Einrichtungen, so kann man feststellen, dass dies meistens Angehörige des Betriebs- bzw. des Personalrates sind (29 Nennungen) und/oder Verantwortliche aus der Personalabteilung (28). Weitere Kontaktpersonen sind zu gleichen Anteilen mit je 17 Nennungen die Geschäftsleitung, der Betriebsarzt/Betriebsärztliche Dienst und der Suchtkrankenhelfer bzw. die Ansprechperson sowie die Sozial- und SuchtberaterInnen (16). Seltender sind hingegen die Fachkraft für Arbeitssicherheit (11), die Personalentwicklung (9), die Vertrauensperson für Schwerbehinderte (4) und sonstige Personen (3) zuständig. (Mehrfachnennungen möglich)

9.2.3 Leistungsspektrum der externen Dienstleister

Das Leistungsspektrum der befragten Dienstleister ist sehr breit angelegt. Vorrangig werden Informationsveranstaltungen (28 Nennungen) und Beratung von Vorgesetzten/Personalverantwortlichen (28) angeboten. Einen gesamten Überblick über die Leistungen gibt Tab. 9.4.

Betrachtet man die Angebote der externen Dienstleister, so stellt sich die Frage, ob diese punktuell abgefragt werden oder langfristig und kontinuierlich angelegt und durch zeitlich befristete oder fortlaufende Verträge verbindlich vereinbart worden sind. Die Ergebnisse zeigen (vgl. Tab. 9.4), dass ein hoher Anteil der Dienstleistungen durch zeitlich befristete oder fortlaufende Verträge einen nachhaltigen Charakter gewinnen.

Dienstleistung	Allgemeine Dienstleitungen (Häufigkeit der Nennungen)	Innerhalb zeitl. Befristeter oder fortlaufender Verträge (Häufigkeit der Nennungen)
Informationsveranstaltung	28	24
Führungskräfteseminare	23	21
Führungskräfteseminare mit Gesprächsübung	24	24
Seminare und Schulungen für andere Interessensgruppen	27	22
Einzelfallberatung von Betroffenen	23	12
Beratung von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen	28	20
Begleitung/Unterstützung beim Aufbau des Suchtpräventionsprogramms	27	20
Entwicklung eines gestuften Interventionskonzeptes (Stufenplan)	23	19
Mitarbeit im Arbeitskreis Sucht/Gesundheit	21	12
Mitarbeiterberatung/Konfliktberatung	22	14
Umfassende Sozialberatung	7	5
Fallbegleitung/Case Management	18	12
Qualifizierung für haupt-/nebenamtliche Ansprechpartner	15	11
Supervision für haupt-/nebenamtliche Ansprechpartner	16	10
Evaluation des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms	5	4

Tabelle 9.4: Leistungsangebot der externen Dienstleister (Mehrfachnennungen möglich)

Die Differenz zwischen angebotenen Dienstleistungen und verbindlich vereinbarten Leistungen ist am größten bei der Einzelfallberatung von Betroffenen (-11), der Mitarbeiter- und Konfliktberatung (-8) sowie der Beratung von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen (-8). Das kann darauf hinweisen, dass diese Beratungen nur im jeweils auftretenden Einzelfall in Anspruch genommen werden im Sinne einer "Feuerwehrfunktion".

Geringere Verbindlichkeit durch vertragliche Absprachen hat auch die Mitarbeit im Arbeitskreis Sucht (-9), die von den Anbietern - so eine Hypothese - vielleicht nicht immer als "Dienstleistung" betrachtet wird.

Die angegebenen Leistungen können zum Teil entweder in den entsprechenden Betrieben "vor Ort" erbracht werden oder in der Einrichtung des externen Anbieters. In 40% der Fälle "entleihen" Dienstleister regelmäßig und wiederkehrend Fachkräfte an den Betrieb des Kunden, um vor Ort die entsprechenden Leistungen zu erbringen oder Prozesse begleitend zu unterstützen.

Betrachtet man die 40% der Fälle, die angeben, dass sie regelmäßig Fachkräfte entleihen genauer, so kann man feststellen, dass vorrangig eine Person an die zu beratenden Betrieben und Einrichtungen entliehen wird (42% der Fälle; n=12). In weiteren 25 % der Fälle wird angegeben, dass 2 Personen verliehen werden. In jeweils 8% der Fälle werden 3 bzw. 4 Personen entliehen. Weitere 25% geben an, dass mehr als 4 Personen an die Betriebe und Einrichtungen entliehen werden.

Dabei geht es jedoch nicht immer um volle Stellen, sondern auch um begrenzte Zeitkontingente, die den Kundenorganisationen zur Verfügung gestellt werden.

Integration betriebl. Fachkräfte	Fälle	Prozent
Ja, häufig	3	10
Ja, gelegentlich	13	43,3
Nein, nie	13	43,3
Keine Angaben	1	3,3
Sonstige	30	100

Tabelle 9.5: Integration betrieblicher Fachkräfte in suchtspezifische Aufträge (N₀=30)

Eine enge Kooperation mit den betrieblichen Fachkräften, die auch in dieser Expertise immer wieder eingefordert wurde, ist in 53% der Fälle häufig bzw. gelegentlich. In 43% der Fälle wird eine Kooperation verneint, wobei die Gründe hierfür nicht erfragt wurden.

9.2.4 Ausbildungsstandards und Qualifizierung der externen Dienstleister

Tätigkeiten im Rahmen von Suchtprävention und Suchthilfe erfordern fachliche und spezifische Qualifikationen, die die externen Dienstleister mitbringen müssen. Betrachtet man die Ausbildungen, über die die externen Berater verfügen, so kann man feststellen, dass es sich hierbei primär um Universitäts- bzw. Fachhochschulabschlüsse im Bereich Sozialarbeit/Sozialpädagogik (28 Nennungen) oder eine Fachausbildung im Bereich der Sozial-/Suchttherapie (19) handelt. Weitere anzutreffende Ausbildungsrichtungen sind Psychologie (16), sonstige Fachausbildungen (16), Pädagogik (11), Medizin (9) und sonstige medizinische/pflegerische Fachberufe (1). (Mehrfachnennungen möglich)

Auf die Frage, ob die MitarbeiterInnen der externen Dienstleister an spezifischen Qualifizierungsmaßnahmen teilnehmen, wurde dies in 97% der Fälle bejaht. Lediglich in 3% der Fälle nehmen Fachkräfte von externen Dienstleistern nicht an Qualifikationsmaßnahmen teil. Im Themenbereich der Suchtprävention und Suchthilfe ist eine kontinuierliche Weiterqualifizierung unbedingt notwendig, um die Beratungsqualität dauerhaft zu sichern. Die Art der Qualifizierungsmaßnahmen unterscheidet sich wie folgt: (vgl. Tab. 9.6)

Qualifizierungsmaßnahme	Anzahl der Nennungen
Aus- und Weiterbildung mit Zertifikatsabschluss	21
Weiterbildung für den betrieblichen Einsatz	17
Sonstige Weiterbildungsseminare	17
Teilnahme an Konferenzen und Netzwerktreffen	22
Supervision und Coaching	19

Tabelle 9.6: Art der Qualifizierungsmaßnahme (Mehrfachnennungen möglich)

9.2.5 Evaluation der Dienstleistung beim Kunden

Um die Qualität der Beratungsarbeit sicherzustellen, sind regelmäßige Evaluationen notwendig. Externe Dienstleister evaluieren eigene Dienstleistungen in Betrieben und Einrichtungen vorrangig durch Feedbackgespräche mit Programmverantwortlichen (23 Nennungen), Feedbackgespräche/Feedbackbögen in Seminaren und Qualifizierungsmaßnahmen (22) jährliche Berichte (11), interne Erhebungen (bspw. Umfrage bei Personalverantwortlichen) (8) sowie durch sonstige Evaluationsformen (3). (Mehrfachnennungen möglich)

Es sind eher die einfach einzusetzenden Evaluationsmethoden, Feedback-Gespräche und Feedback-Bögen, die bevorzugt werden. Soweit es die rein zahlenmäßige Abbildung zulässt, muss man aus diesen Größenordnungen schließen, dass Qualitätssicherung und Evaluation noch nicht selbstverständliche Elemente des Dienstleistungsangebotes Externer ist.

Abschließend in der Erhebung wurde eine Einschätzung abgefragt. Auf die Frage, wie sich die Auftragslage der externen Dienstleister nach eigener Einschätzung in Zukunft verändern wird, ergab sich folgende Antwort:

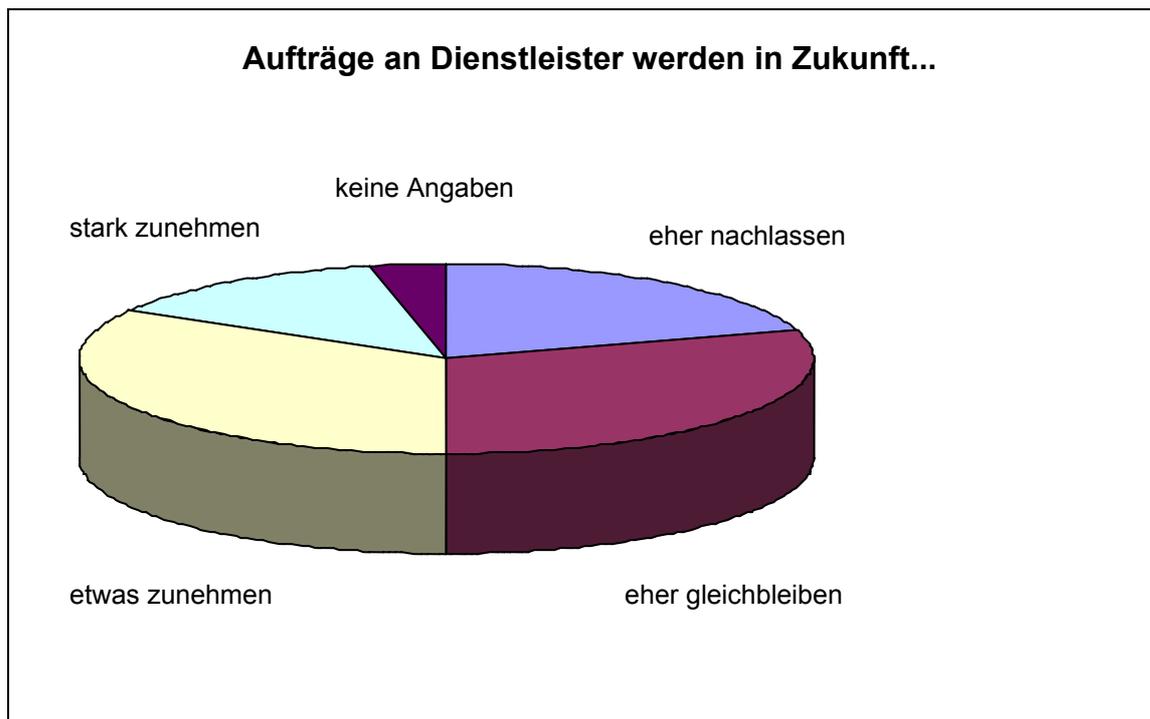


Abbildung 9.4: Entwicklung der Aufträge an externe Dienstleister

Die Einschätzung geht mehrheitlich dahin, dass mit einer geringen bis starken Zunahme der weiteren Nachfrage zu rechnen ist. Das Feld für die externen Dienstleister in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe scheint sich erst gerade zu öffnen. Unter bestimmten Voraussetzungen lässt sich diese Tendenz in den nächsten Jahren noch zugunsten der externen Dienstleister verstärken.

9.3 Entwicklungsbedarfe zum Einsatz externer Dienstleister in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe

Die Entwicklungsbedarfe hinsichtlich des Einsatzes von externen Dienstleistern in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe beziehen sich vorrangig auf folgende Ebenen:

1. auf die Entwicklung angepasster Konzepte für die jeweilige betriebliche Situation

Generell gilt bei der Beratung für ein Gesamtkonzept betrieblicher Suchtprävention, dass ein Berater in der Lage sein muss, anhand der Definition von Zielzuständen mit dem Auftraggeber gemeinsam „flüssige“ und situationsadäquate Lösungen zu finden, statt in einer starren Art und Weise auf vorgegebene Bausteine zurückzugreifen und (manchmal überholte) Standards oder Erfahrungsgrundsätze einzuführen. Sonst kommt es schnell zu einer Überregulation und zu unerwünschten Nebenwirkungen der implementierten Systeme oder deren fachliche Aktualität lässt zu wünschen übrig.

Um dieser Gefahr entgegenzuwirken, ist ein kontinuierlicher fachlicher Austausch zwischen den externen Dienstleistern und den Fachkräften in der betrieblichen Suchtarbeit sinnvoll. Für einen systematischen Austausch dieser Art gibt es aber zurzeit in Deutschland keine "Adresse" und keine kontinuierlichen Foren. Es würde sich also lohnen über Möglichkeiten der Etablierung von Fachforen und dafür geeigneter Träger nachzudenken.

2. auf die Qualifikationsgrundlage der externen Dienstleister

Die Kompetenzen, die für das Angebot einer professionellen Dienstleistung in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe erforderlich sind, stehen nicht allen Dienstleistern heute schon zur Verfügung. Einige tummeln sich noch mit den traditionellen Konzepten und Ausstattungen in der betrieblichen Praxis. Deshalb ist es notwendig, spezifische Weiterbildungs-konzepte für die Aufgabenfelder dieser Dienstleister zu entwickeln und anzubieten.

Das Pilotprojekt, das die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) zurzeit zur Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Fach- und Beratungsstellen zum Themenbereich "Sucht in der Arbeitswelt" durchführt, damit die Beratungsstellen als externe Dienstleister professionell im betrieblichen Arbeitsfeld auftreten können, sollte als Modell guter Praxis Schule machen. Dieses und vergleichbare Weiterbildungsangebote auf professionellem Niveau sollten verstärkt gefördert werden.

3. auf die Verbindlichkeit und Kontinuität der Angebote

Es gibt immer mehr externe Dienstleister, die in dem Feld der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe Angebote platzieren.

Angesichts sinkender Ressourcen in der Finanzierung öffentlicher Beratungsstellen drängen auch diese in den "lukrativen" betrieblichen Markt. Oft geben sich damit zufrieden, dass sie in die Betriebe "reinrutschen" können. Sie beschränken sich z.B. auf vereinzelte Angebotsbausteine, etwa ein Seminar zur Drogenprävention mit Auszubildenden. Das geht nicht selten zu Lasten einer Orientierung auf ein betriebliches Suchtpräventionsprogramm insgesamt, das über punktuelle Angebote hinaus reicht.

Eine verbindliche Kontraktgestaltung wäre ein Standard, der generell angezielt werden sollte. Eine Vereinbarung über die Dienstleistung erfordert es, dass beide Seiten miteinander ins Gespräch kommen und die gegenseitigen Erwartungen aneinander klären. Dadurch ist die Chance gegeben, dass die Kooperation darüber hinausgeht, ein Angebot beiläufig im Sinne des "Machen-Sie-ruhig-mal" durchzuführen. Vielleicht wird es sogar nach einer gewissen Zeit wiederholt, aber für die Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe in der Organisation bleibt diese Maßnahme relativ folgenlos.

Das bewusste und gezielte Vereinbaren von Dienstleistungen im Rahmen betrieblicher Suchtprävention und -hilfe setzt auf der Anbieterseite voraus, sich nicht nur mit den Kundenwünschen, sondern auch mit der eigenen Angebotsstruktur und -palette als externer Dienstleister intensiver zu befassen. Es gehört schließlich auch dazu, diese den (betrieblichen/regionalen) Bedarfen anzupassen, sie im Hinblick auf die Selbstkosten und die Marktlage finanziell zu kalkulieren und nicht zuletzt professionell zu präsentieren.

Das bedeutet zwangsläufig, dass man sich sehr viel intensiver mit den betrieblichen Suchtpräventionskonzepten auseinandersetzen muss. Feld- und Fachkompetenz sind ebenso unabdingbar wie die Voraussetzung, neben der suchtpreventiven Intention auch ökonomische Vernunft walten zu lassen. Damit ist auch die Notwendigkeit der Herausbildung eines neuen Selbstverständnisses in der Rolle als externer Dienstleister angesprochen.

¹ Wienemann, E.: Curriculum "Sucht in der Arbeitswelt". Hessische Landesstelle für Suchtfragen, Frankfurt 2003

² Vgl. Fuchs, R.: Externe Anbieter in der Betrieblichen Suchtprävention. Orientierungshilfen für den betrieblichen Auswahl- und Entscheidungsprozess. Gutachten des IBS Berlin, 2004

³ Wienemann, E.: Curriculum a.a.O.

Anhang 1:

Allgemeiner Fragebogen zu Standards in der Suchtprävention und Suchthilfe

Rückantwort

Universität Hannover
Weiterbildungsstudium
Arbeitswissenschaft
z. H. Dr. E. Wienemann
Lange Laube 32

30159 Hannover

Es erleichtert uns die Auswertung, wenn Sie den Fragebogen mit einem **schwarzen** Stift ausfüllen.

A) Angaben zum Unternehmen / zur Einrichtung

A1) Wie viele Beschäftigte / Mitglieder hat Ihr Unternehmen / Ihre Einrichtung?

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 50 | <input type="checkbox"/> 1.001-2.500 |
| <input type="checkbox"/> 51-100 | <input type="checkbox"/> 2.501-5.000 |
| <input type="checkbox"/> 101-250 | <input type="checkbox"/> 5.001-7.500 |
| <input type="checkbox"/> 251-500 | <input type="checkbox"/> 7.501-10.000 |
| <input type="checkbox"/> 501-1.000 | <input type="checkbox"/> > 10.000 |

A2) In welchem Bundesland befindet sich Ihr Unternehmen / Ihre Einrichtung?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> Niedersachsen |
| <input type="checkbox"/> Bayern | <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen |
| <input type="checkbox"/> Berlin | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg | <input type="checkbox"/> Saarland |
| <input type="checkbox"/> Bremen | <input type="checkbox"/> Sachsen |
| <input type="checkbox"/> Hamburg | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt |
| <input type="checkbox"/> Hessen | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> Thüringen |

A3) In welchem Sektor ist Ihr Unternehmen / Ihre Einrichtung tätig?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst / öffentl. rechtl. Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Handwerk | <input type="checkbox"/> Verbände / Kirchen |
| <input type="checkbox"/> private Dienstleistung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

B) Umgang mit Suchtmitteln am Arbeitsplatz

B1) Wie ist der Konsum von alkoholischen Getränken in Ihrem Unternehmen / Ihrer Einrichtung geregelt?

(Mehrfachnennungen möglich)

- generell untersagt (absolutes Alkoholverbot für alle Betriebsbereiche)
- untersagt für bestimmte Betriebsbereiche (z.B. im Fahrdienst)
- eingeschränkt erlaubt (z.B. bei Betriebsfeiern, Jubiläen)
- nicht erwünscht laut schriftlicher Mitteilung an die Beschäftigten
- nicht einschränkend geregelt
- Regelung nicht bekannt

B2) Das Rauchen ist in Ihrem Unternehmen / Ihrer Einrichtung über die Arbeitsstättenverordnung hinaus ...

- nicht weiter geregelt
- generell untersagt (rauchfreier Betrieb / Einrichtung)
- gesondert geregelt für bestimmte Räume / Bereiche
- Regelung nicht bekannt

B3) Gibt es spezielle Regelungen für den Umgang mit illegalen Drogen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- generelles Verbot
- Drogentests / Screenings bei Einstellungen für alle Beschäftigtengruppen
- Drogentests / Screenings bei Einstellungen für bestimmte Beschäftigungsgruppen (z.B. Auszubildende)
- Zufallstests im bestehenden Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnis
- Drogentest / Screening bei Verdacht auf Drogenkonsum
- keine gesonderten Regelungen
- nicht bekannt

C) Integration der Suchtprävention im Betrieb / in der Einrichtung

C1) Ist Suchtprävention ein expliziter bzw. schriftlich fixierter Bestandteil ...

(bitte komplett ausfüllen)

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--|
| des Leitbildes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| der Personalpolitik | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| der Führungsleitlinien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| des Qualitätsmanagements | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| des Betrieblichen Gesundheitsmanagements | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

C2) Gibt es in Ihrem Unternehmen / Ihrer Einrichtung ein Suchtpräventions- und / oder Suchthilfeprogramm?

- ja nicht bekannt
- nein

Wir möchten Sie bitten, uns vorhandene Konzepte separat zuzusenden
z. H. Dr. E. Wienemann
Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft
Lange Laube 32
30159 Hannover

Falls Sie Frage C2 mit 'nein' oder 'nicht bekannt' beantwortet haben, setzen Sie bitte die Befragung im Abschnitt D fort.

C3) In welcher Form ist das Suchtpräventions- und -hilfeprogramm festgeschrieben?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Betriebs- / Dienstvereinbarung | <input type="checkbox"/> sonstige schriftliche Vereinbarung |
| <input type="checkbox"/> Dienstanweisung / Verfügung | <input type="checkbox"/> nicht schriftlich fixiert |
| <input type="checkbox"/> Handlungsanleitung | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

C4) Welche expliziten Ziele verfolgt das Suchtpräventionsprogramm?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Gesunderhaltung der Beschäftigten / Gesundheitsförderung
- Erhöhung der Arbeitssicherheit
- Hilfe bei Suchtgefährdung und -erkrankung
- Verbesserung der Qualität von Produktion und Dienstleistung
- Senkung der Fehlzeiten
- Verbesserung des Betriebsklimas
- Sensibilisierung von Personalverantwortlichen und Beschäftigten
- suchtmittelfreies Unternehmen (Dienststelle / Verband)
- keine schriftlich formulierten Ziele
- sonstige Ziele
- Ziele sind nicht bekannt

D) Strukturelle Einbindung der Suchtprävention

D1) Existiert in Ihrem Unternehmen / Ihrer Einrichtung ein Gremium zum Thema Suchtprävention und Suchthilfe (z.B. Arbeitskreis / Projektgruppe)?

- ja nicht bekannt
 nein

Falls Sie Frage D1 mit 'nein' oder 'nicht bekannt' beantwortet haben, setzen Sie bitte die Befragung im Abschnitt E fort.

D2) Welche der folgenden Funktionsträger sind im Gremium (Arbeitskreis / Projektgruppe) vertreten?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Geschäftsführung / Leitung Schwerbehindertenvertretung
 Personalabteilung andere Funktionsträger
 Betriebs- / Personalrat Sicherheitsfachkraft
 Betriebsarzt / ärztlicher Dienst Funktionsträger nicht bekannt
 Sozial- / Suchtberater/-innen

D3) Wie häufig tagt das Gremium durchschnittlich in einem Kalenderjahr?

- 1-2 Mal pro Jahr 5-8 Mal pro Jahr seltener
 3-4 Mal pro Jahr 9-12 Mal pro Jahr nicht bekannt

D4) Seit wann existiert der Arbeitskreis / die Projektgruppe in Ihrem Unternehmen / Ihrer Einrichtung?

- vor 1980 1990-99 nicht bekannt
 1980-89 2000-03

D5) Unter welcher Bezeichnung tagt Ihr Gremium?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Arbeitskreis / Projektgruppe: Alkohol
 Arbeitskreis / Projektgruppe: Sucht / Suchtprävention / Suchthilfe
 Arbeitskreis / Projektgruppe: Gesundheit / Gesundheitsförderung / Gesundheitsmanagement
 Arbeitskreis / Projektgruppe: Sucht **und** Gesundheit
 Sucht- / Helferkreis
 Sonstiges
 keine offizielle Bezeichnung
 nicht bekannt

D6) Besteht eine systematische Zusammenarbeit des Arbeitskreises / der Projektgruppe mit den Bereichen ...

(bitte komplett ausfüllen)

Geschäftsführung / Leitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Interessenvertretungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Arbeitsschutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Gesundheitsförderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Personalentwicklung / Aus- und Weiterbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Frauenbeauftragte / Gleichstellungsstelle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt

E) Stufenplan / Interventionsanleitung

E1) Ist in Ihrem Unternehmen / Ihrer Einrichtung eine gestufte Gesprächsfolge (Stufenplan) bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten vereinbart worden?

- ja, schriftlich fixiert
- im Planungsprozess
- nicht vorgesehen
- nicht bekannt

E2) Gibt es in Ihrem Unternehmen / Ihrer Dienststelle eine schriftliche Regelung des Verfahrens nach § 38 UVV im Falle akuter Alkoholisierung oder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch andere berauschende Mittel (z.B. Medikamente und illegale Drogen)?

- ja nicht bekannt
- nein

F) Vorgesetztenqualifizierung

F1) Werden in Ihrem Unternehmen / Ihrer Einrichtung Qualifizierungsmaßnahmen für Personalverantwortliche zu folgenden Themen angeboten?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Vorgesetzten-Mitarbeiter-Kommunikation Fehlzeitenmanagement
- Mitarbeitergespräche keine Angebote dieser Art
- Suchtprävention und -hilfe am Arbeitsplatz nicht bekannt
- Gesundheitsförderliches Führungsverhalten

F2) Nehmen Ihre Personalverantwortlichen an diesen Qualifizierungsmaßnahmen teil, um bei Suchtmittelauffälligkeiten sachgerecht reagieren zu können?

- ja, die Teilnahme ist für alle Personalverantwortlichen verbindlich
- ja, freiwillige Teilnahme von Personalverantwortlichen
- nein, bisher haben keine Personalverantwortlichen teilgenommen
- nicht bekannt

F3) Ist Suchtprävention und Intervention bei Auffälligkeiten fester Bestandteil von Zielvereinbarungsgesprächen mit den Personalverantwortlichen?

- ja
- nicht bekannt
- nein
- keine Zielvereinbarung vorhanden

G) Informationen und präventive Maßnahmen für die Beschäftigten

G1) Werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Ursache und Wirkung von Suchtmitteln sowie über Hilfeangebote bei Suchtgefährdung informiert?

- ja, regelmäßig wiederkehrend
- ja, ab und zu, punktuell
- ja, bei Bedarf, auf Anfrage
- nein
- nicht bekannt

Falls Sie Frage G1 mit 'nein' oder 'nicht bekannt' beantwortet haben, setzen Sie bitte die Befragung mit Frage G3 fort.

G2) Über welche Themen wird informiert?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Alkohol
- Nikotin / Rauchen
- Medikamente
- Essstörungen
- illegale Drogen
- andere Abhängigkeiten (z.B. Abhängigkeit von Glücksspiel, Internet oder Arbeit)
- nicht bekannt

G3) Werden den Beschäftigten folgende Seminare / Trainings angeboten?

(bitte komplett ausfüllen)

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Nichtraucherkurse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| Less-Drinking-Programme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| Stress- und Selbstmanagement | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| Konfliktmanagement / Mobbing | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| gesunde Ernährung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| andere Gesundheitsthemen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

G4) Bietet das Unternehmen / die Einrichtung zielgruppenspezifische Informationen an für:

(Mehrfachnennungen möglich)

- Auszubildende
- Frauen / Männer
- einzelne Beschäftigtengruppen
- Interessen- / Gremienvertreter/-innen
- ausländische Arbeitnehmergruppen
- sonstige Zielgruppen
- keine zielgruppenspezifische Informationen

G5) Welche Formen des innerbetrieblichen Marketings werden für das Suchtprogramm gewählt?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plakate | <input type="checkbox"/> Betriebs- / Personalversammlung |
| <input type="checkbox"/> Informationsblätter und Flyer | <input type="checkbox"/> Aktionstage / Gesundheitswoche |
| <input type="checkbox"/> Artikel in der Betriebszeitung | <input type="checkbox"/> Broschüren |
| <input type="checkbox"/> Informationen für neue Mitarbeiter/-innen | <input type="checkbox"/> sonstige |
| <input type="checkbox"/> Rundschreiben / E-Mail | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> Information im Internet / Intranet | <input type="checkbox"/> keine |

H) Beratung und Hilfe

H1) Welche der folgenden Hilfen werden den Beschäftigten im Rahmen des Suchtprogramms angeboten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Beratung durch innerbetriebliche Ansprechpersonen / Sozial- und Suchtberatung
- Beratung durch externe Beratungsstelle
- Fallbegleitung (Case Management)
- Vermittlung von ambulanter / stationärer Therapie in Facheinrichtungen
- Vermittlung in externe Selbsthilfegruppen
- Teilnahme in internen Selbsthilfegruppen
- Wiedereingliederung / Rückkehrgespräche / Rückfall vorbeugende Maßnahmen
- sonstige
- keine
- nicht bekannt

H2) Welche internen Einrichtungen oder Personen nehmen in Ihrem Betrieb / Ihrer Einrichtung Aufgaben zum Thema Suchtprävention und Suchthilfe wahr? (Mehrfachnennungen möglich)

- Sozialberatung / Mitarbeiterberatung
- hauptamtliche Suchtberatung / Suchtbeauftragte
- nebenamtliche Ansprechpersonen / Suchtkrankenhelfer/-innen **mit Freistellung**
- nebenamtliche Ansprechpersonen / Suchtkrankenhelfer/-innen **ohne Freistellung**
- Betriebsarzt / betriebsärztlicher Dienst
- sonstige
- kein Beratungsangebot
- nicht bekannt

Falls Sie Frage H2 mit 'kein Beratungsangebot' oder 'nicht bekannt' beantwortet haben, setzen Sie bitte die Befragung im Abschnitt J fort.

H3) Falls **hauptamtliche** Ansprechpersonen eingesetzt werden, über welche Berufsausbildungen verfügen diese? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> sonstige Fachausbildung |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeit / Sozialpädagogik | <input type="checkbox"/> sonstige suchtspezifische Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Pädagogik / Lehramt | <input type="checkbox"/> keine Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> sonstige Hochschulausbildung | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> Pflegeberufe / medizinische Berufe | <input type="checkbox"/> Abschluss des Weiterbildungsstudiums Arbeitswissenschaft der Universität Hannover |

H4) Falls *nebenamtliche* Ansprechpersonen eingesetzt werden, über welche Qualifikationen verfügen diese? (Mehrfachnennungen möglich)

- Ausbildung zu **betrieblichen** Suchtkrankenhelfer/-innen
- Ausbildung zur **sozialen** Ansprechperson
- Ausbildung zu **ehrenamtlichen** Suchtkrankenhelfer/-innen
- Ausbildung zum Suchtberater / zur Suchtberaterin
- Abschluss des Weiterbildungsstudiums Arbeitswissenschaft der Universität Hannover
- sonstige suchtspezifische Ausbildung
- keine Ausbildung
- nicht bekannt

H5) Gibt es für Suchtberater/-innen / Ansprechpersonen / Suchtkrankenhelfer/-innen... (bitte komplett ausfüllen)

eine schriftlich fixierte Aufgabenbeschreibung
(Einsatzbedingung)

ja nein nicht bekannt

eine schriftliche fixierte Schweigepflicht

ja nein nicht bekannt

eigens zur Verfügung gestellte
Räumlichkeiten (für Beratung)

ja nein nicht bekannt

ein eigenes Beratungstelefon (mit AB)

ja nein nicht bekannt

H6) Stellt das Unternehmen / die Einrichtung den Haupt- und / oder Nebenamtlichen in der Suchtprävention und -hilfe Mittel zu Verfügung für:

ein eigenes Budget

ja nein nicht bekannt

suchtspezifische Weiterbildungen

ja nein nicht bekannt

andere Fachseminare

ja nein nicht bekannt

Supervision

ja nein nicht bekannt

Bücher / Informationsmaterial

ja nein nicht bekannt

eine Ausbildung zur betrieblichen Suchthilfe

ja nein nicht bekannt

J) Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen / Dienstleistern

J1) Wird das Suchtprogramm in Zusammenarbeit mit einer externen Beratungsstelle / einem externen Dienstleister durchgeführt?

- ja kein Suchtprogramm vorhanden
- nein nicht bekannt

Falls Sie Frage J1 mit 'nein', 'nicht bekannt' oder 'kein Suchtprogramm vorhanden' beantwortet haben, setzen Sie bitte die Befragung im Abschnitt K fort.

J2) Basiert die Zusammenarbeit auf vertraglichen Grundlagen?

- ja
- nein
- nicht bekannt

J3) Welche Aufgaben übernehmen die externen Beratungsstellen und externen Dienstleister? (Mehrfachnennungen möglich)

- Informationsveranstaltungen
- Seminare für Führungskräfte
- Beratung von Personalverantwortlichen
- Beratung von suchtgefährdeten Personen
- Durchführung von ambulanten / stationären Therapien
- Mitarbeit in betrieblichen Gremien (Arbeitskreise / Projektgruppen)
- sonstige
- nicht bekannt

K) Externe Vernetzung

K1) Gibt es eine Mitarbeit zum Thema Suchtprävention in / bei:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--|
| regionalen Arbeitskreisen / Netzwerken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| unternehmensweiten bzw. dienststellen-
übergreifenden Arbeitskreisen / Netzwerken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| nationalen Verbänden und Arbeitskreisen /
Netzwerken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| internationalen Netzwerken und Verbänden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| Tagungen und Konferenzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

L) Qualitätssicherung

L1) Werden Aktivitäten und Maßnahmen im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms evaluiert / ausgewertet?

- ja
- nicht bekannt
- nein

Falls Sie Frage L1 mit 'nein' oder 'nicht bekannt' beantwortet haben, setzen Sie bitte die Befragung im Abschnitt M fort.

L2) In welcher Form wird das Suchtpräventionsprogramm evaluiert / ausgewertet? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- jährliche Berichte
- interne Erhebungen (bspw. Umfrage bei Personalverantwortlichen)
- Feedback-Gespräche mit den Programmverantwortlichen
- sonstige Formen
- keine Evaluation / Auswertung
- nicht bekannt

L3) An wen werden die Ergebnisse der Evaluation / Auswertung zurückgespiegelt? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- Geschäftsführung / Leitung
- Betriebsrat / Personalrat
- Sonstige
- nicht bekannt
- Gremium zur Suchtprävention und -hilfe
- Helferkreis
- keine Weitergabe

M) Positive Auswirkungen der Suchtprävention

M1) Welche positiven Auswirkungen der Suchtprävention und des Suchtprogramms können Sie in Ihrem Unternehmen / Ihrer Einrichtung feststellen? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- gesteigertes Interesse an suchtspezifischen Informationen und Aktionen
- Akzeptanz des Suchtprogramms durch die Beschäftigten
- Sensibilisierung für Sucht- und Gesundheitsgefährdungen
- Enttabuisierung des Themas Sucht
- Senkung des Konsums von Suchtmitteln
- systematische Anwendung der gestuften Gesprächsfolge und Hilfeangebote
- konsequenteres Führungsverhalten bei Auffälligkeiten
- Senkung von Fehlzeiten
- stärkere Nutzung von internen Beratungsangeboten
- Erhöhung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes
- Verbesserung des Betriebsklimas
- sonstige positive Auswirkungen
- nicht bekannt

An dieser Stelle möchten wir uns bei Ihnen für das Ausfüllen dieses Fragebogens ausdrücklich bedanken und Sie um die Rücksendung dieses Fragebogens im beiliegenden Umschlag (portofrei - einfach den Rückumschlag ohne Absender in den Briefkasten werfen) bis zum **15.12.2003** bitten.

Anhang 2:

Fragebogen zu Standards in der Suchtprävention und Suchthilfe für externe Dienstleister

Fragebogen

Rückantwort

Universität Hannover
Weiterbildungsstudium
Arbeitswissenschaft
z. H. Dr. E. Wienemann
Lange Laube 32
30159 Hannover

Standards in der Suchtprävention und -hilfe - Externe Dienstleister-

Es erleichtert uns die Auswertung, wenn Sie den Fragebogen mit einem schwarzen Stift ausfüllen.

A1) In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> Niedersachsen |
| <input type="checkbox"/> Bayern | <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen |
| <input type="checkbox"/> Berlin | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg | <input type="checkbox"/> Saarland |
| <input type="checkbox"/> Bremen | <input type="checkbox"/> Sachsen |
| <input type="checkbox"/> Hamburg | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt |
| <input type="checkbox"/> Hessen | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> Thüringen |

A2) Um welche Art von Einrichtung handelt es sich?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Private Dienstleistung | <input type="checkbox"/> Fachklinik / sonstige Therapieeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstelle / Behandlungsstelle | <input type="checkbox"/> Sonstige |

A3) Welche Organisationsform hat Ihre Einrichtung?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> GmbH / gGmbH | <input type="checkbox"/> Kommunale / staatliche Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Freiberuflich Tätige/r | <input type="checkbox"/> Kirchliche Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Verein / e.V. | |

A4) Anzahl der Beschäftigten in Ihrer Einrichtung?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 11-20 |
| <input type="checkbox"/> 2-5 | <input type="checkbox"/> > 20 |
| <input type="checkbox"/> 6-10 | |

A5) Welchem Bereich ordnen sich die betrieblichen Organisationen zu, die Sie zum Thema betriebliche Suchtprävention und -hilfe beraten?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Verbände/Kirchen |
| <input type="checkbox"/> Handwerk | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Privater Dienstleistungsbereich | <input type="checkbox"/> Keine |
| <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst | |

A6) Welche Positionen bekleiden Ihre hauptsächlichen Kontaktpersonen im Betrieb?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mitglied der Geschäftsführung, der Leitung, Inhaber | <input type="checkbox"/> Suchtkrankenhelfer/in, Ansprechperson |
| <input type="checkbox"/> Verantwortliche/r aus der Personalabteilung | <input type="checkbox"/> Personalentwickler/in |
| <input type="checkbox"/> Betriebs- / Personalrat | <input type="checkbox"/> Vertrauensperson für Schwerbehinderte |
| <input type="checkbox"/> Betriebsarzt / Betriebsärztin | <input type="checkbox"/> Fachkraft für Arbeitssicherheit |
| <input type="checkbox"/> Sozial- / Suchtberater/-in | <input type="checkbox"/> Sonstige Position |

A7) Welche der folgenden Dienstleistungen in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe hat Ihre Einrichtung im Angebot?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Informationsveranstaltungen
- Führungskräfteseminare
- Führungskräfteseminare mit Gesprächsübungen
- Seminare und Schulungen für andere Adressatengruppen
- Einzelfallberatung von betroffenen Beschäftigten bei Auffälligkeiten
- Beratung der Vorgesetzten und anderer Personalverantwortlichen
- Begleitung/Unterstützung beim Aufbau eines Suchtprogramms
- Entwicklung eines gestuften Interventionskonzeptes (Stufenplan)
- Mitarbeit im Arbeitskreis Sucht / Gesundheit
- Mitarbeiterberatung / Konfliktberatung
- Umfassende Sozialberatung
- Fallbearbeitung / Fallbegleitung (Case Management) bei Therapiemaßnahmen
- Qualifizierung für nebenamtliche Ansprechpersonen / Suchtkrankenhelfer
- Supervision für hauptamtliche / nebenamtliche Personen in der betrieblichen Suchtarbeit
- Evaluation des betrieblichen Suchtprogramms

A8) Welche der folgenden Dienstleistungen werden von Betrieben / Verwaltungen / Verbänden innerhalb zeitlichbefristeter oder fortlaufender Verträge / Rahmenverträge abgenommen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Informationsveranstaltungen
- Führungskräfteseminare
- Führungskräfteseminare mit Gesprächsübungen
- Seminare und Schulungen für andere Adressatengruppen
- Einzelfallberatung von betroffenen Beschäftigten bei Auffälligkeiten
- Beratung der Vorgesetzten und anderer Personalverantwortlichen
- Begleitung/Unterstützung beim Aufbau eines Suchtprogramms
- Entwicklung eines gestuften Interventionskonzeptes (Stufenplan)
- Mitarbeit im Arbeitskreis Sucht / Gesundheit
- Mitarbeiterberatung / Konfliktberatung
- Umfassende Sozialberatung
- Fallbearbeitung / Fallbegleitung (Case Management) bei Therapiemaßnahmen
- Qualifizierung für nebenamtliche Ansprechpersonen / Suchtkrankenhelfer
- Supervision für hauptamtliche / nebenamtliche Personen in der betrieblichen Suchtarbeit
- Evaluation des betrieblichen Suchtprogramms

A9) "Entleihen" Sie fest angestellte Fachkräfte Ihrer Einrichtung für die vorher genannten Aufgaben an Betriebe/Verwaltungen?

- Ja, _____ Anzahl der Personen (bitte eintragen)
 Nein Nicht bekannt

A10) Falls ja, in welchem Umfang pro Person (bei mehreren Personen bitte den Mindest- und den Maximalwert ankreuzen)?

- Bis zu 05 Std. monatlich Bis zu einer 1/2 Stelle monatlich
 Bis zu 10 Std. monatlich Bis zu einer vollen Stelle monatlich
 Bis zu einer 1/4 Stelle monatlich

A11) Beziehen Sie andere Fachkräfte bei betrieblichen Aufträgen mit ein, z.B. freiberuflich tätige Personen?

- Ja, immer Ja, gelegentlich
 Ja, häufig Nein, nie

A12) Über welche Ausbildungen verfügen Sie und ggf. die Beschäftigten (ohne Verwaltungspersonal)?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Psychologie (Diplom) Sonstige medizinische / pflegerische Fachberufe
 Sozialarbeit / Sozialpädagogik (Diplom) Sozial- / Suchttherapie
 Pädagogik (Diplom, Magister) Sonstige Fachausbildung
 Medizin (Arzt, Ärztin) Nicht bekannt

A13) Nehmen Sie bzw. die Fachkräfte Ihrer Einrichtung, die in Betrieben / Verwaltungen / Verbänden tätig werden, an spezifischen Qualifizierungsmaßnahmen teil?

- Ja Nicht bekannt
 Nein

A14) Falls ja, an welchen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Aus- und Weiterbildungen mit Zertifikatsabschluss (z.B. spezifische Therapieausbildungen)
 Weiterbildung für den betrieblichen Einsatz (betriebl. Suchtkrankenhilfe, Personal- / Organisationsentwicklung)
 Sonstige Weiterbildungsseminare
 Teilnahme an Konferenzen und Netzwerktreffen
 Supervision und Coaching

**A15) Wie evaluieren Sie Ihre Dienstleistungen in den Betrieben/
Verwaltungen / Verbänden?**

(Mehrfachnennungen möglich)

- Jährliche Berichte
- Interne Erhebungen (bspw. Umfrage bei Personalverantwortlichen)
- Feedback-Gespräche mit den Programmverantwortlichen
- Feedback-Gespräche / Feedback-Bögen in Seminaren und Qualifizierungsmaßnahmen
- Sonstige Formen
- Keine Evaluation / Auswertung
- Nicht bekannt

**A16) Werden im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention in den nächsten
Jahren nach Ihrer Einschätzung die Aufträge an externe Dienstleister...**

- eher nachlassen
- eher gleichbleiben
- etwas zunehmen
- stark zunehmen

**A17) Skizzieren Sie bitte noch mit einigen Worten das Konzept, nach dem Sie
in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe arbeiten:**

An dieser Stelle möchten wir uns bei Ihnen für das Ausfüllen dieses Fragebogens ausdrücklich bedanken und Sie um die Rücksendung dieses Fragebogens im beiliegenden Umschlag (Porto bereits freigemacht) bis zum **01.03.2004** bitten.

Anhang 3:

ILO – Management of alcohol- and drug-related issues in the Workplace (Auszug – Übersetzung)

Quelle: Übersetzung von „Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace“, International Labour Office Geneva, 1996, Anhang V S: 44ff.

Leitprinzipien zu Drogen- und Alkoholtests am Arbeitsplatz

wie sie durch das Interregionale Tripartitische Expertentreffen der ILO zu Drogen- und Alkoholtests am Arbeitsplatz, 10. – 14.Mai 1993, Oslo (Hønefoss) Norwegen, angenommen wurden.

Überblick

Die Sozialpartner – Arbeitgeber, Arbeitnehmer und ihre Vertreter und Regierungen – sollten zusammen die Auswirkungen von Alkohol- und Drogengebrauch am Arbeitsplatz einschätzen. Wenn sie zu dem Schluß kommen, dass ein Problem bedeutend genug ist, um Maßnahmen zu erfordern, dann sollten sie, mit Blick auf die ethischen, gesetzlichen und technischen Aspekte, die in diesem Dokument aufgezählt sind, gemeinsam den Umfang von angemessenen Antworten überlegen.

Eine umfassende Richtlinie, die mit dem Gebrauch von Alkohol und Drogen in Zusammenhang gebrachten Probleme zu verringern, könnte Mitarbeiter-Unterstützung, Aufklärung der Mitarbeiter, Vorgesetzten-Training, Information und Initiativen der Gesundheitsförderung, und Drogen- und Alkoholtests abdecken. Ein betriebliches Alkohol- und Drogentestprogramm ist technisch komplex und sollte nicht ohne eine sorgfältige Überprüfung von allen Sachverhalten erwogen werden.

Wenn ein Test-Programm erwogen wird, sollte eine formale schriftliche Richtlinie entwickelt werden, die den Zweck der Tests, Regeln, Regelungen, Rechte und Verantwortlichkeiten aller beteiligten Parteien aufzeigen. Drogen- und Alkoholtests, als Teil eines umfassenden Programms, sollten auf der größtmöglichen Übereinstimmung aller beteiligten Parteien beruhen, um dessen Wert zu sichern.

Hintergrund

Es existieren jetzt zuverlässige analytische Methoden, um Substanzen im Atem oder in Körperflüssigkeiten oder im Gewebe aufzuspüren. Diese Substanzen schließen sowohl Alkohol als auch andere Drogen ein. Um den Erfolg des Programms zu sichern, müssen die benutzten Nachweismethoden von höchster Qualität und Zuverlässigkeit sein, und den Zweck der Tests berücksichtigen. Obwohl die Zahl der kompetenten Untersuchungslabore ansteigt, wird anerkannt, dass in vielen Ländern solche Einrichtungen nicht bestehen. Zu entwickelnde Richtlinien sollten dies deshalb berücksichtigen.

Es gibt zwei Kategorien von Tests: Überprüfung und Bestätigung. Der Prüftest stellt ein schnelles, jedoch anfängliches Stadium des Verfahrens dar. Im Fall eines positiven Testergebnisses sollten jedoch bestätigende Methoden benutzt werden, um die Resultate abzusichern. Einige legal verschriebene Drogen können unter gewissen Bedingungen als illegale Substanzen fehlidentifiziert werden. Unter diesen Bedingungen ist eine korrekte Interpretation der Testergebnisse unbedingt erforderlich. Dies unterstreicht die Notwendigkeit eines hohen Standards nicht nur bei der technischen Ausstattung, sondern auch beim Training und der Qualifikation des Personals.

Es sollte anerkannt werden, dass die gegenwärtigen Methoden von Alkohol- und Drogentests eingreifende Verfahren beinhalten können, die sowohl ein Risiko bilden können

als auch ein Eindringen in die Privatsphäre. Zusätzlich können die Kosten für ein gut entworfenes Alkohol- und Drogentest-Programm variieren und es ist anerkannt, dass diese beträchtlich sein können. Es ist deshalb zwingend erforderlich, dass diese Aspekte vor der Einführung eines Alkohol- und Drogen-Testsprogramms vollständig berücksichtigt werden.

Bewertung der Beziehung von Alkohol- und Drogengebrauch und dem Arbeitsplatz

Die Bewertung von problematischem Gebrauch¹, wie er sich am Arbeitsplatz zeigt, sollte die innewohnenden nationalen, sozialen, kulturellen, ethnischen, religiösen und geschlechterspezifischen Variablen anerkennen, die nicht nur die Art und Bedeutung des Gebrauchs beeinflussen, sondern ebenfalls die Ergebnisse im Verhalten, die bei Gebrauch in Erscheinung treten. Art und Bedeutung von problematischem Gebrauch muß sorgfältig bewertet werden.

Es ist auch wichtig zu erkennen, dass Menschen oft vielfältige Drogen gebrauchen. Diese Substanzen können einschließen, aber nicht beschränkt sein auf Alkohol, verschreibungspflichtige oder frei verkäufliche Medikamente und illegale oder kontrollierte Substanzen.

Ergänzend zur Erfordernis eines sensiblen Instruments um den problematischen Gebrauch von verschiedenen Substanzen wie er sich am Arbeitsplatz darstellt, einzuschätzen, muß die Bedeutung dieser definierten Probleme eingeschätzt werden. Ist es ein Gesundheits-, Sicherheits-, Disziplinar- oder anderes Problem? Der festgestellte problematische Gebrauch sollte unter Berücksichtigung aller relevanter Angelegenheiten bewertet werden.

Effektivität von Drogentests

Die wissenschaftliche Beweislage, die den Gebrauch von Alkohol und Drogen mit negativen Auswirkungen am Arbeitsplatz in Verbindung bringt, ist zweideutig. Bislang sind die meisten Ergebnisse anekdotenhaft und zu schlußfolgernd. Es fehlen Studien, ob Testprogramme mögliche Arbeitsschwierigkeiten, die aus dem Gebrauch von Alkohol und Drogen resultieren, verringern. Die verfügbaren Daten erbringen keine hinreichenden Beweise, um zu zeigen, dass Alkohol- und Drogentest-Programme die Produktivität und Sicherheit am Arbeitsplatz erhöhen.

Alkohol- und Drogentests erkennen nur den Gebrauch von bestimmten Substanzen. Sie sind kein stichhaltiger Indikator für durch Alkohol- und Drogengebrauch verursachte soziale oder verhaltensspezifische Aktivitäten. Gegenwärtig gibt es keine adäquaten Tests, die die Auswirkungen von Alkohol und Drogen auf die Arbeitsleistung genau bewerten können. Es gibt Wechselbeziehungen zwischen den Auswirkungen auf das Verhalten und Blut-Alkohol-Konzentration, aber es gibt Unterschiede zwischen den Individuen. Solche Wechselbeziehungen sind noch nicht für Urin-Alkohol-Konzentration, Blut-Drogen-Konzentration oder Urin-Drogen-Konzentration dargestellt worden.

¹ Wenn nach der Bewertung gefunden wird, daß der Gebrauch von Drogen und Alkohol bezogen auf den Arbeitsplatz ein Problem verursacht, dann wird dies für den Zweck dieses Dokuments als „problematischer Gebrauch“ erörtert. Beim Ansprechen des Gebrauchs von Alkohol und Drogen am Arbeitsplatz, beabsichtigt dieses Dokument nicht illegales Verhalten zu ermutigen.

Programm Ergebnisse

Die Art, in welcher organisatorische, lokale, nationale und internationale Drogen- und Alkohol-Richtlinien sich wechselseitig beeinflussen wird wenig verstanden. Die Einführung einer erfolgreichen Richtlinie in einem Land kann unbeabsichtigte Konsequenzen in anderen Ländern haben. Programme, die Nutzen in bestimmten Ländern erbringen, können wegen anderer Rechtsprechung entgegengesetzte Folgen haben. Da die Welt durch die Existenz von multinationalen Körperschaften und internationalen Handelsabkommen enger verbunden wird, sollten beispielsweise Länder und Unternehmen die internationale Auswirkung ihrer Initiativen viel genauer prüfen. Drogen- und Alkohol-Richtlinien müssen individualisiert werden, um die Bedürfnisse von bestimmten Nutzern zu treffen. Eine lokale Richtlinie kann nicht die Bedürfnisse von allen Nutzern treffen.

Besorgnis über die Konsequenzen von Alkohol- und Drogengebrauch am Arbeitsplatz sollte in einer umfassenden Strategie angesprochen werden. Wenn Tests als eines der Elemente in einer umfassenden Strategie überlegt werden, sollten sowohl die beabsichtigten Ergebnisse als auch die nicht beabsichtigten Auswirkungen erwogen werden. Die Überprüfung dieser Auswirkungen kann die Entscheidung Tests in die Programmstrategie aufzunehmen oder nicht, unterstützen. Wenn Tests eingeschlossen sind, kann diese Übersicht die Feststellung der Art und des Umfangs von durchzuführenden Tests unterstützen.

Einige der beabsichtigten Ergebnisse können umfassen

- Unterstützung bei der Entwicklung eines umfangreichen Programms, um sowohl Schutz und Sicherheit zu verbessern, als auch um potentielle gesetzliche Mängel zu verringern.
- Ein umfassendes Produktivitäts- und Qualitätssicherungs-Programm einschließlich der Verringerung von Fehlzeiten.

Einige der nicht beabsichtigten Ergebnisse könnte umfassen:

- Verschlechterung des Arbeitsumfelds durch Furcht, Mißtrauen, Polarisierung zwischen Betriebsleitung und Arbeitnehmern, Mangel an Offenheit und wachsende soziale Kontrolle.
- Gesetzlichen und ethischen Regeln nicht zu folgen.
- Übertretungen der Vertraulichkeit.
- Nachteilige Auswirkungen auf Individuen als Folge von Testfehlern.
- Abnahme der Sicherheit des Arbeitsverhältnisses.

Rechtliche und ethische Aspekte

Es gibt ethische Aspekte von grundlegender Bedeutung beim Festsetzen, ob auf Alkohol und Drogen getestet wird. Lohnt es sich zu testen? Wenn ja, unter welchen Umständen? Wenn man anerkennt, dass die Situation in jedem Land und jedem Arbeitsplatz unterschiedlich ist, dann sind ethische Aspekte eine der wichtigsten Angelegenheiten, die zu entscheiden sind, bevor irgendein Test stattfindet. Rechte der Arbeitnehmer auf Privatsphäre und Vertraulichkeit, Autonomie, Fairneß und die Integrität ihres Körpers müssen, in Harmonie mit nationalen und internationalen Gesetzen und Rechtsprechung, Normen und Werten, respektiert werden. Von Arbeitnehmern, die sich weigern sich testen zu lassen, sollte nicht vermutet werden, dass sie Alkohol- oder Drogengebraucher sind.

Die Notwendigkeit für Tests sollte im Hinblick auf die Art der einbezogenen Arbeitsplätze untersucht werden. Bei einigen Arbeitsplätzen kann der Aspekt der Privatsphäre mehr wiegen als die Notwendigkeit von Tests.

Als Schutz für die Arbeitnehmer, sollten positive Testresultate Gegenstand einer unabhängigen medizinischen Überprüfung sein. Bei solchen Arbeitnehmern, deren positive Testresultate problematischen Drogen- oder Alkoholgebrauch widerspiegeln, sollte die Teilnahme an einer Beratung, Behandlung oder Selbst-Management Programm ermutigt und unterstützt werden.

Verschiedene nationale Gesetze, Sitten und Praktiken mögen es erfordern, dass Mitarbeiter, die positiv getestet worden sind, zur Behandlung überwiesen werden, einem anderen Arbeitsplatz zugeteilt werden oder das andere Mittel genutzt werden, um die Sicherheit ihrer Anstellung zu sichern.

Spezifische Verfahren sollten entwickelt werden, die die Leistungsfähigkeit eines Programms nachweisen, den vorhandenen nationalen Gesetzen und Verordnungen zu entsprechen. Solche Verordnungen können einschließen:

- Gesetzgebung zu Alkohol- und Drogentests am Arbeitsplatz
- Arbeitsrecht
- Gesetze zur medizinischen Vertraulichkeit

Drogen- und Alkoholtests müssen in den größeren Bezugsrahmen von moralischen und ethischen Angelegenheiten der kollektiven Rechte der Gesellschaft und von Unternehmen eingeordnet werden, und von individuellen Rechten, wie sie in der Universalen Menschenrechtserklärung und den internationalen Arbeitsstandards verkörpert sind.

Andere Rechte sind auch von Bedeutung: Beispiele sind hier das Recht, den eigenen Arzt zu wählen, das Recht, wenn erforderlich, vertreten zu werden, das Recht auf Vorankündigung, dass Tests als Teil des Untersuchungsprogramms vor einer Anstellung durchgeführt werden, und das Recht auf Information über die Testergebnisse.

Es wird vorausgesetzt, dass die Teilnehmer in jeder Arbeitssituation Rechte und Verantwortlichkeiten haben, über die man übereinstimmt. Drogen- und Alkohol-Testprogramme sollten in die vorhandenen Anordnungen für die Sicherstellung der Qualität des Arbeitslebens, Rechte der Arbeitnehmer, der Sicherheit und Schutz am Arbeitsplatz, und Rechte und Verantwortlichkeiten der Arbeitgeber (z.B. Schutz des öffentlichen Interesses) passen.

Programm-Organisatoren sollen sensibel sein für die Möglichkeiten von gegenteiligen Folgen von Tests (z.B. Belästigung, ungewolltes Eindringen in die Privatsphäre). Arbeitnehmer sollten das Recht haben, informierte Entscheidungen zu treffen, darüber ob sie der Aufforderung zu Tests folgen oder nicht.

Sicherheiten sollten geschaffen werden, um jede möglicherweise diskriminierende Auswirkung von Tests auszuschließen. Das Test-Programm sollte in einer nichtdiskriminierenden Weise in Übereinstimmung mit entsprechender Gesetzgebung und Bestimmungen durchgeführt werden. In diesen Rechtsprechungen mit einem konstitutionellen Recht auf Arbeit, sollten Anstrengungen unternommen werden, die es der Person ermöglichen Arbeitnehmer zu bleiben.

Programm Organisation und Entwicklung

Ein Programm aufbauen

Wo Probleme in der Leistung am Arbeitsplatz vorhanden sind, sollten eine Anzahl von Antworten erwogen werden. Wenn die Probleme mit den Auswirkungen von Alkohol- und Drogengebrauch verbunden sind, sollte sich die Balance einer Veränderungsstrategie hin zu Aufklärung und Prävention neigen. Partner am Arbeitsplatz müssen überlegen, ob Mitarbeiter-Unterstützungs-Programme innerhalb des Unternehmens, durch die Gewerkschaften oder externe Zusammenschlüsse in der Kommune als solcher vorhanden sind.

Unterstützungsprogramme sollten freiwillige, „breit gefächerte“ Ansätze sein, die in der Lage sind, einen weiten Bogen von Gesundheitsfragen anzusprechen. Wenn Drogentests eine Option innerhalb des Unterstützungsprogramms sind, gibt es eine Anzahl von Test-Methoden, einschließlich Voruntersuchungen vor der Einstellung, nach Unfällen, begründeter Verdacht, nach Behandlung, Zufalls- oder freiwillige Tests.

In jedem Fall, sollten Drogentests nur als ein Teil eines systematischen Vorgehens angesehen werden, das Bewertung, Information über die Auswirkungen von verschiedenen Graden des Substanzgebrauchs, Aufklärung, die Elemente eines gesunden Lebensstils betreffend und ein Programm zur Wiedereingliederung am Arbeitsplatz für problematische Drogen- oder Alkoholgebraucher einschließt.

Die ausgewählte Reaktion muß direkt bezogen sein auf die angesprochenen Arbeitsplatzprobleme. Die Zielsetzungen, die mit dem Testprogramm erreicht werden sollen, müssen klar definiert und ausgesprochen sein. Bevor Drogentest als eine angemessene Reaktion ausgewählt werden, muß es klare Beweise geben, dass von Tests vernünftigerweise erwartet werden kann, die beabsichtigten Ziele zu erreichen.

In diesem Zusammenhang, ist es besonders wichtig zu regeln, dass die fachliche Leistungsfähigkeit auf dem neusten Stand der Technik der Testverfahren vorhanden ist und benutzt wird. Die Analyse von Testergebnissen muß die Unterschiede zwischen Alkohol und anderen Drogen berücksichtigen.

Mitteilung der Programm Richtlinien

Die schriftliche Richtlinie sollte die Verfahren erläutern, die bei einem Testprogramm übernommen werden und alle Sozialpartner sollten darüber übereinstimmen. Die Richtlinie sollte klar den Zweck von Tests und den Gebrauch der Ergebnisse festlegen. Sie sollte auf jedes Gesetz oder Richtlinien verweisen, die Drogen- und Alkoholtests betreffend, anwendbar sein können. Wenn nötig, könnte eine zusammenfassende Mitteilung erklären, wie ein Programm mit solchen Gesetzen und Richtlinien übereinstimmt.

Es sollte Arbeitnehmerrechte, Arbeitgeberrechte, öffentliches Recht und individuelle Rechte betonen. Es sollte die Substanzen benennen, auf die getestet wird und wie diese Substanzen nachgewiesen werden. Es sollte die Testmethoden beschreiben und die Bedeutung dieser Methoden für das Ergebnis. Es sollte die Laborverfahren und analytischen Methoden, die das Labor anwendet, beschreiben. Es sollte ausführen, wie die Testprogramme organisiert sein werden, den erforderlichen Grad von stützender Verwaltung, die fachliche Expertise, die nötig ist, wer die Tests durchführt und mit welchem Instrumentarium.

Jede Veränderung in den Richtlinien, wegen neuer Bedingungen oder weil auf andere Substanzen getestet wird, sollte nur mit der Zustimmung von allen Sozialpartnern stattfinden.

Verwaltungsstruktur

Die Verwaltungsstruktur der Durchführung der Testprogramme, Verantwortungsbereiche und Befugnisbereiche sollten in schriftlicher Form klar abgeleitet sind und sollten frei verfügbar gemacht werden. Ein bestimmte Führungskraft der Organisation sollte die primäre Verantwortung für die Programmdurchführung haben. Die Art und Weise, wie das Testprogramm in die breitere Verwaltungsstruktur der Organisation paßt, sollte klar ausgeführt werden. Die Qualifizierung des Programm-Personals sollte ebenfalls klar ausgeführt sein.

Verfahrensabläufe sollten festgesetzt werden, um sicher zu stellen, dass diese Abläufe korrekt befolgt werden. Diese Verfahrensabläufe sollten den Status der getesteten Person und die Verantwortung der Organisation in der Zeit, in der die Tests analysiert werden, ansprechen.

Vertraulichkeit

Standards, um die Privatsphäre der Arbeitnehmer zu schützen und die Vertraulichkeit der Testergebnisse zu sichern, sollten im einzelnen festgesetzt werden. Unter diesen sollten die folgenden Richtlinien beachtet werden:

1. Die Identität des Arbeitnehmers sollte vertraulich gehalten werden.
2. Die, den Arbeitnehmer betreffenden Unterlagen sollten an einem sicheren Ort aufbewahrt werden.
3. Separate Vollmachten, die die getesteten Substanzen auflisten, sollten vom Arbeitnehmer vor der Freigabe jedes Testergebnisses eingeholt werden.
4. Unterschriebene Vollmachten, um Information über einen Arbeitnehmer an Dritte Parteien preiszugeben, sollte die speziellen Personen benennen, die diese Information erhalten.
5. Eine separate Vollmacht sollte für jeden beabsichtigten Empfänger von Information über den Arbeitnehmer eingeholt werden.
6. Vollmacherklärungen sollten beglaubigt sein.
7. Die Richtlinien betreffend der Vertraulichkeit von Testprogrammen sollten den infragekommenden Parteien mitgeteilt werden.

Programmverbindung

Es sollte ein Verfahren vorhanden sein, um die Testresultate der getesteten Person mitzuteilen. Angemessene Verfahren sollten aufgebaut werden, um dieser Person zu ermöglichen an Hilfestellung überwiesen zu werden, wenn dies angezeigt ist und die Person zustimmt.

Richtlinien Optionen / Absichten

Die Absichten eines jeden Drogen- und Alkohol-Test-Programms sollten schriftlich dargestellt werden. Unter den am meisten üblichen Absichten, die es für Testprogramme gibt, sind:

- Untersuchung von Unfällen und Vorfällen;
- Überweisung für Unterstützung;
- Abschreckung;
- gesetzlichen Anforderungen und Richtlinien nachzukommen;
- die Richtlinien einer Organisation mitzuteilen.

Die Form von Drogen- und Alkoholtests in einem bestimmten Programm sollte ausdrücklich mit dem Zweck des Programms verbunden sein. Viele Arten von Tests können beispielsweise übernommen sein, um Richtlinienanforderungen zu entsprechen. Obwohl es einige Nichtübereinstimmung geben mag hinsichtlich des Werts und der Nützlichkeit von einer bestimmten Art von Tests, scheint es, dass:

- Gerechtfertigter Verdacht und Tests nach Unfällen am klarsten verbunden sind mit den Untersuchungszwecken.
- Test vor der Einstellung, Überwachung nach Behandlung und freiwillige Tests mögen am angemessensten sein, wenn die Organisation Personen, die als Alkohol- und Drogengebraucher identifiziert sind, zur Einschätzung und Beratung überweisen will.
- Voreinstellungs-Tests, Zufalls-, Versetzungs-, Beförderungs- und regelmäßige geplante Tests können mit Abschreckungszwecken übereinstimmen.

Es ist unbedingt erforderlich, in einer Gesamtrichtlinie, schriftliche Kriterien festzulegen, die regeln, wann eine der oben aufgeführten Optionen angewendet wird. Zusätzlich, sollte die Häufigkeit und Dauer von Tests beschrieben werden, die als Teil des Unterstützungs-Überwachung und/oder einem Programm bei Rückkehr an den Arbeitsplatz angewandt werden. Wenn ein Voreinstellungstest genutzt wird, könnte er Teil einer umfassenden medizinischen Untersuchung sein, die genutzt wird, um die Arbeitstauglichkeit festzulegen.

Festlegung, auf welche Drogen getestet wird

Entscheidungen über Tests sollten flexibel sein, und vorliegende Schlußfolgerungen sollten periodisch überprüft werden. Entscheidungen auf Alkohol und Drogen zu testen sollten nur getroffen werden, wenn zuverlässige Test-Dienstleistungen oder Einrichtungen für Anfangstest und bestätigende Tests vorhanden sind. Diese Einrichtungen sollten die Vertraulichkeit schützen und für forensische Zwecke, die Aufbewahrung sicherstellen. Alle positiven Ergebnisse sollten vor der Benachrichtigung oder irgend einer anderen Maßnahme bestätigt sein.

Bei der Auswahl, welche Substanzen getestet werden, sollten verschiedene Kriterien erwogen werden:

- die Häufigkeitsrate und die Folgen von Gebrauch am Arbeitsplatz;
- die Wahrscheinlichkeit, aufgrund des Gebrauchs verschiedener Substanzen die Gesundheit zu schädigen;
- die Wahrscheinlichkeit des Substanzgebrauchs arbeitsbezogenes Verhalten zu beeinflussen.

Programm Evaluation und Überprüfung

Fortlaufende Evaluation und Überprüfung sind wesentlich, um abzusichern, dass ein Testprogramm in der Lage ist, die Zielsetzungen zu erreichen, für die es eingerichtet wurde. Der Plan für diese Überwachung und Auswertung sollte beim Entwurf des Testprogramms aufgestellt werden.

Der Evaluationsplan sollte:

- auf den, für das Programm festgelegten, schriftlichen Zielen und Zielsetzungen beruhen;
- Mittel benennen, um zu bestimmen, ob das Programm in der beabsichtigten Weise ausgeführt wird oder nicht;
- Kriterien und Mechanismen aufzustellen, um die Ein- und Auswirkungen von Testprogrammen zu bestimmen.
- Evaluationspläne sollten sich an akzeptierte Standards halten. Evaluationsergebnisse sollten allen relevanten Parteien verfügbar gemacht werden.

Fachliche und wissenschaftliche Aspekte

In vielen Teilen der Welt gibt es keine Programme für die Zulassung von Testlaboren. Um die höchste Genauigkeit und Verlässlichkeit der Testprogramme abzusichern, sollten Standardverfahrensbedingungen vorhanden sein, die Art zu dokumentieren, in welcher Proben behandelt, Instrumente auf richtiges Funktionieren überprüft und Qualitätskontrollen durchgeführt werden. Genauigkeit und Zuverlässigkeit muß im Kontext des gesamten Labor-Systems bewertet werden. Wenn das Labor gut ausgebildete Fachkräfte nutzt, die akzeptierten Verfahren folgen, dann sollte die Genauigkeit der Ergebnisse sehr hoch sein.

Die Arbeitsgruppe erkennt an, dass nationale und internationale Standards fehlen. Sie empfiehlt, dass die ILO überlegt, solche Standards, wie die vom National Institute on Drug Abuse und dem College of American Pathologists, als Grundlagen für die Entwicklung internationaler Standards zu benutzen.

Äußerste Vorsicht muß bei den Testverfahren angewendet werden. Jenseits der autorisierten Liste von Drogen, sollten Testproben für andere Arten von Analysen (z.B. HIV, andere Krankheitskriterien oder Schwangerschaft) ausdrücklich verboten sein. Die mögliche Auswirkung eines positiven Testergebnisses auf den Lebensunterhalt oder die Rechte eines Individuums, zusammen mit der Möglichkeit einer rechtlichen Anfechtung der Ergebnisse, sollte diesen Typus von Tests von meisten klinischen Laboranalysen unterscheiden. Alle betrieblichen Alkohol- und Drogentests sollten als eine spezielle Anwendung von analytischer forensischer Toxikologie betrachtet werden. Das heißt, zusätzlich zur Anwendung von angemessenen analytischen Techniken, müssen die Proben als Beweismittel behandelt werden und alle Aspekte der Testverfahren sollten dokumentiert und für eine Überprüfung verfügbar sein.

Das Ziel für das der Test durchgeführt wird, wird oft die auszuwählende Art der Probe diktieren. Typischerweise wird Blut untersucht, wenn Aspekte der Beeinträchtigung angesprochen sind, während Urin untersucht wird, wenn Drogengebrauch in Frage steht. In vielen Ländern kann das Gesetz die Zustimmung verlangen, bevor man sich der Probenentnahme unterzieht. Bevor irgendeine Probe abgenommen wird, sollte der Mitarbeiter über die Entnahmeverfahren, die Drogen, auf die getestet wird, das verbundene medizinische Risiko und die Verwendung/ den Gebrauch der Ergebnisse informiert werden.

Es sollten Vorkehrungen für den Schutz des Personals gemacht werden, das für die Probensammlung verantwortlich ist.

Gegenwärtig scheint Urin die beste Probe für die Analyse im Zusammenhang mit dem Nachweis von Drogengebrauch am Arbeitsplatz zu sein. Probenentnahme-Verfahren sollten in einer Weise gemacht werden, dass sowohl die Privatsphäre und Vertraulichkeit des Spenders geschützt ist, als auch die Reinheit der Proben.

Blut kann genutzt werden, um die Anwesenheit von Alkohol und der meisten Drogen nachzuweisen. Das Eindringende und das körperliche Unbehagen dieser Entnahmeverfahren, die Erfordernis einer ausgebildeten medizinischen Fachkraft zur Blutentnahme und Vorkehrungen für die medizinische Notfallversorgung machen Blut jedoch eine weniger wünschenswerte Probe für Tests am Arbeitsplatz.

Hinsichtlich Alkoholtests, ist Atem die am meisten benutzte Probe. Ausrüstung ist rechtzeitig verfügbar und Atem kann in einer nicht eindringenden Weise gesammelt werden.

Zu diesem Zeitpunkt gibt es ungenügende Daten, um eine Empfehlung für alternative Proben solche wie Haare, Schweiß oder Speichel zu unterstützen.

Anfängliches Testen und Bestätigungsmethoden müssen auf unterschiedlichen Prinzipien analytischer Chemie oder verschiedenen chromatographischen Trennungen beruhen.

Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle sollte vor Beginn von analytischen Verfahren vorhanden sein. Diese Verfahren sollten alle Aspekte des Testverlaufs umfassen, von der Probenentnahme über den Ergebnisbericht zur endgültigen Entsorgung der Proben. Um jeden Schritt des Verfahrens zu überwachen, sollten Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickelt, eingeführt und überprüft werden.

Ein positives Ergebnis identifiziert ein Individuum nicht automatisch als Drogengebraucher. Das Ergebnis sollte durch einen medizinischen Experten überprüft, bestätigt und interpretiert werden. Bevor eine endgültige Entscheidung getroffen wird, sollte der medizinische Experte alle medizinischen Daten prüfen, andere medizinische Erklärungen für ein positives Testergebnis untersuchen und ein medizinisches Interview mit dem Individuum durchführen (einschließlich der Krankengeschichte des Individuums). Dies sollte entscheiden, ob ein bestätigtes positives Ergebnis durch den Gebrauch von legal verschriebenen Medikamenten erklärt werden könnte.

Bevor die abschließende Interpretation eines positiven Testergebnisses gemacht wird, sollte dem Individuum die Gelegenheit gegeben werden, die Testergebnisse mit dem medizinischen Gutachter zu besprechen. Wenn es eine zulässige medizinische Erklärung für den positiven Test gibt, sollte das Ergebnis als negativ weitergemeldet werden und keine weiteren Maßnahmen ergriffen werden.

Empfehlungen für Maßnahmen und Untersuchungen

Die Expertengruppe empfiehlt, dass

- Untersuchungen durchgeführt werden sollen, um die Beziehung zwischen dem Gebrauch von Drogen und Alkohol und der Arbeitssicherheit und Produktivität zu evaluieren.
- Untersuchungen sollten initiiert werden, um die Kosten und Nutzen von Testprogrammen zu evaluieren. Evaluationen sollten gemacht werden, um die Kosten und Nutzen für jede beteiligte Partei zu studieren, einschließlich sozialer, ökonomischer und psychologischer Kosten und Nutzen.
- Die ILO sollte die Notwendigkeit der Entwicklung von internationalen Standards für Drogen- und Alkoholtests und Laborzulassungen überlegen.

Anhang 4:

Interventionsleitfaden und Handlungsanleitung für Gespräche bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz

Interventionsleitfaden und Handlungsanleitung für Gespräche bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz

Beispiel aus einer öffentlichen Verwaltung (Stand April 2005)

A: Fürsorgegespräch

des/der unmittelbaren Vorgesetzten mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter

Definition:

Das Fürsorgegespräch ist ein Mitarbeitergespräch bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die zu Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld führen (können).

Ziel:

Das Fürsorgegespräch gehört zu gesundheitsorientierter Führung und soll der Verfestigung einer Situation vorbeugen. Ziel ist es, der betroffenen Person frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung vonseiten des Arbeitgebers bzw. von Ihnen als Führungskraft erwarten kann, wenn sie dies wünscht. *Es ist nicht Bestandteil des Stufenplans und hat keinen disziplinierenden Charakter.*

Beteiligte:

Betroffene Person, unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Ablauf:

Haben Sie als unmittelbare Vorgesetzte / unmittelbarer Vorgesetzter den Eindruck, dass eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme hat, die am Arbeitsplatz sichtbar werden und bei Fortsetzung des Verhaltens die Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten erwarten lassen, führen Sie mit der betroffenen Person ein vertrauliches Gespräch. Die Vertraulichkeit ist für dieses Gespräch unabdingbar.

Im Gespräch bringen Sie ausschließlich die Fürsorge zum Ausdruck und bieten Unterstützung und Hilfe an.

Inhalt des Gesprächs:

- Sprechen Sie Ihren persönlichen Eindruck an, dass die betroffene Person Probleme hat, die auch am Arbeitsplatz sichtbar werden.
- Benennen Sie die wahrgenommenen Auffälligkeiten oder Veränderungen konkret.
- Fragen Sie danach, ob die betroffene Person Unterstützung wünscht und wenn ja, in welcher Form. Bitten Sie sie auch, selber Lösungsvorschläge zu entwickeln und vorzutragen.
- Geben Sie Hinweise auf interne Hilfeangebote (Beratungs- oder Ansprechpersonen - sofern vorhanden, betriebsärztlicher Dienst u.a.) und externe Hilfemöglichkeiten (einschlägige Beratungsstellen, Arzt/Ärztin).

B: Klärungsgespräch

des / der unmittelbaren Vorgesetzten mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter

Definition:

Das Klärungsgespräch setzt die wiederholte oder schwerwiegende Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten voraus, die nicht oder nicht eindeutig im Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch oder süchtigem Verhalten gesehen werden.

Ziel:

Ziel des Klärungsgesprächs ist es, eine Rückmeldung zu den Auffälligkeiten zu geben, die Erwartungen an das zukünftige Verhalten zu benennen und konkrete Schritte zu vereinbaren sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Ein Ergebnis kann auch sein, konkretere Hinweise darauf zu bekommen, dass die betroffene Person Schwierigkeiten im Umgang mit Suchtmitteln hat. *Das Klärungsgespräch ist nicht Bestandteil des Stufenplans.*

Beteiligte:

Betroffene Person, unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Ablauf:

Bei wiederholter oder schwerwiegender Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten in Verbindung mit persönlichen, gesundheitlichen oder sozialen Problemen einer Mitarbeiterin / eines Mitarbeiters führen Sie als unmittelbare Vorgesetzte / unmittelbarer Vorgesetzter mit der betroffenen Person ein Gespräch.

Inhalt des Gesprächs:

- Benennen Sie die konkreten Fakten (Zeit, Ort, Vorfall).
- Drücken Sie Ihre Besorgnis aus, dass die betroffene Person Probleme haben könnte, die sich auf das Arbeits- und Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen.
- Zeigen Sie Ihre Erwartungen an das weitere Arbeitsverhalten auf bzw. beschreiben Sie das zukünftige Verhalten präzise.
- Geben Sie Hinweise auf interne Hilfeangebote (Beratungs- oder Ansprechpersonen - sofern vorhanden, betriebsärztlicher Dienst u.a.) und externe Beratungsmöglichkeiten (Adressen von einschlägigen Fachberatungen z.B. Schuldnerberatung, Ehe- und Familienberatung).
- Vereinbaren Sie konkret die weiteren Schritte und halten Sie dies schriftlich fest.
- Vereinbaren Sie einen nächsten Gesprächstermin in ca. 6-8 Wochen, um der betroffenen Person über die weitere Entwicklung des Verhaltens Rückmeldung zu geben.
- Fertigen Sie eine Gesprächsnotiz an, die Sie der betroffenen Person aushändigen.

Bei positiver Verhaltensänderung:

Keine weiteren Folgen, Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen
Sofern nach dem Klärungsgespräch erneute Pflichtverletzungen vorkommen, müssen Sie entscheiden,

a) ob es nunmehr zu einem Personalgespräch in Form eines Kritikgesprächs kommt oder

b) ob die weiteren Gespräche im Rahmen des Stufenplans stattfinden, weil Sie davon ausgehen, dass die Auffälligkeiten in Verbindung mit dem Suchtmittelkonsum bzw. süchtigem Verhalten der betroffenen Person stehen.

C: Stufenplan-Gespräche

des/der unmittelbaren Vorgesetzten (und ggf. weitere Personalverantwortlicher) mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter

Definition:

Stufenplangespräche setzen dort an, wo ein Verstoß gegen arbeitsvertragliche bzw. dienstrechtliche Pflichten oder deren Vernachlässigung in Verbindung steht mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingtem Verhalten.

Anwendung des Stufenplans:

Bei Tarifpersonal ist der Stufenplan anzuwenden. Bei beamteten Personen wird der/dem Dienstvorgesetzten empfohlen, sich an dem gestuften Vorgehen zu orientieren.¹ Wegen der Besonderheiten des Disziplinarrechts unterscheiden sich jedoch die Sanktionen.

Ziel:

Ziel der Intervention ist eine Korrektur des Arbeits- und Leistungsverhaltens. Die betroffene Person erhält zugleich ein Hilfeangebot: Sofern ihr die Veränderung ihres Verhaltens aus eigener Kraft nicht gelingt oder nicht mehr möglich ist, z.B. bei schädigendem oder abhängigem Konsum, wird sie aufgefordert, sich intern oder extern Beratung zu holen und bei Bedarf therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hierfür wird ihr Unterstützung zugesagt.

1. Gespräch: Einstige in den Stufenplan

Beteiligte am Gespräch:

- a) betroffene Person,
- b) unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Ablauf:

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten² und/oder Störungen am Arbeitsplatz durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter, die im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder mit suchtbedingtem Verhalten stehen, führen Sie als unmittelbare/r Vorgesetzte/r - ggf. nach vorheriger fachlicher Beratung³ - mit der betroffenen Person ein Gespräch.⁴

Inhalt des Gesprächs:

- Benennen Sie konkrete Fakten, Zeit, Ort, Vorfall.
- Drücken Sie Ihre Besorgnis aus, dass die betroffene Person Probleme hat, die sich auf das Arbeits- und Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen.

¹ Im Einzelfall kann jedoch von der Stufenfolge abgewichen werden. Die Entscheidung darüber, z.B. ob aufgrund der vorliegenden Auffälligkeiten ein Überspringen einzelner Stufen angebracht ist, wird von den Beteiligten b) und c) der Stufe 3 nach Beratung mit der Ansprechperson für Suchtfragen getroffen.

² Nur wenn der Verdacht eines Dienstvergehens vorliegt, schalten Sie bereits zu Beginn der ersten Stufe die Personalstelle ein.

³ Die fachliche Beratung kann auch durch eine interne Ansprechperson für Suchtfragen, durch die regional zuständige Fachstelle für Suchtprävention und Suchtberatung oder durch Ansprechpersonen aus einer anderen Dienststelle des Landes erfolgen.

⁴ Bei schwerbehinderten Personen ist die Schwerbehindertenvertretung rechtzeitig vor dem Gespräch zu informieren.

- Sprechen Sie den riskanten Suchtmittelkonsum oder das suchtbedingte Verhalten an und machen Sie deutlich, dass Sie einen Zusammenhang mit den Problemen am Arbeitsplatz sehen.
- Zeigen Sie Ihre Erwartungen an das zukünftige Arbeitsverhalten konkret auf.
- Weisen Sie auf den Stufenplan und das Vorgehen bei weiteren Auffälligkeiten hin und händigen Sie ein Exemplar des Stufenplans an die betroffene Person aus; bei beamteten Personen weisen Sie zudem darauf hin, dass weitere Auffälligkeiten als Dienstvergehen bewertet werden könnten.
- Empfehlen Sie der betroffenen Person, sich innerbetrieblich von der Ansprechperson für Suchtfragen und/oder von einer externen Fachstelle für Suchtprävention und Suchtberatung informieren und beraten zu lassen. (Halten Sie Adressen vor).
- Vereinbaren Sie die weiteren konkreten Schritte.
- Vereinbaren Sie ein Rückmeldegespräch⁵ (Termin in 6-8 Wochen) und sagen Sie, dass Sie die weitere Entwicklung des Verhaltens beobachten.
- Teilen Sie der betroffenen Person mit, dass dieses Gespräch vertraulich bleibt, solange kein weiteres Gespräch nach dem Stufenplan stattfindet, in dem es zu weitergehenden Konsequenzen kommen kann.
- Notieren Sie Datum und Ergebnis des Gesprächs und händigen Sie der betroffenen Person eine Kopie aus.

Bei positiver Verhaltensänderung:

Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen, dienstrechtlich sollte die Verhaltensänderung gewürdigt werden.

Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

⁵ Im Rückmeldegespräch wird auf die positive Veränderung eingegangen und ggf. das weitere Vorgehen miteinander abgestimmt. Bei erneuten Auffälligkeiten findet dagegen kein Rückmeldegespräch statt, sondern wird das nächste Stufengespräch einberufen.

2. Gespräch:

Beteiligte:

- a) betroffene Person
- b) unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächst höhere/r Vorgesetzte/r und/oder Personalstelle
- c) Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung⁶
- d) Auf Wunsch oder mit Einverständnis der betroffenen Person kann die Ansprechperson für Suchtfragen teilnehmen.

Ablauf:

Kommt es erneut zu einer Vernachlässigung der arbeitsvertraglichen und dienstrechtlichen Pflichten und/oder zu Störungen am Arbeitsplatz, verbunden mit Auffälligkeiten durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten, so veranlassen Sie als unmittelbare/r Vorgesetzte/r das Gespräch der 2. Stufe.⁷

Das Gespräch findet nach gemeinsamer Vorbereitung der Beteiligten b) bis d) statt. Dabei klären Sie auch, wer von den Beteiligten zu b) die Gesprächsführung übernimmt.

Inhalt des Gesprächs:

Als Gesprächsführerin/ Gesprächsführer führen Sie ein Personalgespräch mit folgendem Inhalt:

- Benennen Sie die neuen Fakten und nehmen Sie Bezug auf den Inhalt des vorangegangenen Gesprächs.
- Zeigen Sie erneut den Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder zum suchtbedingten Verhalten der betroffenen Person auf.
- Weisen Sie erneut auf interne und externe Hilfe- und Beratungsmöglichkeiten hin. (Halten Sie Name/Telefon/Adressen bereit.)
- Fordern Sie die betroffene Person auf, eine Fachstelle für Suchtprävention und Suchtberatung aufzusuchen.⁸
- Kündigen Sie Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten an und verweisen Sie erneut auf den Stufenplan. Beamtete Personen erhalten zudem den Hinweis darauf, dass eine Verletzung dienstlicher Pflichten Disziplinarmaßnahmen bis zur Entfernung aus dem Dienst zur Folge haben kann und dass sie nach dem Beamtenengesetz gehalten sind, ihre Dienstfähigkeit zu erhalten.
- Vereinbaren Sie ein Rückmeldegespräch (Termin in spätestens 8 Wochen) und sagen Sie, dass Sie die weitere Entwicklung des Verhaltens beobachten.

Datum und Ergebnis des Gesprächs werden schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz wird der Personalstelle zugeleitet. Händigen Sie der betroffenen Person eine Kopie aus und lassen Sie sich den Empfang schriftlich bestätigen.

Bei positiver Verhaltensänderung:

⁶ Ein Mitglied der Personal- und ggf. Schwerbehindertenvertretung sollte beim Gespräch anwesend sein. Holen Sie jedoch vor Gesprächsbeginn die Zustimmung der betroffenen Person dafür ein.

⁷ Liegt bei beamteten Personen der Verdacht eines Dienstvergehens vor, benachrichtigen Sie vor dem Gespräch die Personalstelle.

⁸ Die Nichtannahme der Beratungs- und Hilfeangebote ist bei Beamten disziplinarrechtlich zu prüfen. Bei Tarifpersonal kann die Nichtannahme nur geahndet werden, wenn der Besuch einer Beratungsstelle oder anderer Hilfeeinrichtungen als Zusatz zum bestehenden Arbeitsvertrag vereinbart worden ist. Sanktioniert werden können ansonsten im weiteren Verlauf nur die erneuten oder fortgesetzten Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten.

Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen; dienstrechtlich sollte die Verhaltensänderung gewürdigt werden.

Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

3. Gespräch:

Beteiligte:

- a) betroffene Person
- b) unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächst höhere/r Vorgesetzte/r und - ab jetzt obligatorisch - die Personalstelle
- c) Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung⁹
- d) Auf Wunsch oder mit Einverständnis der betroffenen Person kann die Ansprechperson für Suchtfragen teilnehmen.

Ablauf:

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und/oder zu Störungen am Arbeitsplatz verbunden mit Auffälligkeiten durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten, so veranlassen Sie als unmittelbare/r Vorgesetzte/r das Gespräch der 3. Stufe.

Das Gespräch findet nach gemeinsamer Vorbereitung der - Beteiligten b) bis d) statt. In der Vorbereitung legen Sie die Gesprächsführung unter den Beteiligten zu b) fest und stimmen insbesondere die Konsequenzen, die ergriffen werden sollen sowie die weiteren Auflagen ab.

Inhalt des Gesprächs:

Als Gesprächsführerin/ Gesprächsführer führen Sie ein Personalgespräch mit folgendem Inhalt:

- Benennen Sie die neuen Fakten und nehmen Sie Bezug auf den Inhalt der vorangegangenen Gespräche.
- Stellen Sie erneut den Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder zum suchtbedingten Verhalten der betroffenen Person her.
- Zeigen Sie die Konsequenzen auf, die aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung jetzt vollzogen werden.
- Weisen Sie auf interne Hilfeangebote durch die Ansprechperson(en) für Suchtfragen hin; vereinbaren Sie die Kontaktaufnahme (sofern diese nicht schon früher erfolgt ist).
- Fordern Sie die betroffene Person auf, eine Fachstelle für Suchtprävention und Suchtberatung aufzusuchen, da eine Suchtgefährdung bestehen kann. (Adressen von Fachstellen bereit halten) Sie wird aufgefordert¹⁰, einen Nachweis zu erbringen¹¹, dass ein Beratungsgespräch stattgefunden hat. Machen Sie beamteten Personen gegenüber deutlich, dass die Ablehnung therapeutischer Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit zu dienstrechtlichen Konsequenzen führen kann.

⁹ Ein Mitglied der Personal- und ggf. Schwerbehindertenvertretung sollte beim Gespräch anwesend sein. Holen Sie jedoch vor Gesprächsbeginn die Zustimmung der betroffenen Person dafür ein.

¹⁰ Es ist anzumerken, dass die Aufforderung dienstrechtlich verbindlich ist, arbeitsrechtlich jedoch keine Sanktionen nach sich zieht, wenn sie aus den arbeitsrechtlichen Verpflichtungen nicht unmittelbar abgeleitet werden kann.

¹¹ Der Nachweis kann nur im Einverständnis der/des Beschäftigten eingefordert werden. Das Ausstellen eines schriftlichen Nachweises durch eine Beratungs-, Therapie oder Selbsthilfeeinrichtung setzt die hierfür erteilte Entbindung von der Schweigepflicht durch die betroffene Person voraus.

- Kündigen Sie die Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten an und machen Sie deutlich, was die nächsten Stufen des Stufenplans sind.
- Vereinbaren Sie ein Rückmeldegespräch (Termin in spätestens 8 Wochen) und sagen Sie, dass Sie die weitere Entwicklung des Verhaltens beobachten.
- Teilen Sie der betroffenen Person mit, dass Sie eine positive Entwicklung durch weitere Rückmeldegespräche im vierteljährlichen Abstand für die Dauer eines Jahres fördern werden, falls nicht erneute Auffälligkeiten zu einem weiteren Stufengespräch führen.

Datum und Ergebnis des Gesprächs werden schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalstelle zugeleitet. Händigen Sie der betroffenen Person eine Kopie aus und lassen Sie sich den Empfang schriftlich bestätigen.

Konsequenzen:

Wenn die betroffene Person darlegt, dass das Fehlverhalten bzw. die Schlechtleistung auf einer Suchtproblematik beruhen könnte, fordern Sie sie auf, sich unmittelbar in eine Suchtberatung bzw. Suchttherapie zu begeben. Sichern Sie ihr hierfür Unterstützung zu. Die Ansprechperson für Suchtfragen bzw. ein Personalverantwortlicher bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der betroffenen Person den Kontakt zur Einrichtung für Suchtberatung oder -therapie zu halten. Nach Möglichkeit wird eine Fallabstimmung¹² und eine Fallbegleitung¹³ eingerichtet.

Spielt nach Aussagen der betroffenen Person eine Suchterkrankung keine Rolle oder liegt nach ihrer Aussage eine Suchtproblematik nicht vor, so ist bei Tarifpersonal die Voraussetzung für eine Abmahnung aus verhaltensbedingten Gründen erfüllt. Als personelle Konsequenz wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung eine schriftliche Abmahnung erteilt.

Beamtete Personen werden erneut darauf hingewiesen, dass sie aufgrund des Beamtengesetzes gehalten sind, ihre Dienstfähigkeit zu erhalten und dass eine Verletzung dienstlicher Pflichten Disziplinarmaßnahmen bis zur Entfernung aus dem Dienst zur Folge haben können.

Personelle Konsequenzen können darüber hinaus besondere Auflagen sein, wie z.B. individuelles Alkoholverbot als Zusatz zum Arbeitsvertrag, regelmäßige Gespräche mit der Ansprechperson für Suchtfragen in einem bestimmten Zeitraum. Es wird geprüft, ob die die/der Beschäftigte für bestimmte Tätigkeiten noch geeignet ist, z.B. im Kontakt mit Kunden oder verbunden mit häufigen Dienstreisen. Für Umsetzung und Änderungskündigung mit dem Ziel der Herabgruppierung können die Voraussetzungen geprüft werden. Die Maßnahmen gelten auch für Beamtinnen und Beamte soweit sich nicht aus dem Beamtenrecht (bspw. Disziplinarrecht) Besonderheiten ergeben.

Halten Sie das Datum und Ergebnis des Gesprächs schriftlich fest und leiten Sie die Gesprächsnotiz der Personalstelle zu. Händigen Sie eine Kopie der betroffenen Person aus.

Bei positiver Verhaltensänderung:

Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen; dienstrechtlich sollte die Verhaltensänderung gewürdigt werden.

Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen und weitere vierteljährliche Rückmeldegespräche für die Dauer eines Jahres.

¹² Gemeinsam mit der betroffenen Mitarbeiterin / dem Mitarbeiter stimmen sich die unmittelbar Beteiligten aus der Dienststelle mit den Fachleuten aus dem Beratungs- bzw. Therapiesystem ab. Sie vereinbaren, welchen Beitrag die einzelnen Beteiligten aus ihrer jeweiligen Rolle zur Veränderung der Situation leisten.

¹³ Es wird eine klare Zuständigkeit festgelegt, um eine systematische Fallbegleitung während einer ambulanten oder stationären Therapie bis zur Wiedereingliederung anzubieten.

4. Gespräch:

Beteiligte:

- a) betroffene Person
- b) unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächst höhere/r Vorgesetzte/r und die Personalstelle
- c) Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung¹⁴
- d) Auf Wunsch oder mit Einverständnis der betroffenen Person kann die Ansprechperson für Suchtfragen teilnehmen.

Ablauf:

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und/oder zu Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten und nimmt die betroffene Person die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch, führen Sie ein 4. Stufengespräch.

Das Gespräch findet nach gemeinsamer Vorbereitung der Beteiligten b) bis d) statt. In der Vorbereitung legen Sie die Gesprächsführung unter den Beteiligten zu b) fest und stimmen insbesondere die Konsequenzen, die ergriffen werden sollen sowie die weiteren Auflagen ab.

Inhalt des Gesprächs:

Als Gesprächsführerin/ Gesprächsführer führen Sie ein Personalgespräch mit folgendem Inhalt:

- Benennen Sie die neuen Fakten und nehmen Sie Bezug auf den Inhalt des dritten Stufengesprächs.
- Stellen Sie erneut den Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch und/oder zum suchtbedingten Verhalten her.
- Übergeben Sie der betroffenen Person eine schriftliche Aufforderung, eine Fachstelle für Sucht und Suchtprävention aufzusuchen und sich unmittelbar in Beratung oder Therapie zu begeben¹⁵, da eine Suchterkrankung nicht mehr ausgeschlossen werden kann.
- Bieten Sie ihr interne Hilfe an und weisen Sie darauf hin, dass die Ansprechperson für Suchtfragen oder ein/e Personalverantwortliche/r den Auftrag bekommt, mit Einverständnis der betroffenen Person den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten. Nach Möglichkeit wird eine interne Fallabstimmung¹⁶ und eine Fallbegleitung¹⁷ eingerichtet.
- Vereinbaren Sie ein Rückmeldegespräch (Termin in spätestens 8 Wochen) und sagen Sie, dass Sie die weitere Entwicklung des Verhaltens beobachten.
- Teilen Sie der betroffenen Person mit, dass Sie mit ihr weitere Rückmeldegespräche im vierteljährlichen Abstand für die Dauer eines Jahres führen werden, falls nicht erneute Auffälligkeiten zu einem letzten Stufengespräch führen.
- Weisen Sie die betroffene Person noch einmal darauf hin,
 - a) dass die Dienststelle nicht länger bereit ist, das Fehlverhalten und/oder die Minderleistung hinzunehmen,
 - b) dass die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist,
 - c) dass bei erneuten Auffälligkeiten ein letztes Stufengespräch stattfinden wird.

¹⁴ Ein Mitglied der Personal- und ggf. Schwerbehindertenvertretung sollte beim Gespräch anwesend sein. Holen Sie jedoch vor Gesprächsbeginn die Zustimmung der betroffenen Person dafür ein.

¹⁵ Es ist noch einmal anzumerken, dass die Aufforderung dienstrechtlich verbindlich ist, arbeitsrechtlich jedoch keine Sanktionen nach sich zieht, wenn sie aus den arbeitsrechtlichen Verpflichtungen nicht unmittelbar abgeleitet werden kann.

¹⁶ Vgl. Fußnote 11

¹⁷ Vgl. Fußnote 12

Konsequenzen:

Liegt nach Auskunft der betroffenen Person eine Suchterkrankung nicht vor, wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung eine zweite Abmahnung ausgesprochen.

Weisen Sie Tarifpersonal darauf hin, dass ohne Therapie ggf. auch eine krankheitsbedingte Kündigung erfolgen kann. Beamtete Personen erhalten den Hinweis, dass Sie im Falle weiterer Auffälligkeiten und wenn sie den Auflagen nicht nachkommen, die geeigneten dienst- oder disziplinarrechtlichen Maßnahmen erwägen.

Bei positiver Verhaltensänderung:

Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen, dienstrechtlich sollte die Verhaltensänderung gewürdigt werden.

Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen und weitere vierteljährliche Rückmeldegespräche für die Dauer eines Jahres.

5. Gespräch:**Beteiligte:**

- a) betroffene Person
- b) unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächst höhere/r Vorgesetzte/r und die Personalstelle
- c) Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung¹⁸
- d) Auf Wunsch oder mit Einverständnis der betroffenen Person kann die Ansprechperson für Suchtfragen teilnehmen.

Ablauf:

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

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

¹⁸ Ein Mitglied der Personal- und ggf. Schwerbehindertenvertretung sollte beim Gespräch anwesend sein. Holen Sie jedoch vor Gesprächsbeginn die Zustimmung der betroffenen Person dafür ein.

Anhang 5:

Aspekte der rechtlichen Einbindung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe in den Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit (J. Heilmann)

Prof. Dr. Joachim Heilmann, Universität Lüneburg
Aspekte der rechtlichen Einbindung der
betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe
in den Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit
Barsinghausen 10.03.2004

**I. Ist die Suchtprävention und Suchthilfe als zwingender Bestandteil des erweiter-
ten Arbeitsschutzes zu werten?**

- 1. Zur realen Bedeutung von Sucht im Arbeitsleben*
- 2. Rahmen und Reichweite des überkommenen Arbeitsschutzrechts*
- 3. EU-rechtliche Wende seit 1989*
- 4. Das Arbeitsschutzgesetz 1996*
- 5. Arbeitsschutzverordnungen*
- 6. Weitere ausgewählte Schutzgesetze*
- 7. Teilergebnis*

**II. Ist eine rechtliche Regelung für Aufgaben der betrieblichen Sozial- und
Suchtberatung und Anforderungen in Anlehnung an die Regelungen der be-
triebsärztlichen Tätigkeit anzustreben bzw. rechtlich zwingend?**

- 1. Beauftragte gemäß § 13 Abs. 2 ArbSchG*
- 2. Arbeitssicherheitsgesetz*
- 3. Sozial- und Suchtberatung de lege ferenda*
 - a. Aufgaben
 - b. Schweigepflicht.
 - c. Persönlichkeitsrechte
 - d. Datenschutz
 - e. Fachliche Tätigkeitsvoraussetzungen
 - f. Kooperationsgebote
 - g. Mitarbeit im Arbeitsschutzausschuss
- 4. Betriebliches Gesundheitsmanagement*
 - a. Ausgangspunkt
 - b. Beratungen, Konzepterstellung
 - c. Suchtprävention
 - d. Belastungsabbau
 - e. Instrumente
- 5. Datenschutzrechtliche Aspekte*
 - a. Informationelle Selbstbestimmung
 - b. BDSG
 - c. Betriebsrat/Personalrat
 - d. Schweigepflicht
 - e. Datenaufbewahrung
- 6. Teilergebnis*

III. Ergebnisse

Auftragsgemäß erteile ich hiermit dem Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft an der Universität Hannover das folgende, aus der Beratung hervorgegangene Gutachten.

I. Ist die Suchtprävention und Suchthilfe als zwingender Bestandteil des erweiterten Arbeitsschutzes zu werten?

1. Zur realen Bedeutung von Sucht im Arbeitsleben

Suchtverhalten und Suchtkrankheiten sind häufig die Folge psychischer Belastungen am Arbeitsplatz, vor allem psychischer Mehrfachbelastungen. Diese haben in den letzten Jahrzehnten und vor allem Jahren erheblich zugenommen. Die Einführung neuer Technologien, die Intensivierung der Arbeit und neue Wege in der Arbeitsorganisation führen in Verbindung mit der dauerhaften und steigenden Arbeitslosigkeit zu verbreiteter Unsicherheit, zur Zunahme von Konkurrenzdenken und zu ständiger Angst um den eigenen Arbeitsplatz.

Solche psychischen Störquellen zählen zu den ernsthaftesten Gesundheitsproblemen in Betrieb und Gesellschaft. Bis zu 40 % der Bevölkerung leiden an psychosozial und psychisch bedingten Befindlichkeitsstörungen. Das Ausmaß gravierender psychisch bedingter Gesundheitsschäden spiegelt am sichtbarsten das Arbeitsunfähigkeits- und Frühverrentungsgeschehen wider. Fortwährend sind hier Anstiege zu verzeichnen.¹ Forschungen der Epidemiologie und Arbeitspsychologie belegen zunehmend den Zusammenhang zwischen Arbeitsanforderungen und psychischen Belastungen sowie deren Zunahme. Doch werden psychische und psychosomatische Beanspruchungsfolgen und Erkrankungen bis heute nicht als Berufskrankheiten anerkannt. Als besonders schwierig erweisen sich in diesem Zusammenhang die Kausalitätsprobleme, vor allem die einer vorausgesetzten bzw. geforderten monokausalen Kette zwischen Arbeitsbedingung(en) und Erkrankung. Dass Suchtprävention und Suchthilfe zu einer unabweisbar notwendigen Aufgabe geworden sind, wird ernstlich von der Wissenschaft nicht bestritten.

Zum Sachstand für die zutreffende rechtliche Einordnung gehören die vielfältigen Problemkreise, die sich um Sucht am Arbeitsplatz ergeben. Hier seien nur Stichworte genannt: Das betriebliche soziale Umfeld ist in seiner Bedeutung nicht zu unterschätzen. Noch immer ist das Haupthindernis zur Erkennung von Suchtverhalten die entwickelten Subsysteme an den Arbeitsplätzen, die vor allem eine Geheimhaltung bewirken. In diesen Systemen spielen die Verhaltensweisen der Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen sowie namentlich auch der Vorgesetzten eine entscheidende Rolle. Vorgesetzte in allen Hierarchiestufen befinden sich regelmäßig in einem Verhaltensdilemma. Hieraus ergeben sich in der Regel Loyalitätskonflikte und entsprechende Verhaltensunsicherheiten. Selbst wenn ausreichende Problemerkennntnis vorhanden ist, ist

¹ Vgl. Heilmann, Hage, Psychische Belastungen am Arbeitsplatz in Klebe, Wedde, Wolmerath, Hrsg., Recht und soziale Arbeitswelt. Festschrift für Wolfgang Däubler, Frankfurt am Main 1999, S. 666 f.

der Weg zu einer Lösung noch weit. Hier können nur betrieblich verankerte und umgesetzte praktische Verfahrensweisen helfen.²

2. Rahmen und Reichweite des überkommenen Arbeitsschutzrechts

Die Rechtsmaterie des Arbeits-, Unfall- und Gesundheitsschutzes wurde bis zum Jahre 1996 im Wesentlichen durch den öffentlich-rechtlich-staatlichen Gewerbeschutz und das privatrechtliche Instrument der Arbeitgeber-Fürsorgepflicht nach § 618 BGB geprägt. Eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen kümmerte sich um den Personen bezogenen wie auch den Stoff- und Arbeitsplatz bezogenen Schutz. Unterstützt durch eine Vielzahl von Unfallverhütungsvorschriften und weiteren untergesetzlichen Normen herrschte auf diesem Rechtsgebiet ein außerordentlich enges Verständnis vom Ursache-Wirkungsmechanismus vor, wenn es um die Gefährdungen der Arbeitnehmergesundheit im weiteren Sinne ging.

3. EU-rechtliche Wende seit 1989

Dem europäisch-rechtlichen Neuanfang war eine internationale Regelung der internationalen Arbeitsorganisation (IAO) vorausgegangen. Im IAO-Übereinkommen Nr. 155 vom 22.06.1981 wurden Arbeits- und Arbeitsumweltschutz zusammengeführt. Das Abkommen führte die Gesamtbedingungen der Arbeit mit allen erfassbaren Aspekten der Arbeitnehmergesundheit zusammen und zielt nicht nur auf das Freisein von Krankheiten oder Gebrechen ab, sondern auch auf die physischen und geistig-seelischen Faktoren, die sich auf die Gesundheit auswirken und in unmittelbarem Zusammenhang mit der Sicherheit und dem Gesundheitsschutz bei der Arbeit stehen (Art. 4 Nr. 1 des Übereinkommens Nr. 155). Die europäische Arbeitsschutzgesetzgebung aufgrund des EGV ist hinreichend oft und genau beschrieben worden. Mit der Rahmenrichtlinie zum Arbeitsschutz (89/391/EWG) wurden die wichtigsten Kriterien für und Anforderungen an ein wirksames Präventivkonzept formuliert. Sie wird wegen ihrer dort verankerten Grundpflichten der Arbeitgeber sowie auch der Pflichten und Rechte der Beschäftigten als das Grundgesetz des betrieblichen Arbeitsschutzes bezeichnet. Die Richtlinie bietet ferner die Grundlage für eine unbestimmte Zahl von Einzelrichtlinien, die die Gesundheit und Sicherheit an verschiedenen Arbeitsplätzen in Bezug auf unterschiedliche Faktoren weiter konkretisieren. Damit und nach der Umsetzung in die nationalen Rechtsordnungen ist der ursprünglich skandinavische Ansatz gemeinschaftsweit in geltendes Recht umgesetzt worden: Hauptziel ist die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Hieran anknüpfend stellt sich die Frage, wie weit die Möglichkeiten des Arbeitsschutzrechts in einer von gesellschaftlichen Asymmetrien und ökonomischen Zwängen geprägten Gesellschaftsordnung reicht beziehungsweise reichen kann. Der Schlüsselbegriff bleibt Gesundheit. Vom Hauptzweck des Arbeitsschutzes aus betrachtet, nämlich arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit der Arbeitnehmer vorzubeugen, wird unter Gesundheit

² Vergleiche genauer Ziegler, Brandl, Suchtprävention als Führungsaufgabe, 2. Auflage Wiesbaden 2001, vor allem Seite 39 ff. Siehe auch Heilmann, Wienemann, Thelen, Drogenprävention durch Drogen Screening, AiB 2001, S. 465 ff., 469 f.

des Arbeitnehmers die physische und psychische Integrität beziehungsweise die Erhaltung solcher Integrität gegenüber Beeinträchtigungen durch medizinisch oder psychologisch feststellbare Verletzungen oder Erkrankungen verstanden. Insofern bedeutet die durch den Arbeitsschutz zu erhaltende Gesundheit nicht einfach bloß Abwesenheit von Krankheit. Der Arbeitsschutz als vorbeugender Gesundheitsschutz erfordert bereits Maßnahmen, bevor die Schwelle zu messbaren Erkrankungen oder Krankheitsbildern erreicht ist. Er bezieht sich auf die Abwehr von Belastungen und schädlichen Einwirkungen, die zwar nicht sofort aber auf längere Sicht zu Krankheiten führen können. Orientiert man sich am weit gespannten Gesundheitsbegriff der WHO, der Gesundheit als einen Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen bestimmt, würden auch Maßnahmen zur Förderung der Arbeitnehmerpersönlichkeit im Arbeitsverhältnis und besonders auch die Vermeidung solcher arbeitsbedingter Belastungen des Arbeitnehmers in den Arbeitsschutz einbezogen, die im allgemeinen nicht auf Dauer zu Erkrankungen führen. Dieser Zustand wird auch nach Umsetzung der EG-Rahmenrichtlinie von 1989 und den damit verbundenen Veränderungen mit dem geltenden Arbeitsschutzrecht noch nicht erreicht. Dies ist auch für die vorliegende Frage nicht erforderlich, führen doch die suchbedingten Folgen bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern immer auf die Spur betrieblicher Verursachungsreihen.

Zwischen Arbeitsschutz und allgemeinem Schutz bestehen im Übrigen inhaltliche Zusammenhänge und Kooperationsformen. In Deutschland haben sie sich in gesetzlichen Formen für betriebliche Gesundheitsförderung und im besonderen Zusammenarbeitsgeboten niedergeschlagen. Gesundheitsförderung zielt darauf, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (WHO-Ottawa-Charta). Die Krankenkassen haben nach § 20 Abs. 2 SGB V und § 14 Abs. 2 SGB VII mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenzuwirken und sich über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben, zu unterrichten. Nach der Gesundheitsreform von 1989 hatten die gesetzlichen Krankenkassen Aufgaben auch im Bereich der Gesundheitsförderung und Vorsorge zu übernehmen. Danach ergriffen die Kassen verschiedene Initiativen zur Erfassung gesundheitlicher Probleme, die nicht durch anerkannte Berufskrankheitsrisiken erfasst sind. Es wurde etwa versucht, nicht als Berufserkrankungen anerkannte Krankheiten durch verbesserte Informationen in einen Zusammenhang mit der Arbeitssituation zu bringen. Als solche von den Krankenkassen entwickelte Instrumente und Methoden zur Ursachenforschung und –Beseitigung von Gesundheitsgefährdungen können genannt werden:

- Der betriebliche Gesundheitsbericht, in dem vor allem Krankheitsausfalltage mit Diagnosen und bestimmten Betriebsabteilungen anonym zusammengeführt werden,
- der Arbeitskreis Gesundheit als Projektsteuerungsgremium,
- Gesundheitszirkel aus Beschäftigten mit dem Austausch ihrer persönlichen Belastungserfahrungen und
- Kursangebote für Beschäftigte.

Trotz Erprobung und jedenfalls theoretischer Anerkennung solcher Wege existieren diese Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung bislang eher am Rande des betrieblichen Geschehens.³

4. Das Arbeitsschutzgesetz 1996

Das neue Arbeitsschutzgesetz verbessert die Situation zugunsten einer Arbeitsschutzpolitik im Sinne der Gesundheitsdefinition durch die WHO. Mit dem Arbeitsschutzgesetz wird der aus dem EG-Recht stammende, umfassende Arbeitsschutzansatz gesetzlich in das deutsche staatliche Arbeitsschutzrecht integriert. Es enthält dementsprechend Zielsetzungen und Regelungen, die sich auf die dynamische Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten im Sinne einer Menschen gerechten Gestaltung beziehungsweise Humanisierung der Arbeit beziehen. § 1 Abs. 1 ArbSchG legt fest, was unter Maßnahmen des Arbeitsschutzes im Sinne des Gesetzes verstanden wird. Diese Maßnahmen reichen von der Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren bis zu Maßnahmen der Menschen gerechten Gestaltung der Arbeit. Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren können insbesondere zu arbeitsbedingten Erkrankungen führen. Dazu zählen vor allem auch multikausal verursachte Krankheiten, die durch betriebliche Einflüsse hervorgerufen, teilweise verursacht oder verschlimmert werden. Daraus kann geschlossen werden, dass auch Maßnahmen zur Verhütung psychischer Belastungen unter den Gesetzeswortlaut fallen. Und in einem weiteren Sinne sind es vor allem solche psychischen Belastungen, die sich auf dem Wege komplexer Beanspruchungen bei den Beschäftigten in Suchanfälligkeit und Suchtkrankheit niederschlagen. Im Sinne der bestmöglichen Prävention hat der Arbeitgeber schon bei der Gestaltung der Arbeitsplätze, der Auswahl der Arbeitsmittel und Arbeits- sowie Fertigungsverfahren ergonomische, hygienische, arbeitspsychologische und arbeitsmedizinische Erkenntnisse zu beachten. Ob der Arbeitgeber hierbei schon individuelle Belastbarkeiten oder individuelle Beeinträchtigungen von Arbeitnehmern aufgrund körperlicher Behinderungen oder besonderer Lebenssituationen zu berücksichtigen hat, kann angesichts der Fragestellung unbeantwortet bleiben. Freilich spricht einiges dafür, dass nach Zielsetzung des Gesetzes und den dazu ergangenen Verordnungen überhaupt und auch nach dem Wortlaut des § 1 Abs. 1 ArbSchG diese Lesart zugunsten einer individuellen Berücksichtigung gut begründbar machen.

Der mit dem Arbeitsschutzgesetz einhergehende Paradigmenwechsel im deutschen Arbeitsschutzrecht ist in den §§ 1 bis 14 ArbSchG deutlich niedergelegt worden. Das zentrale Stichwort lautet Prävention statt Reparatur. Der ständige Wandel und die Anpassungsnotwendigkeiten sind ein weiteres Moment, das mit zunehmender Geschwindigkeit Beachtung fordert. Technischer Wandel, neue Technologien und Methoden treffen meistens zunächst die Arbeitswelt und bedingen dort veränderte Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation. Dies erfordert bei den Beschäftigten nicht nur die Fähigkeit, sich auf diese Neuerungen einzustellen und sie zu akzeptieren, sondern auch sich gegenüber schädigenden Einflüssen hieraus zu schützen. Eine moderne Arbeitsschutzkonzeption muss also so flexibel sein, dass sie die Gefahren und Gefährdungen

³ Vgl. dazu genauer Heilmann, Hage, aaO, S. 678 ff.

durch alle eingeführten Neuerungen frühestmöglich erkennt und ihnen vorbeugt.⁴ Die Zusammenführung von Sicherheit und Gesundheitsschutz führt im Arbeitsschutzgesetz zu einem ganzheitlichen und integrierten Arbeitsschutzprogramm, das auf umfassenden Schutz der arbeitenden Menschen abzielt. Der innerbetriebliche Arbeitsschutz soll konsequent präventiv ausgerichtet werden und auf der Grundlage eines breiten Arbeitsschutzverständnisses die menschengerechte Gestaltung der Arbeit ermöglichen.⁵ Die Diskussion um den Charakter des neuen Arbeitsschutzgesetzes ist nicht abgeschlossen. So wird auch neuerdings auf den neuen Gesetzestyp und seine Auswirkungen verwiesen. Dem Arbeitsschutzgesetz kommt der Charakter eines Interventionsgesetzes zu, was an folgenden Eckpunkten deutlich zu machen ist. Das Gesetz fordert mit all seinen Maßnahmen einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess des betrieblichen Gesundheitsgeschehens. Ferner geht es nicht nur um Arbeitsplatz bezogene einzelne Arbeitsplatzgefährdungsuntersuchungen, sondern um eine den gesamten Betrieb und seine Umwelt umfassende Gefährdungsbeurteilung, die um Übrigen ebenso dynamisch zu überprüfen und gegebenenfalls neu zu gestalten ist. Prinzipiell neu ist auch die verantwortliche Beteiligungsorientierung mit der Folge, dass Arbeitnehmer nicht nur als Objekte von Unterweisung und Belehrung gesehen werden, sondern auch als sich selbst und andere schützende Subjekte in die Pflicht genommen werden, die sich um die Verhütungsaktivitäten gegenüber Gefahren und Schäden aktiv zu betätigen haben. Schließlich stellt das Arbeitsschutzgesetz eine Mischung aus verbindlichen Zielen und Instrumenten einerseits sowie einer der betrieblichen Konkretisierung fähigen breiten und flexiblen Umsetzungsmöglichkeit mit dem Ziel der ständigen Gesundheitsverbesserung dar.⁶ Der moderne Arbeitsschutz wird mit guten Gründen auch als ein verbindliches Programm zur Pflege der Humanressourcen beschrieben.⁷ Das Arbeitsschutzgesetz und seine Verordnungen beabsichtigen, die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten zu fördern, um dadurch auch den wirtschaftlichen Erfolg zu garantieren. Auch wenn diese Formulierung dem Gesetzeswortlaut nicht zu entnehmen ist, bedarf es keiner allzu großen Phantasie, Betriebe als gut beraten zu bezeichnen, denen es gelingt, die ökonomische Vernunft des modernen Arbeitsschutzrechts zu erkennen, in dem sie ihrem „Humankapital“ den größtmöglich präventiven Schutz zukommen lassen. Mit Blick auf die gegenwärtige Bedrohung durch ein um sich greifendes Suchtverhalten infolge der Arbeitsbedingungen versteht es sich von selbst, besonders auch die Suchtfaktoren und die Sucht begünstigenden Umstände in das Konzept einzubeziehen. Umgekehrt betrachtet hat derjenige Arbeitgeber Nachteile zu tragen, dem die arbeitsschutzgesetzlichen Grundregeln von der menschengerechten, ausführbaren, schädigungslosen, beeinträchtigungsfreien und persönlichkeitsfördernden Arbeitsbedingungen fremd oder unerkannt bleiben, und der sie daher nicht in seinem Betrieb Wirklichkeit werden lässt.

Beginnend mit der Gefahrenbeurteilung (§ 5 ArbSchG), über deren Dokumentation gemäß § 6 ArbSchG, über die Erfüllung der Grundpflichten durch die Einführung von Maßnahmenpaketen (§ 3 ArbSchG) unter Beachtung der allgemeinen Grundsätze nach

⁴ Vgl. dazu Kollmer, Vogl, Das Arbeitsschutzgesetz 2. Auflage München 1999 Rn. 25, 26.

⁵ Vgl. auch Kittner, Pieper, Arbeitsschutzrecht, Frankfurt am Main 1999, § 1 ArbSchG Rn. 10.

⁶ Siehe dazu Pickshaus, Arbeitsschutzgesetz bietet neuen Interventionstypus, Arbeit und Ökologiebriefe 8-9/2003, S. 38 ff.

⁷ Vgl. Gensch, Deregulierung im Arbeitsschutz – Bankrotterklärung der ökonomischen Vernunft?, Arbeit und Ökologiebriefe 12/2003, S. 34 ff.

§ 4 ArbSchG, die besonders die präventiven Zielsetzungen des Gesetzes deutlich machen, bis hin zu den Unterweisungs-, Unterrichts-, und Zusammenarbeitsvorschriften des Gesetzes gibt es keinen ausdrücklichen Wortlaut, der es erzwingen oder nahe legen würde, Probleme der Suchterkrankungen, ihrer Verursachungen sowie ihrer Prävention auszuklammern. Vielmehr sprechen gerade auch offene Formulierungen, die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe sowie die stets betonte Frühzeitigkeit und Ganzheitlichkeit der Maßnahmen dafür, nicht nur alle Ursachenreihen und Faktoren zu berücksichtigen, sondern auch alle denkbaren und nicht vollkommen vernachlässigbaren Beanspruchungsfolgen bei den Beschäftigten zu erfassen. Die gesamte Entwicklung des internationalen, supranationalen und nun auch nationalen Rechts belegt das Erfordernis eines weiten, auf jeden Fall wesentlich erweiterten Arbeitsschutzbegriffes.

5. Arbeitsschutzverordnungen

Schon die Gefahrstoffverordnung und die Arbeitsstättenverordnung, die vor dem Arbeitsschutzgesetz in Kraft getreten sind, wie aber auch die auf das ArbSchG gestützten Verordnungen, wie namentlich die Bildschirmarbeitsverordnung oder die Biostoffverordnung, fügen sich in den beschriebenen Charakter eines modernen Präventions- und Interventionsansatzes ein. Gefahrstoffrechtlich sind vor allem das Substitutionsgebot mit dem durchgehenden Prüfungsauftrag an den Arbeitgeber, nicht oder weniger gefährliche Stoffe einzusetzen, und das permanent zu verstehende Minimierungsgebot in Bezug auf gefährliche Substanzen hervor zu heben. Beide Pflichten sind Ausdruck für die frühest denkbare Verhinderung von Gefährdungen oder Störungen, die von Stoffen am Arbeitsplatz ausgehen. Auch die Rangfolge der erforderlichen Maßnahmen zum Schutze der Arbeitnehmer gibt beredten Ausdruck dafür, dass der wirksamere und schutzintensivere Schritt stets Priorität genießt vor dem weniger wirksamen. Eher klassisch, aber keineswegs verzichtbar nehmen sich dagegen die Verbote bestimmter gefährlicher Stoffe aus.

Auch die Arbeitsstättenverordnung folgt derselben Philosophie, der zufolge alles voraussehen und vorauszuplanen ist, was in Bezug auf die verschiedenen Arbeitsplatzumgebungsfaktoren an Gefährdungen für die Menschen erwartet werden könnte. Frühe und wirksame Interventionen bergen die größten Chancen für effektive Präventionen. Gefahrstoff- und Arbeitsstättenverordnung verweisen auf weitergehende Detailregelungen in untergesetzlichen Normenwerken, die derselben Grundhaltung verpflichtet sind.

Bei der Bildschirmarbeitsverordnung sind es zunächst die präventiv wirkenden Augenuntersuchungen, die vor Arbeitsaufnahme den Bildschirmarbeitnehmern anzubieten und zu bezahlen sind. Neben den anderen Vorschriften für die Arbeitsmittel und Arbeitsumgebungen bestechen vor allem die konkreten Regeln im Anhang zur Bildschirmarbeitsverordnung. Sie sind knapp, präzise und umfassend. Auch sie lassen keinen Zweifel daran aufkommen, dass es dem Ordnungsgeber vor allem um die Tatsache ging, dass vom Bildschirmarbeitsplatz und all seinen Faktoren sowie Umgebungseinflüssen keinerlei Gefährdungen für die Arbeitnehmergesundheit ausgehen dürfen. Da auch die weiteren auf dem ArbSchG fußenden Verordnungen bis hin zur

Betriebssicherheitsverordnung derselben Präventionsphilosophie verpflichtet sind, gilt auch für sie die hier festgestellte Charaktereigenschaft, alle arbeitswissenschaftlichen und arbeitsmedizinischen Erkenntnisse in frühest möglichem Stadium dafür einzusetzen, dass gesundheitlich, und hierzu zählen auch psychisch und psychosozial bedingte Gefährdungen und Schädigungen, unterbleiben.

6. Weitere ausgewählte Schutzgesetze

Personen bezogene Spezienschutzregeln im Mutterschutzgesetz, Jugendarbeitsschutz- und Schwerbehindertenrecht sind gleichfalls Ausdruck dafür, den Angehörigen dieser Personengruppen einen möglichst umfassenden Schutz zu gewährleisten. Beispielhaft seien nur die Beschäftigungsverbote für Frauen während der Schwangerschaft genannt. Auch das Arbeitszeitgesetz hat sich zum Ziel gesetzt, „die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer bei der Arbeitszeitgestaltung zu gewährleisten...“ (§ 1 Nr. 1 ArbZG). Die wichtigsten Vorschriften wie etwa diejenigen über die Nacht- und Schichtarbeit, über die Ruhepausen und Ruhezeiten sowie über das Verbot der Sonntags- und Feiertagsarbeit unterstreichen diesen gesundheitsschützenden Charakter. Dass dieses Gesetz im täglichen Betriebsgeschehen viel eher unter dem zweiten Gesetzeszweck: „Die Rahmenbedingungen für flexible Arbeitszeiten zu verbessern“, gesehen wird, hat angesichts der zahlreichen Ausnahmemöglichkeiten von den Grundsätzen seine volle Berechtigung. Damit wird die Forderung nach der stärkeren Beachtung der Gesundheitsrelevanz von Arbeitszeitregimen nicht schwächer.

Auf die besondere Bedeutung des Arbeitssicherheitsgesetzes für die gutachterliche Hauptfrage wird in Teil II. näher eingegangen.

Die inhaltlich begrüßenswerte Neuausrichtung im arbeitsschutzrechtlichen Zusammenhang hat auch die sozialversicherungsrechtliche Rechtslage erfasst. Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach § 20 Abs. 2 SGB V und § 14 Abs. 2 SGB VII mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenzuwirken und sich über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben, zu unterrichten. Sehr eindringlich formuliert auch § 20 Abs. 1 SGB V den allgemeinen Präventionsauftrag der Kassen: In die Satzungen sind Leistungen zur primären Prävention aufzunehmen, die über den Verweis auf Absatz 2 hinaus auch auf die betrieblichen Gesundheitsaspekte Rücksicht zu nehmen haben. Nicht nur die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes wird hier angemahnt, sondern es werden ausdrücklich die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren aufgenommen. § 3 des SGB IX formuliert knapp und überzeugend: „Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.“ Wie auch § 8 SGB IX bestätigt, werden damit die zentralen Prinzipien des Sozialversicherungsrechts überhaupt formuliert. Jedweder Schädigung, Schadensneigung oder Gefährdung hat Prävention in allen wirksamen Schattierungen voranzugehen. Verlängert und erweitert wird dieser Grundsatz: „Prävention vor Schaden“ um den ebenso wichtigen Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“.

7. Teilergebnis

In der Zusammenschau der oben geschilderten gesetzlichen Grundlagen und Vorschriften aus verschiedenen Quellen der Normenhierarchie und unterschiedlichen Regelungsbereichen ergibt sich zwingend, dass der überkommene, enge Arbeitsschutzbegriff ersetzt worden ist durch einen wesentlich weiteren der u. A. betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe als Teil des Arbeitsschutzes umfasst.

II. Ist eine rechtliche Regelung für Aufgaben der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung und Anforderungen in Anlehnung an die Regelungen der betriebsärztlichen Tätigkeit anzustreben bzw. rechtlich zwingend?

Vorab ist festzuhalten, dass diese Frage aus geltendem Recht nicht positiv beantwortet werden kann. Es fehlen ausdrückliche Regelungen in den untersuchten Gesetzen, soweit sie europarechtlich und nationalrechtlich *de lege lata* aufzufinden sind.

1. Beauftragte gemäß § 13 Abs. 2 ArbSchG

Eine Rechtsgrundlage für die Befugnis des Arbeitgebers, den Komplex der betrieblichen Suchtarbeit in die Hände einer zuverlässigen und fachkundigen Person als Beauftragter zu geben, kann ohne weiteres in § 13 Abs. 2 ArbSchG gefunden werden. Im Unterschied zu den anderen gesetzlich vorgeschriebenen Beauftragten wie etwa Betriebsärzten oder Sicherheitsfachkräften sind in der genannten Vorschrift Personen beziehungsweise Funktionen genannt worden, die der Arbeitgeber als Delegationsempfänger für besondere betrieblich wichtige Aufgaben benennen kann. Aus dieser rechtlichen Möglichkeit allein jedoch eine Pflicht zu konstruieren, in Fällen der betrieblichen Notwendigkeit fachkundiger und kompetenter Suchtarbeit auch eine verantwortliche Person auszusuchen und zu benennen, erscheint angesichts der zu I. geschilderten Rechtslage nicht zwingend. Immerhin stellt jedoch das Arbeitsschutzgesetz ein Verfahren zur Verfügung, mit dem gerade auch künftige oder auch erst künftig erkannte Pflichten durch besonders fachkundige Personen erfüllt werden, ohne freilich die rechtliche Verantwortung dem Arbeitgeber abnehmen zu können.

2. Arbeitssicherheitsgesetz

§ 1 ASiG belässt es bei der Formulierung der zu bestellenden Personen bei den Betriebsärzten und den Fachkräften für Arbeitssicherheit. Keine der beiden begrifflich definierten Gruppen enthält per se die Funktion oder Funktionen von betrieblichen Suchtberatern. Es müsste über Parallelsetzungen anhand der Aufgabenbeschreibungen in § 3 und § 6 ASiG verfahren werden, um aus der Attraktivität der Parallele, dem

Verfahren der Analogie auch einen Erfolg machen zu können. Bei näherer Durchsicht beider Aufgabenkataloge ergeben sich keine Schwierigkeiten, diese auch für betriebliche Suchtprävention und –hilfe zu formulieren. Damit allein kann jedoch nicht gleichsam im Rückschluss darauf verwiesen werden, dass ASiG würde sich in gleicher Weise schon jetzt mit betrieblicher Suchtprävention beschäftigt haben. Die insoweit klaren Gesetzeswortlaute können nicht mittels Analogie - oder andere Schlussverfahren - auch auf betriebliche Suchtberatung ausgeweitet werden. Die eindeutige Beschränkung des ASiG auf Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit wird bestätigt durch die Formulierung des § 11 ASiG, der sich mit der Tätigkeit des Arbeitsschutzausschusses beschäftigt. Es begegnete gewiss keinerlei Bedenken, in diesen Ausschuss auch Personen zu entsenden, die in § 11 ASiG nicht genannt sind. Das aber ist auch nicht die Fragestellung, sondern eher diejenige, aus den vorliegenden gesetzlichen Formulierungen des Arbeitssicherheitsgesetzes zu schlussfolgern, hier seien auch bereits Suchtberatung und Suchthilfe erfasst worden. De lege lata ist diese Frage zu verneinen.

3. Sozial- und Suchtberatung de lege ferenda

Nach dem oben ausgeführten ist es nachgerade zwingend, sich für eine Regelung auszusprechen, die in Anlehnung an die Konstruktion der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte nach ASiG auch für betriebliche Sozial- und Suchtberatung vorzuschlagen. Sie stellen einen wichtigen komplementären Bestandteil einer umfassenden betrieblichen Präventionsarbeit dar. Ihre Ansatzpunkte liefern die betrieblichen Arbeitsumweltfaktoren, die in ihrem Zusammenwirken eine beratende Tätigkeit des Arbeitgebers erfordern. Es ist praktisch auszuschließen, dass eine eigene Sachkompetenz bei Arbeitgebern oder ihren Vertretern bzw. Beauftragten vorliegt. In Ergänzung der im ASiG bereits aufgeführten Pflichten und Möglichkeiten der betrieblichen Arbeitsschutz- und Gesundheitsfachleute sind folgende Regelungskomplexe für die Tätigkeit der Sozial- und Suchtberatung empfehlenswert:

h. Aufgaben

Aufgabebeschreibung und Befugnisse sind in einer detaillierten Vorschrift niederzulegen. Hierfür bietet sich die Kombination der Aufgabenfestlegungen in den §§ 3 und 6 des ASiG an. Für die hochgradig komplexe Tätigkeit ist eine Vielzahl von Faktoren objektiver inner- und überbetrieblicher Faktoren ebenso relevant wie die Bedeutung sozialer Beziehungen in Folge der Arbeitsorganisation im weitesten Sinne.

i. Schweigepflicht.

Ebenso wie für die anderen betrieblichen Sicherheits- und Schutzfachleute ist auch für betriebliche Sucht- und Sozialberater eine Verankerung der Schweigepflicht notwendig. Hierzu wäre es ausreichend, die Vorschrift des § 8 Abs. 1 Satz 3 ASiG für diese Personen zu übernehmen.

j. Persönlichkeitsrechte

Die Fachleute in Sozial- und Suchtberatung müssten in verstärkter Weise auf die Wahrung und Achtung der Persönlichkeitsrechte der Beschäftigten und ihrer Angehörigen verpflichtet werden. Mit Blick auf die oft außerbetrieblichen Ursachenzusammenhänge und deren Zusammenwirken mit betriebsbedingten und ferner mit Rücksicht auf die Probleme der Co-Abhängigkeit sind solche Schutzvorschriften wichtig. Ohne solche Persönlichkeitssicherungen ist der Aufbau eines Erfolg versprechenden Vertrauensverhältnisses nicht zu erwarten.

k. Datenschutz

Im Zusammenhang mit der weit zu begreifenden sozialen Tätigkeit werden den Beauftragten eine erhebliche Reihe von Personenbezogenen Daten und Befunden bekannt. Auch in diesem Zusammenhang wird es eine weit gefasste Geheimhaltungsvorschrift geben müssen. Vergleiche dazu auch unten 5.

l. Fachliche Tätigkeitsvoraussetzungen

Ebenfalls parallel zu den Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit sind die Voraussetzungen zu formulieren, unter denen eine solche Fachtätigkeit ausgeübt werden kann. Im Einzelnen wäre festzulegen, welcher Art diese Tätigkeitsbedingungen zu sein haben und wie sie zu kontrollieren und zu überwachen sind.

m. Kooperationsgebote

Sehr zentral erscheint die enge Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten und den Fachkräften für Arbeitssicherheit, aber auch in verstärktem Maße mit den Mitgliedern der gesetzlichen Interessenvertretungen Betriebsrat oder Personalrat. In Anlehnung an die jetzige Vorschrift des § 9 ASiG müsste noch ergänzt werden, dass es sich bei den wechselseitig auszutauschenden Informationen um äußerst geheimhaltungsbedürftige Intimdaten der Betroffenen handelt. Eine vollständige Anonymität lässt sich nicht verwirklichen; es ist sicherzustellen, dass aus den erforderlichen Informationsaustauschen keinerlei Gefahren oder Gefährdungen der betroffenen Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer einschließlich ihrer Angehörigen erwachsen können.

n. Mitarbeit im Arbeitsschutzausschuss

Die bisherige Anlage des Arbeitsschutzausschusses und seine Zusammensetzung in § 11 ASiG verlangt, dass auch weitere einschlägig für Arbeitnehmerschutzinteressen tätige Personen an der Ausschussarbeit zu beteiligen sind. Vergleich näher dazu unten 4.

4. Betriebliches Gesundheitsmanagement

a. Ausgangspunkt

Die folgenden Überlegungen basieren de lege ferenda auf der bisherigen Tätigkeit des Arbeitsschutzausschusses § 11 ASiG. Die hier versammelten und regelmäßig tagenden Fachleute sowie Vertreter der Arbeitgeberseite und des Betriebsrates sind die richtige Personengruppe, um vor dem Hintergrund der betrieblichen Wirklichkeiten ein Konzept zu entwickeln, das künftig den Gesundheitsschutz noch umfassender, intensiver und erfolgreicher gestaltet. Die Tätigkeit der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit sowie weiterer vom Arbeitgeber gemäß § 13 ArbSchG benannter Beauftragter muss abgestimmt, koordiniert und dadurch für den gesamten Betrieb und seine Beschäftigten optimiert werden. Integraler Bestandteil der Aufgaben hätte auch die betriebliche Sozialberatung und Suchtprävention zu sein.

b. Beratungen, Konzepterstellung

Dem Ausschuss fiele künftig von Gesetzes wegen die Aufgabe zu, den Arbeitgeber und alle Personen in Vorgesetztenpositionen sensibel für soziale Problemlagen zu machen, typische Felder sowie soziale Konstellationen für Verhaltensauffälligkeiten an den Arbeitsstätten anzuzeigen und gezielt auf die Existenz von Suchtabhängigen und –gefährdeten aufmerksam zu machen. Die Beratungen sollten nach Vorliegen hinreichender Erfahrungen auf diesem Gebiet in ein Konzept münden, das in früh erkennender, kurativer und vor allem präventiver Absicht Handlungsstrategien und konkrete Schritte für die betriebliche Alltagspraxis formuliert. Im Arbeitsschutzausschuss (ASA) wären die Vorteile der Arbeitsteilung ebenso nutzbar zu machen wie die Chancen einer ganzheitlichen Betrachtung und Herangehensweise.

c. Suchtprävention

Mit Fortschreiten des Kenntnisstandes über das betriebliche Suchtgeschehen erfasst das Gesundheitsprogramm alle Erscheinungsformen von Sucht sowie die wichtigsten Ursachenverbindungen zu betrieblichen Faktoren, die freilich stets im Zusammenwirken mit außerbetrieblichen Kausalitätsreihen zu begreifen

sind. Hierbei ist Vollständigkeit der Suchterfassung wenigstens anzustreben. Außer dem Übergebrauch oder Missbrauch von Alkohol und Nikotin, Medikamenten und Verdünnerlösungen geht es auch um vermeintlich weniger auffällige Suchtabhängigkeiten wie etwa Essstörungen oder Spielsucht. Hinzu kommen die Probleme aus der Co-Abhängigkeit. In bestimmten Fällen eignen sich auch Aufklärungs-Kampagnen, freiwillige Entwöhnungsangebote mit Anreizen zur Teilnahme bis hin zu Mitwirkungsformen indirekt Betroffener sowie „Unbeteiligter“ im Betrieb, die sich allgemein positiv auf den Abbau von Sucht auswirken können. Die Disziplin übergreifende Zusammenarbeit der Fachleute im ASA wäre auch in dieser Hinsicht unverzichtbar.

d. Belastungsabbau

Im zukunftsorientierten Zentrum der Bemühungen des Gesundheitsmanagements steht der kontinuierliche Abbau von erkannten Belastungen und daraus resultierenden Beanspruchungen bei den Beschäftigten. Zu den Belastungen gehören alle physischen, psychischen und emotionalen Erschwernisse, die sich im Arbeitsvollzug sowie aus den sozialen Kontakten im betrieblichen Geschehen ergeben können. Da es nie auszuschließen ist, dass bestimmte Belastungen nicht, nicht in ausreichender Weise oder nur mit (wirtschaftlich oder technisch) unmöglich zu leistendem Aufwand zu beseitigen oder wenigstens in ausreichendem Umfang abzumildern sind, geht es in zweiter Linie auch um die Bewältigung solcher verbleibender Belastungen für die Arbeitnehmer. Vorrangig ist über diese Problemquellen verständlich und vollständig zu formulieren; es geht sodann um die Mobilisierung von Schutzmechanismen und die Stärkung spezifischer und wirksamer Abwehrkräfte. Dies betrifft individuelle ebenso wie kollektive Maßnahmen.

e. Instrumente

Aus der Vielzahl möglicher Mittel und Verfahren für die Verbesserung der Gesundheitsbedingungen im Betrieb seien nur die Methoden zur sozialen Bestandsaufnahme, vor allem mit Blick auf das Suchtgeschehen erwähnt. Voranzustellen ist die Nutzung der in den allermeisten Gruppen existierenden sozialen Kompetenz bei einigen Mitgliedern. Wer längere Zeit dem Kollektiv angehört, kennt die Menschen mit dieser nicht tariffähigen Begabung bzw. Fähigkeit, notfalls muss sie bei anderen erfragt werden, wobei Betriebsratsmitglieder wichtige Dienste leisten können. Unbelegt bleibt die starke Vermutung, dass sich diese Kompetenz zur frühzeitigen Problemerkennung, -analyse und -lösung vor allem bei Frauen finden lässt.

Ein eher handfestes Instrument könnten mündliche und schriftliche Explorationen bei potentiell und real Betroffenen sein. Eigene Erfahrungen und Karrieren, Wissen und Vermutungen über die Ursachen, Hintergründe und Begleitumstände sowie Ideen und Vorschläge für Verbesserungen wären Gegenstände solcher

Befragungen. Auch Personen bezogene und mehr oder weniger aggregierte Sozialberichte in Anlehnung an die Berichte für Rehabilitationsanträge für Abhängigkeitskranke kommen in Frage. Allerdings darf man von Seiten der betrieblich Tätigen auf mehr Empfindsamkeit und Rücksichtnahme gegenüber den Betroffenen hoffen. Das Formular SB 1 (Sozialbericht) der Träger der Reha-Versicherung Nr. 11.8-1 bis 12, Stand Mai 1989, lässt es hieran etwas missen.

5. Datenschutzrechtliche Aspekte

a. Informationelle Selbstbestimmung

Angesichts der höchstpersönlichen und außerordentlich intimen Daten in allen Zusammenhängen mit Sucht ist es für die Betroffenen von größter Wichtigkeit, dass das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung in jeder Beziehung gewahrt wird. Dieser hohe Schutz, den das BVerfG der Informationsautonomie des Individuums einräumt, muss auch im internen Betriebsgeschehen und selbst dann berücksichtigt werden, wenn hierdurch unüberwindbare Betätigungsschranken für in bester Absicht handelnde Berater und Helfer aufgestellt werden. Der beste, wenn auch sehr schwierige Weg zur Erzeugung von Kooperations- und damit auf Mitteilungsbereitschaft dürfte immer noch in geduldiger und fachkompetenter Aufklärung und „Werbung für Gesundheit“ bestehen.

b. BDSG

Da es noch immer an einem seit langem vergeblich geforderten Arbeitnehmerdatenschutzgesetz fehlt, bleiben die Regeln des Bundesdatenschutzgesetzes maßgeblich. Insbesondere ist der betrieblich zu bestellende Datenschutzbeauftragte zu nennen, der die Mitglieder des ASA und namentlich die Sozialberater und Suchtbeauftragten zu beraten hat. Hierbei ist die Interessenorientierung des Datenschutzbeauftragten auf Arbeitnehmerbelange zu unterstreichen, weil die Praxis nicht selten eine „neutrale“ oder sogar arbeitgebernahe Amtstätigkeit erkennen lässt. Aus dem Regelwerk des BDSG soll hier zusammenfassend nur erwähnt werden, dass Personen bezogene oder gleichwertig Personen beziehbare Daten nur dann verarbeitet werden dürfen, wenn und soweit eine gesetzliche Grundlage oder eine rechtzeitige, freiwillige und umfassend informierte Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

c. Betriebsrat/Personalrat

Auf die unverzichtbare Rolle der gesetzlich vorgesehenen Interessenvertretungen der Belegschaften weise ich der Vollständigkeit halber hin. Die Mitglieder dieser Vertretungsorgane sind selbstverständlich hervorragende Sachkenner der innerbetrieblichen Verhältnisse, zahlreicher persönlicher Beziehungen unter Einzelnen wie auch unter Gruppen, vieler kritischer Zonen und mancher beste-

hender Problemlage. Hierbei haben sich in aller Regel auch Spezialisierungen und Arbeitsteilungen ergeben. Der Katalog der Mitbestimmungsrechte in sozialen Angelegenheiten in § 87 Abs. 1, ergänzend in § 88 und § 89 BetrVG ist derartig umfassend im Hinblick auf die Arbeitnehmergeundheit und das Verhalten der Arbeitnehmer im Betrieb, dass rechtliche Schranken für den aktiven Einsatz von Betriebs- oder Personalräten für den Schutz und die Verbesserung der Gesundheit schlechterdings nicht zu erkennen sind.

d. Schweigepflicht

Die Angehörigen der Sozialberatung und der Suchthilfe sowie in vergleichbarer Funktion Tätige müssen derselben Schweigepflicht unterliegen wie Betriebsärzte. Einschränkungen dieser strengen Geheimhaltungspflicht sind aus keinerlei rechtlichen Gesichtspunkten erkennbar. Eher gilt das Gegenteil, dass nämlich eine eher gesteigerte Geheimhaltung aus der besonders intimen Qualität der Personendaten erwächst. Zum einen ist diese gesetzliche, aus § 203 StGB abgeleitete Pflicht von zentraler Bedeutung für den Aufbau eines tragfähigen und belastbaren Arzt-/Helfer-Patienten-Verhältnisses, zum anderen ist ihre Beachtung von ausschlaggebender Bedeutung für die Erzeugung und Erhaltung eines betrieblichen Sozialklimas, in welchem Offenheit und Kooperationsbereitschaft möglich sind. Selbst optimale Berufsbefähigung Einzelner kann eine von Misstrauen, Missgunst, Mobbing und ähnlichen sozialen Katastrophen geprägte Grundstimmung nicht durchbrechen.

e. Datenaufbewahrung

Ebenfalls wie bei den Betriebsärzten ist die Aufbewahrung des Datenmaterials zu regeln. Auch die Weitergabeverpflichtungen an sozialmedizinische Dienste oder andere Einrichtungen müsste parallel gestaltet werden. Beides dient der notwendigen Dokumentation des Geschehens, um in Zukunft über Belegmaterial für verschiedene Zwecke zu verfügen. Dokumentationen dienen darüber hinaus generell auch der Sicherheit der Fachleute in haftungsrechtlicher Hinsicht. Oft ist nur durch verkörperte Beweisstücke darzustellen, dass überhaupt etwas und ggf. was gesehen und was veranlasst worden ist. Hiermit ist zwar mehr Aufwand verbunden, doch die eigene Sicherheit sollte diese Arbeit rechtfertigen.

6. Teilergebnis

Zur gutachterlichen Frage 2 ist folgende differenzierte Antwort geboten:

Eine rechtliche Regelung für Aufgaben der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung und für deren Anforderungen ist in Anlehnung an die Regelung der betriebsärztlichen Tätigkeit anzustreben, aber nicht rechtlich zwingend. Zwingend wäre sie nur dann,

wenn sich aus anderen Rechtsquellen eine Unabweisbarkeit ergäbe, betriebliche Sozial- und Suchtberatung einzurichten. Selbst der erweiterte Arbeitsschutzbegriff, der gut begründbar ist, bewirkt noch nicht eine Regelungsautomatik, der zufolge Suchtberatung und vergleichbare innerbetriebliche Gesundheitsfachdienste gesetzlich zu verankern sind. Gesetzlich begründbar sind sie schon nach gegebenem Recht. Für eine zwingende Einführung fehlt indessen eine gesetzliche Auftragsnorm. Anders formuliert bedeutet dies, dass nicht alles was zulässig, wünschenswert und anzustreben ist, auch schon einem rechtlichen Regelungsgebot entspricht.

III. Ergebnisse

Vielfältig neue Arbeitsanforderungen, verbunden mit unterschiedlichen psychischen Belastungsformen, bedeuten neben den körperlichen Belastungen auch ein erhöhtes Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko für die Beschäftigten. Diese komplexen Gefährdungen sind mitverantwortlich für den allgemeinen Gesundheits- bzw. Krankheitszustand von Arbeitnehmern. Plastisch ist auch der Ausdruck „Gesundheitsverschleiß“ für diesen Tatbestand. Psychisch bedingte Beschwerden, Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten wie auch Suchtverhalten, Suchtabhängigkeiten und Suchterkrankungen sind Resultate einer sich wechselseitig überlagernden und gegenseitig verstärkenden Belastungspalette in Folge von nicht gelungener Bewältigung betrieblicher Problemsituationen. Für eine effektive betriebliche Gesundheitspolitik als Ziel gesetzgeberischer und betrieblicher Anstrengungen gilt, dass ein Warten auf erste Krankheitsanzeichen kein brauchbarer Weg sein kann, sondern eher das Scheitern bisheriger Anstrengungen markiert. In Anbetracht der zunehmenden psychischen Belastungen in heutigen Arbeitsverhältnissen und deren gravierenden gesundheitlichen Folgen muss der Blick auf eine umfassende Gesundheitsförderung im Sinne der Gesundheits-Definition der WHO gelenkt werden.

Aufgrund der fehlenden Einbeziehung einer allgemeinen Gesundheitsförderung in die Ziele des überbetrieblichen Arbeitsschutzrechts liegt die Verantwortung für eine präventive und umfassende Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der Beschäftigten derzeit vor allem bei den betrieblichen Interessenvertretungen, den Betriebsärzten und den Fachkräften für Arbeitssicherheit. Unbeschadet bleibt bei alledem die rechtliche Letztverantwortung der Arbeitgeber. Hilfreich für die Entwicklung effektiver Konzepte sind die von den Krankenkassen erarbeiteten Instrumente und Methoden zur Ursachenforschung und –Beseitigung von Gesundheitsgefährdungen, zum Beispiel die Einrichtung von Gesundheitsarbeitskreisen, betrieblichen Gesundheitszirkeln etc. Handlungsgrundlagen könnten in Betriebsvereinbarungen gelegt werden, die allerdings für inhaltliche Veränderungen und Fortentwicklungen offen gehalten werden sollten. Mit dem Hinweis auf zunehmend gegebene arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse sollte es engagierten Interessenvertretern möglich sein, auf diese Weise erhebliche Verbesserungen auf dem Gebiet der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zu erreichen. Ein wichtiges Teilziel dabei ist die Erfassung der Ursachen für Suchtverhalten und Suchterkrankungen, um verbesserte Gegenstrategien und Heilungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Verbesserungen der Arbeitsbedingungen durch einen umfassenden Belastungsabbau im Sinne von ganzheitlicher Gesundheitsförderung müssen im engsten Kontakt aller Beteiligten untereinander und vor allem mit den Betroffenen angestrebt und umgesetzt werden. Ein hohes Maß an aktiver Selbstbeteiligung bei Planung und Gestaltung ihrer Arbeitsumwelt ist dabei ebenso Voraussetzung wie die Ermittlung der sozialen und kommunikativen Bedingungen für den Erfolg solcher Anstrengungen.

Psycho-soziale und Sucht orientierte Arbeit im Betrieb sollte als Teil eines verbesserten überbetrieblichen Arbeitsschutzrechts verstärkt als gemeinsame Aufgabe von Interessenvertretung, Belegschaft, Management und betrieblichen Fachkräften begriffen werden, um dem Ziel einer umfassenden betrieblichen Gesundheitsförderung näher zu kommen.⁸ In dieses Plädoyer sind Suchtprävention, Suchthilfe und -beratung einbezogen.

Integriertes Gesundheitsmanagement im Betrieb dürfte sich damit als Perspektive für „Gute Arbeit“ im Sinne der neueren skandinavischen Ansätze erweisen. Erfolgreiche Arbeit auf diesem Gebiet zahlt sich zunächst für die arbeitenden Menschen in Form gesteigerter Gesundheit, aber in sehr kurzer Zeit danach auch für die Arbeitgeber in der Gestalt gesenkter Entgeltfortzahlungen aus. Wird von allen betrieblich Beteiligten diese Perspektive ernst genommen und in konkrete Aktion umgesetzt, handelt es sich in kurzer Zeit um eine der begrifflich unschönen, aber sachlich anzustrebenden Win-Win-Situationen für alle Beteiligten.

Antworten:

- 1. Suchtprävention und Suchthilfe sind zwingender Bestandteil des geltenden erweiterten Arbeitsschutzrechts.**
- 2. Eine rechtliche Regelung für Aufgaben der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung und für Anforderungen in Anlehnung an die Regelungen der betriebsärztlichen Tätigkeit ist anzustreben.**

(J. Heilmann)

⁸ Vgl. dazu Heilmann, Hage, aaO, S. 689.

Anhang 6:

Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe als Teil des Arbeitsschutzrechts (U. Faber)

Rechtsanwalt Dr. Ulrich Faber

Galenstraße 13

55452 Witten

Tel.: (02302) 59081

E-Mail: Uli-Faber@t-online.de

**Rechtsgutachten:
Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe als
Teil des Arbeitsschutzrechts**

Inhaltsverzeichnis

A.	<u>SUCHTPRÄVENTION UND SUCHTHILFE: GEGENSTAND DES ARBEITSSCHUTZRECHTS?</u>	2
I.	<u>Suchtmittel und klassisches Arbeitsschutzrecht</u>	3
II.	<u>Der konzeptionelle Ansatz des ArbSchG: Erweiterter Arbeitsschutzansatz und Suchtmittel im Betrieb</u>	6
1.	<u>Allgemeines</u>	7
2.	<u>Auswirkungen auf den arbeitsschutzrechtlichen Unfallschutz</u>	8
3.	<u>Auswirkungen auf den arbeitsschutzrechtlichen Gesundheitsschutz</u>	9
III.	<u>Der arbeitsschutzrechtliche Rahmen für die Umsetzung des erweiterten Arbeitsschutzverständnisses</u>	11
1.	<u>Ergänzung des Gefahrenschutzes durch den Gefährdungsschutz</u>	11
2.	<u>Sicherheits- und Gesundheitsschutzinformation der Beschäftigten</u>	13
a)	<u>Unterweisung der Beschäftigten</u>	13
b)	<u>Information und Beratung durch den Betriebsarzt (§ 11 ArbSchG)</u>	16
3.	<u>Relevanz von Suchtmitteln für die verschiedenen Verfahrensschritte eines prozeßorientierten Arbeitsschutzes</u>	17
a)	<u>Gefährdungsbeurteilung</u>	18
b)	<u>Festlegung der Schutzmaßnahmen</u>	20
c)	<u>Wirksamkeitskontrollen und Anpassungsmaßnahmen</u>	21
B.	<u>RECHTLICHER RAHMEN FÜR DAS AGIEREN DER SUCHTBERATUNG IM BETRIEB</u>	22
I.	<u>Betriebliche Suchtberatung und Arbeitssicherheitsgesetz</u>	22
1.	<u>Die Konzeption des ASiG</u>	22
2.	<u>Betriebliche Suchtprobleme als Gegenstand der Beratung durch Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte?</u>	24
3.	<u>Gemeinschaftsrechtliche Entwicklungen</u>	25
II.	<u>Datenschutzrechtliche Vorgaben an die betriebliche Suchtberatung und -hilfe</u>	26
1.	<u>Datenschutzrechtliche Anforderungen an die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten</u>	27
2.	<u>Personelle Anforderungen beim Umgang mit Gesundheitsdaten</u>	29
C.	<u>ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK</u>	30
D.	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	34

Entsprechend dem Gutachtauftrag gliedert sich das Gutachten in zwei Teile. Der erste Teil widmet sich primär der Problematik, ob und ggf. wie weit die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe vor dem Hintergrund des – erweiterten – Arbeitsschutzansatzes des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) zwingende Bestandteile des Arbeitsschutzrechts sind. Die zweite Gutachtenfrage konzentriert sich auf die Frage einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung der Rechtsstellung betrieblicher Suchtberatungen. Es wird insbes. zu prüfen sein, ob angesichts der sensiblen Gesundheitsinformationen, die die Suchtberatungen bei ihrer Tätigkeit erlangen, eine gesetzliche Regelung geboten erscheint, die sich an der Rechtsstellung der Betriebsärzte nach dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) orientiert (gesetzliche Normierung von fachlichen Voraussetzungen, Schweigepflicht).

A. Suchtprävention und Suchthilfe: Gegenstand des Arbeitsschutzrechts?

Bilanziert man die bisherige juristische Aufarbeitung des Themas Suchtmittel im Arbeitsleben, fällt auf, daß die Gründe und Ursachen für den Gebrauch von Suchtmitteln und für die Entstehung von Suchtmittelkrankheiten keine nennenswerte Rolle spielen. Im Zentrum stehen Fragen der rechtlichen Grenzen bei der Feststellung, ob Suchtmittel gebraucht werden (z.B. Alkoholtests, Drogenscreenings, Offenbarungspflichten von Arbeitnehmern oder Bewerbern, Fragerechte des Arbeitgebers¹), Konsumverbote bzw. –beschränkungen (vor allem Alkohol, Tabak²) sowie die rechtlichen Folgen des Suchtmittelkonsums und von Suchterkrankungen (z.B. Entgeltfortzahlung, Haftung, Abmahnungen und vor allem Kündigungen³). Die juristische Bewertung setzt also am Phänomen an, ohne dieses selbst mit rechtlichen Kategorien zu hinterfragen.

Dies gilt auch, sofern eine Thematisierung unter arbeitsschutzrechtlichen Aspekten erfolgt. So werden Alkohol oder Drogen bei der Arbeit vornehmlich als Sicherheitsrisiko wahrgenommen, das zu Unfällen und damit zu Selbst- und/oder Fremdschädigungen führen kann. Bislang konzentrierte sich die Rechtssetzung und Diskussion dabei vor allem auf das Thema „Alkohol“. Als normativer Ankerpunkt dieses in der Sache kaum zu bezweifelnden Ansatzes fungierte zumeist § 38 BGV A 1-Alt⁴, eine der wenigen Arbeitsschutzvorschriften, die sich explizit auf Suchtmittel bezieht.⁵ Nach Absatz 1 der Vorschrift dürfen sich Versicherte durch Alkoholgenuß nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.⁶ Die Hintergründe von Suchtverhalten bleiben demnach auch in

¹ Zu den angesprochenen Fragen vgl. etwa BAG, NZA 1999, 1209 ff.; Heilmann/Wienemann/Thelen, AiB 2001, 465 ff. (468 ff.); Fleck, BB 1987, 2029 ff.; Willemsen/Brune, DB 1988, 2304 ff. (2306).

² Dazu etwa Künzl, BB 1993, 1581 ff. (1581); Hemming, BB 1998, 1998 ff. (2000); Fleck, BB 1987, 2029 ff. (2030); AR-Blattei-Ahrens, SD 1310 – Rauchverbot –; Cosack, DB 1999, 1450 ff.

³ Künzl, BB 1993, 1581 ff. (1584 ff.); Willemsen/Brune, DB 1988, 2304 ff.; Hemming, BB 1998, 1998 ff.; Lepke, DB 2001, 269 ff.

⁴ Für den Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften gilt seit dem 1. Januar 2004 die neue BGV A 1 – Grundsätze der Prävention –. Für die übrigen Unfallversicherungszweige ist in Zukunft ebenfalls mit einer Ablösung der BGV A 1-Alt zu rechnen.

⁵ Zur Entwicklung dieser Unfallverhütungsvorschrift vgl. Felderhoff, Alkohol und Arbeitsrecht, S. 49 f.

⁶ Es handelt sich damit um ein relatives Alkoholverbot, dessen Umfang einzelfallbezogen zu konkretisieren ist, dazu BAG, DB 1987, 337 f. (337); Bengelsdorf, NZA 2001, 993 ff. (995); Graefe, BB 2001, 1251 ff. (1252). Um auf der betrieblichen Ebene einen klaren Handlungsrahmen zu schaffen, ist es dringend geboten, eindeutige Festlegungen zu treffen. Eine derartige Regelung unterliegt der Mitbestimmung nach § 87

diesem arbeitsschutzrechtlich geprägten Kontext quasi in einer „Blackbox“. Daran ändert sich im Kern auch nichts durch die neugefaßte BGV A 1 – Grundsätze der Prävention –(BGV A 1-Neu), die am 1. Januar 2004 für die gewerblichen Berufsgenossenschaften inkraftgetreten ist. Hervorzuheben ist allerdings, daß die neuen §§ 7 Abs. 2, 15 Abs. 2, 3 BGV A 1-Neu die im abgelösten § 38 BGV A 1-Alt angelegte Fokussierung auf das Suchtmittel „Alkohol“ ausdrücklich aufbricht. Erfasst sind nunmehr auch Drogen, andere berauschende Mittel sowie Medikamente (§ 15 Abs. 2, 3 BGV A 1-Neu).⁷ Die nachfolgenden Ausführungen werden verdeutlichen, daß diese an der Unfallverhütung orientierte Sicht der Dinge dem geltenden, seit dem Jahre 1996 entscheidend durch das ArbSchG geprägten Arbeitsschutzrecht nicht gerecht wird.

I. Suchtmittel und klassisches Arbeitsschutzrecht

In einer repräsentativen Umfrage der Arbeitsschutzverwaltung Nordrhein-Westfalen von 2.019 abhängig Beschäftigten Ende des Jahres 1999 wurden psychische Belastungen von den Befragten als besonders kritisch angesehen. An der Spitze der angegebenen Belastungsarten standen mit „hoher Verantwortung“, „hoher Zeitdruck“, „Überforderung durch die Arbeitsmenge“ sowie „zu enge Vorschriften ohne Handlungsspielräume“ psychische Belastungsfaktoren. In der gleichen Studie wurde zugleich nach Suchtmitteln als Bewältigungsformen bei Beschwerden und Belastungen gefragt. Auch wenn dabei die Einnahme von Medikamenten mit 10 % und der Alkoholkonsum („ein Gläschen trinken“) nicht an der Spitze der Bewältigungsformen stehen⁸, dürfte es jedoch nicht ganz fernliegend sein, Zusammenhänge zwischen arbeitsbedingten Belastungen und dem Suchtverhalten zu vermuten.⁹ Wenn ungeachtet dieser Zusammenhänge bislang der Suchtmittelgebrauch soweit ersichtlich noch nicht einmal als mögliches Element des seit dem Jahre 1996 geltenden erweiterten Arbeitsschutzansatzes thematisiert worden ist, deutet dies auf eine nur unzureichende Rezeption des neuen Rechts hin, ein Befund, der sich im übrigen auch empirisch abstützen läßt.¹⁰ Es scheint so zu sein, daß die bereits vor der Neuordnung des

Abs. 1 Nr. 7 BetrVG (dazu auch Felderhoff, Alkohol und Arbeitsrecht, S. 96 ff.) und kann vom Betriebsrat als Initiativrecht geltend gemacht werden; instruktiv im Hinblick auf die Möglichkeiten einer gestuften, durch Betriebsvereinbarungen gesteuerten Intervention, die sich nicht in der schlichten Formulierung und Überwachung von absoluten bzw. relativen Alkoholverboten erschöpft, Graefe, BB 2001, 1251 ff. (1252 ff.).

⁷ Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang zudem, daß § 7 Abs. 2 BGV A 1-Neu eine Organisationspflicht des Unternehmens (Arbeitgebers) normiert, Versicherte, die erkennbar nicht in der Lage sind, eine Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, mit dieser Arbeit zu beschäftigen. Auch wenn dies in der Sache nichts ändert, wäre hier eine Klarstellung wünschenswert gewesen, daß hierbei insbes. die Folgen des Suchtmittelgebrauchs zu beachten sind.

⁸ Zum vorstehenden Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Arbeitswelt NRW 2000, Belastungsfaktoren – Bewältigungsformen – Arbeitszufriedenheit, S. 10, 26.

⁹ Lepke, DB 2001, 269 ff. (270) weist darauf hin, daß sich bei Seeleuten, Priestern und Militärangehörigen ein Zusammenhang zwischen Arbeitssituation und Trinkverhalten nachweisen läßt. Es ist vor diesem Hintergrund bemerkenswert und bezeichnend, daß in dem umfangreichen Beitrag Lepkes das Arbeits- und Gesundheitsschutzrecht und damit das Ansetzen an den suchtbegünstigenden Faktoren der Arbeitswelt praktisch nicht thematisiert wird.

¹⁰ Die Defizite können anschaulich den in den Jahresberichten der Arbeitsschutzbehörden der Länder enthaltenen Beiträgen und Erhebungen entnommen werden. Vgl. für das Land Nordrhein-Westfalen etwa Hamacher/Fischer/Lopian, Arbeitsschutz in NRW 1999, 8 ff.; Fischer, Arbeitsschutz in NRW 2000, 9 ff.; vgl. außerdem jüngst die Mitteilung der EG-Kommission über die praktische Durchführung der Bestimmungen

Arbeitsschutzrechts durch das ArbSchG konstatierten „Beharrungstendenzen“¹¹ des klassischen deutschen Arbeitsschutzrechts hier ihre Fortsetzung finden.

Das deutsche Arbeitsschutzrecht „unter dem Dach“ des mit dem Inkrafttreten des ArbSchG aufgehobenen § 120 a GewO war klassisches Polizei- und Ordnungsrecht, d.h. Recht der Gefahrenabwehr. Vergegenwärtigt man sich die grundlegenden Strukturprinzipien dieses zum Kernbestand des öffentlichen Rechts zählenden Rechtsgebiets, erhellen sich die Hintergründe für die sehr zurückhaltende, primär auf den Unfallschutz zielende rechtliche Verarbeitung des betrieblichen Suchtmittelverhaltens durch das Arbeitsschutzrecht. In Anlehnung an eine schon durch das Preußische Oberverwaltungsgericht geprägte und bis heute maßgebliche Definition¹² wird unter einer Gefahr „eine Sachlage verstanden, die bei ungehindertem Ablauf des objektiv zu erwartenden Geschehens zu einem Schaden führt, wobei für den Schadenseintritt eine hinreichende Wahrscheinlichkeit verlangt wird und von einem Schaden erst gesprochen werden kann, wenn eine nicht unerhebliche Beeinträchtigung vorliegt“.¹³

Wichtig ist im vorliegenden Kontext zunächst, daß eine auf *empirische Erkenntnisse*¹⁴ gestützte Bewertung dahingehend zu treffen ist, daß es ohne gegensteuernde – staatliche – Intervention mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem Schadensereignis kommen wird. Die bereits erwähnte Bestimmung des § 38 BGV A 1-Alt¹⁵ über das Alkoholverbot fügt sich in diesen am Begriff der Gefahr orientierten Ansatz ohne weiteres ein. Da es bereits zum gesicherten Bestand des allgemeinen Erfahrungswissens zählt, daß der Konsum von Alkohol zu Ausfallerscheinungen in Gestalt von Beeinträchtigungen der Sinnesleistungen, der Motorik und der sonstigen Leistungsfähigkeit (Reaktionsvermögen, Konzentrationsfähigkeit u.s.w.) führt; ist die Möglichkeit von unfallverursachenden Fehlleistungen offensichtlich. Das Konsumverbot, wird es denn „gelebt“, ist insoweit ein geeignetes und probates Mittel zur Gefahrenabwehr.

Es entspricht der inneren Logik des Ordnungsrechts, daß § 38 BGV A 1-Alt¹⁶ kein absolutes, sondern ein relatives Alkoholverbot normiert. Eingriffe (hier in Gestalt eines Alkoholverbots) sind rechtlich nur zulässig, wenn eine Gefahrenlage besteht. *Felderhoff* weist in diesem Zusammenhang in seiner umfassenden Arbeit zum Thema „Alkohol und Arbeitsrecht“ darauf hin, daß § 38 BGV A 1-Alt damit vor allem in Evidenzfällen zum Tragen kommt, wenn „durch schwerste körperliche Ausfallerscheinungen ... schon nach der Lebenserfahrung die objektive Besorgnis des Eintritts eines schädigenden Ereignisses besteht.“¹⁷ Eine

der Arbeitsschutzrahmenrichtlinie und weiterer EG-Richtlinien zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, KOM(2004)62 engültig vom 05.02.2004, S. 14 ff., wo neben empirischen Erkenntnissen aus Deutschland auch ein Überblick über die Umsetzungsprobleme in den anderen Mitgliedsstaaten gegeben wird.

¹¹ Birk, Festschrift Wlotzke, 645 ff. (646 f.).

¹² Dazu Kloepfer, Umweltrecht, § 4, Rdnr. 10; Kohte, Jahrbuch des Arbeitsrechts 2000, 21 ff. (32).

¹³ So die Gesetzesbegründung zum ArbSchG, Bt.-Drcks. 13/3530, S. 16, aus der Literatur etwa Kittner/Pieper, ArbSchR, § 4 ArbSchG, Rdnr. 2; MünchArbR-Wlotzke, § 206, Rdnr. 26; vgl. außerdem die eingehende Analyse des Gefahrbegriffs von Bückner, Von der Gefahrenabwehr zur Risikoversorge, S. 88 ff.

¹⁴ Ausführlich zu dieser Thematik, Bückner, Von der Gefahrenabwehr zur Risikoversorge, S. 87 ff.

¹⁵ Gleiches gilt sinngemäß für § 15 Abs. 2, 3 BGV A 1-Neu, der insoweit allein zu einer Ausweitung der relevanten Substanzen auf Drogen, andere berauschende Mittel und Medikamente geführt hat.

¹⁶ Seit dem 1.1.2004 für den Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften § 15 Abs. 2, 3 BGV A 1-Neu.

¹⁷ Zitat aus Felderhoff, Alkohol und Arbeitsrecht, S. 54.

weitergehende unbedingte Verpflichtung zum Erlaß eines Alkoholverbots bestehe in aller Regel nicht, da es keine wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Wirkungen des Alkoholkonsums auf das Unfallgeschehen gebe und solche auch wegen der Komplexität des Arbeitslebens nicht zu erwarten seien. Per se nicht unter die Alkoholverbotsregelung fielen geistige Arbeitsleistungen, die praktisch kein Gefährdungspotential aufwiesen.¹⁸ In aller Regel bedürfe § 38 BGV A 1-Alt der ausdrücklichen betrieblichen Konkretisierung durch den Arbeitsvertrag, das Direktionsrecht oder durch Betriebsvereinbarungen.¹⁹

Neben dem vorstehend skizzierten empirisch abgesicherten schädigenden Geschehensablauf ist im Ordnungsrecht noch eine zweite „Hürde“ angelegt, die in der Vergangenheit eine arbeitsschutzrechtliche Aufarbeitung des Suchtmittelgebrauchs schwierig machte. Nach der obigen Definition des Gefahrbegriffs ist nicht jede schädigende Einwirkung erfaßt, sondern entscheidend ist, daß eine nicht unerhebliche Beeinträchtigung eines geschützten Rechtsguts mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Was gemeint ist, läßt sich gut anhand der Problematik des Rauchens bei der Arbeit veranschaulichen, einer Thematik des Suchtmittelgebrauchs, die auch arbeitsschutzrechtlich erhebliche Aufmerksamkeit gefunden hat.²⁰ Bis zur gesetzlichen Regelung des Nichtraucherschutzes durch § 3 a ArbStättV im Jahre 2002²¹ ist intensiv diskutiert worden, ob und unter welchen Voraussetzungen Beschäftigte arbeitsschutzrechtlich Ansprüche auf Maßnahmen zum Nichtraucherschutz haben. Hintergrund der Kontroversen war der arbeitsschutzrechtliche Gesundheitsbegriff: Auch wenn das Rauchen am Arbeitsplatz unstreitig mit Beeinträchtigungen des Wohlbefindens der nichtrauchenden Kollegen verbunden ist, war unklar, ob das Passivrauchen zu einer Verletzung der Gesundheit führt oder lediglich zu „Belästigungen“, die nicht vom Gefahrbegriff umfaßt sind.

Der klassische arbeitsschutzrechtliche Gesundheitsbegriff setzte an der körperlichen Unversehrtheit an. Demzufolge wurde eine rechtlich relevante Gesundheitsschädigung erst dann angenommen, wenn eine diagnostizierbare Krankheit oder eine Verletzung ernstlich zu befürchten war.²² Ein so qualifizierter empirisch abgesicherter Zusammenhang des Passivrauchens mit konkret diagnostizierbaren Gesundheitsschäden wurde bis weit in die 1990iger Jahre vielfach als wissenschaftlich nicht gesichert angesehen.²³ Das Rauchen bei der Arbeit entzog sich damit im Kern dem Arbeitsschutzrecht. Eine „Trendwende“ fand erst durch die Aufnahme des Passivrauchens in das Verzeichnis der krebserzeugenden, erbgutverän-

¹⁸ Vgl. ausführlich Felderhoff, Alkohol und Arbeitsrecht, S. 51 ff, im Hinblick auf die Nichtanwendbarkeit der Verbotsregelung auf „geistige Arbeitsleistungen“ Fußnote 22. Ob es tatsächlich keine wissenschaftlichen Erkenntnisse über Unfallgefahren bei der Arbeit durch Alkoholkonsum gibt, wie von Felderhoff angenommen, sei hier dahingestellt.

¹⁹ Felderhoff, Alkohol und Arbeitsrecht, S. 55.

²⁰ Vgl. z.B. die umfangreiche Arbeit von Leßmann, Rauchverbote am Arbeitsplatz; außerdem etwa Ahrens, AR-Blattei SD, Stichwort „Rauchverbot“; Börgmann, RdA 1993, 275 ff.; Heilmann, BB 1994, 715.

²¹ BGBl. I 2002, 3777. Kurze Überblicke über die Regelung und die hieraus folgenden Konsequenzen bieten z.B. Buchner, BB 2002, 2382 ff.; Wellenhofer-Klein, RdA 2003, 155 ff. An der durch § 3 a ArbStättV begründeten Rechtslage wird sich auch nichts durch die in Kürze zu erwartende Novellierung des Arbeitsstättenrechts ändern. Im Entwurf des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit (download über die Homepage des BMWA, <http://www.bmwa.bund.de/>) ist der geltende § 3 a ArbStättV unverändert übernommen worden.

²² Dazu z.B. MünchArbR-Wlotzke, § 206, Rdnr. 35; Faber, Arbeit 1998, 203 ff. (207 f.).

²³ Hierzu eingehend Cosack, DB 1999, 1450 ff. (1450 ff.), m.w.N.

dernden und fortpflanzungsgefährdenden Stoffe²⁴ statt. Man sah nunmehr einen Zusammenhang des Passivrauchens mit schweren Krankheiten als empirisch und wissenschaftlich erwiesen an, mit der Folge, daß Maßnahmen zum Nichtraucherschutz insbes. gestützt auf § 5 ArbStättV befürwortet wurden.²⁵

Es kann damit festgehalten werden, daß nach dem klassischen Arbeitsschutzansatz die betriebliche Suchthilfe nur in den Fällen eine arbeitsschutzrechtliche Dimension bekommt, in denen empirisch abgesicherte Anhaltspunkte für hinreichend wahrscheinliche Beeinträchtigungen der Arbeitssicherheit und der Gesundheit vorhanden sind. Solange hierfür nicht der entsprechende Nachweis geführt werden konnte, entzog sich nach klassischem Verständnis das betriebliche Suchtgeschehen dem Arbeitsschutzrecht. Das bedeutet nicht, daß es an Rechtsgrundlagen für Maßnahmen und Programme der betrieblichen Suchthilfe gänzlich fehlte (Direktionsrecht, Betriebsvereinbarungen über die betriebliche Ordnung i.S. von § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG).²⁶ Abgestützt auf eine arbeitsschutzrechtliche Rechtsgrundlage lassen sich solche Programme allerdings im Konfliktfalle im Grundsatz wirkungsvoller durchsetzen, sei es durch die Aufsichtsbehörde (§ 22 Abs. 3 ArbSchG), den Betriebsrat (§ 87 Abs. 1 Nr. 7, 89 BetrVG) oder als Individualanspruch eines einzelnen Beschäftigten (§ 618 BGB)²⁷.

II. Der konzeptionelle Ansatz des ArbSchG: Erweiterter Arbeitsschutzansatz und Suchtmittel im Betrieb

Das ArbSchG setzt die europäische Rahmenrichtlinie-Arbeitsschutz (89/391/EWG) in deutsches Recht um. Das ArbSchG wie auch die Rahmenrichtlinie-Arbeitsschutz stehen im Vergleich zum vorstehend skizzierten klassisch-ordnungsrechtlichen – vornehmlich am Begriff der Gefahr orientierten – Arbeitsschutzverständnis für einen umfassenderen Regulierungsansatz. Konzentrierte sich das zwingende Arbeitsschutzrecht wie dargestellt bis in das Jahr 1996 auf „harte“ Gesundheitsgefahren, öffnet sich das Arbeitsschutzrecht nunmehr auch für weitere, „weichere“ Belastungsfaktoren, so daß sich die – soweit ersichtlich noch nicht thematisierte – Frage stellt, welche Rolle die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe in diesem Konzept einnimmt.

Die Reichweite des Arbeitsschutzansatzes des ArbSchG läßt sich gut anhand der Bestimmung des § 2 Abs. 1 ArbSchG verdeutlichen. Die Vorschrift, durch die der für die Anwendung des Gesetzes zentrale Begriff der „Maßnahmen des Arbeitsschutzes“ gesetzlich definiert wird, beschreibt in allgemeiner Form die Bandbreite der Ziele des gesetzlichen Arbeitsschutzes nach dem ArbSchG.²⁸

²⁴ Veröffentlicht als TRGS 905 (TRGS = Technische Regeln für Gefahrstoffe).

²⁵ Cosack, DB 1999, 1450 ff. (1452); Börgmann, Anmerkung zu BAG, AP Nr. 26 zu § 618 BGB, der seine im Jahre 1993 – RdA 1993, 275 ff. (279 f.) – formulierte Auffassung, daß es an ausreichenden wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Langzeitfolgen des Passivrauchens und damit an einer Gefahr fehle, vor dem Hintergrund neuer Studien und der TRGS 905 aufgegeben hat.

²⁶ Dazu anschaulich Graefe, BB 2001, 1251 ff.

²⁷ Ausführlich zu diesen Ebenen der Durchsetzung des Arbeitsschutzrechts Faber, Die arbeitsschutzrechtlichen Grundpflichten, S. 259 ff.

²⁸ Prax-Kommentar ArbSchG-Kohte, § 2, Rdnr. 9; Faber, Die arbeitsschutzrechtlichen Grundpflichten, S. 39 f.

1. Allgemeines

Maßnahmen des Arbeitsschutzes sind nach § 2 Abs. 1 ArbSchG „Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich der Maßnahmen der menschengerechten Arbeitsgestaltung“. Im Kern dem klassischen Ansatz zuzuordnen sind die genannten Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. In beiden Fällen geht es zunächst einmal um den unmittelbaren Schutz der körperlichen Integrität (d.h. Verletzungs- und Krankheitschutz). Die im vorliegenden Zusammenhang interessierende Erweiterung erfährt der gesetzliche Arbeitsschutz dadurch, daß beiden Maßnahmenkategorien (Unfälle, Gesundheitsgefahren) jeweils ergänzend („einschließlich“) die Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit zugeordnet werden.

Unter den Begriff der menschengerechten Gestaltung der Arbeit fallen grundsätzlich alle Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Bedingungen, unter denen die Arbeit zu erbringen ist, abzielen. Gestaltungsmaxime ist es, Arbeit und Arbeitsbedingungen an den Menschen anzupassen, so daß sie – idealiter – seinen physischen und psychischen Eigenschaften und Potentialen entsprechen und seine Persönlichkeit gefördert wird.²⁹ Anders als das klassische Ordnungsrecht, das *reaktiv* an vorhandene Gefahrenlagen anknüpft, zielt die menschengerechte Gestaltung der Arbeit damit auch auf die – gefahrenunabhängige – *Vermeidung bzw. Minimierung* solcher *Belastungen*, die zwar nicht zwangsläufig einen Gesundheitsschaden hervorrufen müssen, aber grundsätzlich – ggf. im Zusammenwirken mit anderen Belastungsfaktoren – dazu geeignet sind.³⁰ Bildlich gesprochen greifen die Maßnahmen bereits im „Vorfeld der Gefahr“.

In den Anwendungsbereich des von jedem Arbeitgeber zwingend zu beachtenden Arbeitsschutzrechts gelangt damit insbes. das Ziel, psychische Belastungen möglichst zu vermeiden oder jedenfalls zu minimieren. Nach dem klassischen Ansatz war der Arbeitgeber bei solchen psychischen Belastungen allenfalls dann zu gegensteuernden Maßnahmen verpflichtet, wenn ein hinreichender, empirisch begründeter Zusammenhang mit konkreten Erkrankungen im Sinne einer klaren Ursache-Wirkung-Beziehung nachgewiesen werden konnte.

Neben Defiziten bei der ergonomischen Gestaltung von Arbeitsstätten und Arbeitsmitteln sind auf dieser Grundlage bei der betrieblichen Planung und Durchführung der Maßnahmen z.B. folgende Belastungsfaktoren ggf. zu beachten:

²⁹ Fitting/Kaiser/Heither/Engels/Schmidt, BetrVG, § 90, Rdnr. 38; aus europarechtlicher Perspektive Prax-Kommentar ArbSchG-Kohte, § 2, Rdnrn. 22 ff.

³⁰ MünchArbR-Wlotzke, § 206, Rdnr. 14; Bücken/Feldhoff/Kohte, Rdnr. 48; Faber, Arbeit 1998, 203 ff. (206 f.).

- über- bzw. unterfordernde Arbeitsaufgaben,
- ein maschinenbestimmter Arbeitsrhythmus,
- fehlende Handlungsspielräume,
- Arbeitsverdichtung/Streß,
- die sozialen Beziehungen bei der Arbeit,
- Isolierung durch Einzelarbeitsplätze,
- die Gestaltung der Arbeitszeit, insbes. Nacht- und Schichtarbeit,
- die individuelle Belastungsfähigkeit der Beschäftigten, insbes. besonders schutzbedürftige Personengruppen (behinderte Menschen, Jugendliche, schwangere Frauen).³¹

Korrespondierend mit diesem erweiterten Arbeitsschutzansatz hat sich zunehmend – u.a. gestützt durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts³² – ein *erweiterter Gesundheitsbegriff* durchgesetzt. Er ist insbes. dadurch gekennzeichnet, daß er im Unterschied zum klassischen Verständnis über den reinen Integritätsschutz hinausgeht und „auch die durch die Arbeitsbedingungen beeinflussbaren psychischen Befindlichkeiten, insbesondere psychosomatische Zustände“³³ erfaßt. Überwiegend vertreten wird gegenwärtig der im ILO-Übereinkommen Nr. 155 verwendete Gesundheitsbegriff.³⁴ Danach „umfaßt der Ausdruck ‘Gesundheit’ im Zusammenhang mit der Arbeit nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen, sondern umfaßt auch die physischen und geistig-seelischen Faktoren, die sich auf die Gesundheit auswirken und in unmittelbarem Zusammenhang mit der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit stehen.“³⁵ Hiermit wird die geschilderte Vorverlagerung des arbeitsschutzrechtlichen Schutzes auf der Begriffsebene konsequent nachvollzogen.

2. Auswirkungen auf den arbeitsschutzrechtlichen Unfallschutz

Die durch die Einbeziehung der menschengerechten Gestaltung der Arbeit gebotenen Weiterungen des Arbeitsschutzverständnisses haben Auswirkungen auf die arbeitsschutzrechtliche Bewertung des betrieblichen Suchtverhaltens sowie der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. Das gilt zunächst für die Einbeziehung der menschengerechten Arbeitsgestaltung bei den Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit. Da nach dem Regulierungsansatz des ArbSchG auch solche betrieblichen Faktoren aus der Arbeitsumwelt arbeitsschutzrechtlich bedeutsam sind, die einen möglichen Unfall begünstigen und

³¹ Vgl. dazu insbes. Fitting/Kaiser/Heither/Engels/Schmidt, BetrVG, § 90, Rdnr. 40; Däubler/Kittner/Klebe-BetrVG-Klebe, § 90, Rdnr. 32; Anzinger/Bieneck, ASiG, § 1, Rdnr. 20; Gesetzesmaterialien Bt.-Drcks. 13/3540, S. 15; Prax-Kommentar ArbSchG-Kohte, § 2, Rdnrn. 29 ff.

³² BVerwG, NZA 1997, 482 ff. (483).

³³ Zitat aus BVerwG, NZA 1997, 482 ff. (483).

³⁴ So etwa Bucker/Feldhoff/Kohte, Rdnr. 574; MünchArbR-Wlotzke, § 206, Rdnr. 37; Kittner/Pieper, ArbSchR, § 1 ArbSchG, Rdnr. 8. Zu weit, weil die Verbindung zur Arbeit lösend, ist demgegenüber der allgemeine Gesundheitsbegriff der WHO, wonach Gesundheit „ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und körperlichen Gebrechen“ ist, vgl. dazu z.B. MünchArbR-Wlotzke, § 206, Rdnr. 36; Kohte, Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung, 53 ff. (59 f.), der zutreffend den ILO-Begriff dem Arbeitsschutzrecht und den umfassenden WHO-Begriff dem Recht der betrieblichen Gesundheitsförderung zuordnet.

³⁵ Art. 3 lit. e des Übereinkommens über Arbeitsschutz und Arbeitsumwelt (ILO-Übereinkommen Nr. 155), download möglich von den Internet-Seiten der ILO, <http://www.ilo.org/>.

es keines engen kausalen Zusammenhangs im Sinne einer Gefahr mehr bedarf³⁶, müssen nunmehr weitere Aspekte wie z.B. monotone Arbeitsbedingungen oder die Arbeitszeit in die Maßnahmenplanung einfließen. Hierzu zählen auch Suchtmittel, sofern sie sich auf die Leistungsfähigkeit und die Fähigkeit der Beschäftigten, sich sicherheitsgerecht zu verhalten, auswirken. Es ist somit ein beachtlicher Rahmen geschaffen, der die Thematisierung des Suchtverhaltens arbeitsschutzrechtlich zwingend gebietet. Er überwindet weitgehend die oben beispielhaft an § 38 BGV A 1-Alt beschriebenen Restriktionen, die sich vor allem daraus ergaben, daß es – tatsächlich oder vermeintlich – keine gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf die Unfallgefahr gibt³⁷ und insofern schon Probleme bestanden, überhaupt eine Gefahrenlage festzustellen. Ergänzend sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß die zeitgleich mit dem Erlaß des ArbSchG erfolgte Neuordnung des Unfallversicherungsrechts durch das SGB VII heute eine andere, sich vom Gefahrbegriff lösende Auslegung des § 38 BGV A 1-Alt³⁸ erforderlich macht. Durch § 1 Nr. 1 SGB VII hat der Gesetzgeber die klassische Präventionsaufgabe der Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften, Unfallkassen, Unfallversicherungsverbände) zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten um die Aufgabe der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren erweitert. Diese Erweiterung des Präventionsauftrags löst sich in vergleichbarer Weise vom klassischen Gefahrbegriff³⁹. Ein enger Kausalzusammenhang im Sinne einer wesentlichen Bedingung hat im Unfallversicherungsrecht nur noch für die Entschädigung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (§§ 7 ff. SGB VII) aufgrund der spezifischen Funktion des Entschädigungsrechts Berechtigung.⁴⁰

3. Auswirkungen auf den arbeitsschutzrechtlichen Gesundheitsschutz

Obgleich Suchterkrankungen arbeits- und sozialrechtlich als Krankheiten anerkannt sind, hat das oben dargestellte Beispiel des Nichtraucher-schutzes deutlich gemacht, daß Maßnahmen zu ihrer Verhütung auf arbeitsschutzrechtlicher Grundlage nach dem klassischen Arbeitsschutzansatz vor dem Problem standen, daß ein enger, wissenschaftlich eindeutig belegbarer Kausalzusammenhang zwischen Arbeit und konkreter Erkrankung bestehen mußte. Dies hat sich u.a. deswegen als außerordentlich schwierig erwiesen, weil der Suchtmittelmißbrauch und Suchtmittelerkrankungen wohl nur in Ausnahmefällen allein auf die

³⁶ Prax-Kommentar ArbSchG-Kohte, § 2, Rdnr. 14, der zutreffend darauf hinweist, daß sich der Unfallbegriff des auf Prävention hin orientierten ArbSchG vom entschädigungsrechtlichen Unfallbegriff der Unfallversicherung unterscheidet.; Faber, Die arbeitsschutzrechtlichen Grundpflichten, S. 41.

³⁷ Dazu Felderhoff, Alkohol im Arbeitsleben, S. 52; wenn bei Felderhoff in diesem Kontext vom „Zusammenhang Alkoholkonsum – Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit – Gefährdung“ die Rede ist, entspricht dies nicht mehr der heute, nach Inkrafttreten des ArbSchG zu verwendenden Terminologie. Das ArbSchG trennt deutlich zwischen dem oben erläuterten Gefahrbegriff und dem Begriff der „Gefährdung“, verstanden als Möglichkeit eines Schadens oder einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ohne bestimmte Anforderungen an deren Ausmaß oder Eintrittswahrscheinlichkeit, vgl. dazu die Gesetzesbegründung, Bt.-Drcks. 13/3540, S. 16, sowie exemplarisch für die neuere Literatur Kittner/Pieper, ArbSchR, § 4 ArbSchG, Rdnr. 2.

³⁸ Gleiches gilt auch für die auch Drogen, andere berauschende Mittel und Medikamente einbeziehenden neuen Bestimmungen des § 15 Abs. 1, 2 BGV A 1-Neu.

³⁹ Vgl. dazu etwa Radek, Die BG 1997, 351 f.

⁴⁰ Eingehend dazu Prax-Kommentar ArbSchG-Kohte, § 2, Rdnrn. 14, 19 ff. m.w.N.

Arbeitsbedingungen zurückgeführt werden können und regelmäßig eine Fülle von Faktoren eine Rolle spielen.⁴¹

Durch die mit der Einbeziehung der Maßnahmen der menschengerechten Arbeitsgestaltung bewirkte Öffnung des Arbeitsschutzrechts werden diese Restriktionen für eine Thematisierung des Umgangs mit Suchtmitteln im Betrieb unter arbeitsschutzrechtlichen Vorzeichen deutlich gelockert. Es wird insbes. nicht mehr verlangt, daß die Arbeit eine wesentliche Bedingung für das Entstehen von bestimmten Suchterkrankungen ist. Entscheidend ist nunmehr die Frage, ob sich aus den Arbeitsbedingungen belastende Faktoren ergeben, die geeignet sind, die Entstehung von Suchtmittelerkrankungen ungünstig zu beeinflussen.⁴² Die Reichweite der erweiterten arbeitsschutzrechtlichen Pflichten wird besonders deutlich anhand der Definition des Begriffs der „arbeitsbedingten Erkrankungen“, die zutreffend in der arbeitsschutzrechtlichen Literatur in diesem Zusammenhang zur Verdeutlichung herangezogen wird⁴³: Arbeitsbedingte Erkrankungen sind danach solche Erkrankungen, „die durch Arbeitseinflüsse verursacht oder mitverursacht bzw. die als außerberuflich erworbene Erkrankungen durch Arbeitsverhältnisse in ihrem Verlauf ungünstig beeinflusst werden.“⁴⁴

Arbeitsschutzrechtlich relevant sind damit im Grundsatz alle aus den Arbeitsbedingungen folgenden Faktoren, die geeignet sind, das Entstehen bzw. die Entwicklung von Suchtmittelerkrankungen ungünstig zu beeinflussen. Vom Vorliegen dieser Voraussetzungen wird man sicherlich bei den Fällen ausgehen können, in denen im Betrieb bzw. am Arbeitsplatz erlaubt, verbotswidrig oder geduldet Suchtmittel konsumiert werden. Schwieriger ist es, gestützt auf das Arbeitsschutzrecht, Maßnahmen zur Bekämpfung der – betrieblichen – Ursachen des Suchtmittelmißbrauchs bzw. von Suchtmittelerkrankungen einzufordern (Rechtsfolgenseite). Dies gilt in besonderem Maße, solange sich diese suchtbegünstigenden Faktoren noch nicht bei der Arbeit in Gestalt von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, unsicherem und damit unfallträchtigem Verhalten oder Verstößen gegen die betriebliche Ordnung niedergeschlagen haben. Programme zur Suchtprävention und Suchthilfe kommen insoweit dann in Betracht, wenn der Suchtmittelgebrauch eine mögliche Bewältigungsstrategie darstellt, um z.B. psychische Belastungen, wie sie etwa durch Arbeitsdruck, Über- bzw. Unterforderung oder Streß entstehen, zu verarbeiten. Um arbeitsschutzrechtlich relevant zu werden, bedarf es gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse (§ 4 Nr. 3 ArbSchG) über die skizzierten Zusammenhänge (dazu sogleich A.III.1). Nicht notwendig ist es, daß, und hier liegt vor allem die Erweiterung des Arbeitsschutzverständnisses, die betrieblichen Belastungsfaktoren die entscheidende Ursache für den Suchtmittelmißbrauch und Suchtmittelkrankheiten sind.

⁴¹ In diesem Sinne Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.): Am Arbeitsplatz nüchtern, Info 14/03 zu Fragen der Gesundheitsvorsorge; insoweit auch Lepke, DB 2001, 269 ff. (270), m.w.N.

⁴² Es besteht nunmehr also die Möglichkeit, auf arbeitsschutzrechtlicher Grundlage Maßnahmen zum Schutz gegen multifaktoriell-verursachte Erkrankungen zu treffen, vgl. dazu etwa Kittner/Pieper, ArbSchR, § 2 ArbSchG, Rdnr. 7; Anzinger/Bieneck, ASiG, § 1, Rdnr. 18.

⁴³ Vgl. nur MünchArbR-Wlotzke, § 206, Rdnr. 10; Nöthlichs, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, § 2 ArbSchG, Anm. 1.3; Kittner/Pieper, ArbSchR, § 2 ArbSchG, Rdnrn. 5 ff.

⁴⁴ Vgl. Bekanntmachung des BMA, BAnz. 1993, Nr. 116.

III. Der arbeitsschutzrechtliche Rahmen für die Umsetzung des erweiterten Arbeitsschutzverständnisses

Bislang widmeten sich die Ausführungen auf einer eher konzeptionellen Ebene der Frage, ob und inwieweit betriebliche Suchtmittelprobleme in den Anwendungsbereich des neuen, erweiterten Arbeitsschutzansatzes des ArbSchG fallen. In diesem Abschnitt soll nunmehr der Blick auf die rechtliche Operationalisierung des erweiterten Arbeitsschutzansatzes gelenkt werden. Anders gewendet: Es geht um die Frage, was arbeitsschutzrechtlich zu tun ist. Der Abschnitt handelt also – wiederum mit besonderem Augenmerk auf die betriebliche Suchtprävention und –hilfe – von den Rechtsfolgen und den für sie maßgeblichen materiellrechtlichen Maßstäben.

1. Ergänzung des Gefahrenschutzes durch den Gefährdungsschutz

Nach § 3 Abs. 1 ArbSchG ist der Arbeitgeber verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu treffen. Die materiellrechtlichen Schutzziele, denen die Maßnahmen genügen müssen, um „erforderlich“ i.S. von § 3 Abs. 1 ArbSchG zu sein, ergeben sich aus dem ArbSchG selbst sowie aus speziellen Rechtsvorschriften (z.B. ArbStättV, BildscharbV, GefStoffV) und den Unfallverhütungsvorschriften, die die häufig allgemein gehaltenen Anforderungen des ArbSchG konkretisieren.⁴⁵

Die grundlegenden materiellrechtlichen Orientierungen des betrieblichen Arbeitsschutzrechts sind in § 4 ArbSchG unter insgesamt acht Ziffern katalogartig zusammengestellt. Es entspricht allgemeiner Auffassung, daß im Katalog des § 4 ArbSchG implizit eine Rangfolge von Schutzmaßnahmen angelegt ist, die darauf abzielt, daß Präventionsmaßnahmen möglichst frühzeitig ansetzen.⁴⁶ An der Spitze dieser Rangfolge steht das in § 4 Nr. 1 ArbSchG formulierte Ziel, die Arbeit „so zu gestalten, daß eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird“. Es ist zu beachten, daß der Gesetzgeber ganz bewußt⁴⁷ den Begriff der „Gefährdung“ gewählt hat. In der Gesetzesbegründung heißt es in diesem Zusammenhang: „<<Gefährdung>> bezeichnet im Gegensatz zur <<Gefahr>> die Möglichkeit eines Schadens oder einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ohne bestimmte Anforderungen an deren Ausmaß oder Eintrittswahrscheinlichkeit.“⁴⁸ § 4 Nr. 1 ArbSchG normiert mit diesem „Gefährdungsschutz“⁴⁹ den rechtlichen Rahmen für die praktische Umsetzung des im erweiterten Arbeitsschutzansatz enthaltenen Postulats eines gefahrenunabhängigen Abbaus von potentiell gesundheitsschädigenden, physischen und psychischen Belastungen durch die Arbeitsbedingungen. In den Blickpunkt gerät damit die präventive Bekämpfung der betrieblichen Ursachen des Suchtmittelmißbrauchs.

⁴⁵ Dies folgt aus § 1 Abs. 3 ArbSchG, der regelt, daß die arbeitsschutzrechtlichen Verpflichtungen des Arbeitgebers aus „sonstigen Rechtsvorschriften“ unberührt bleiben. Genauer dazu z.B. Kittner/Pieper, ArbSchR, § 1 ArbSchG, Rdnrn. 22 ff.

⁴⁶ Vgl. z.B. Kollmer/Vogl, Arbeitsschutzgesetz, Rdnr. 76; Koll/Janning/Pinter-Koll, Kommentar zum ArbSchG, § 4, Rdnr. 6; Kittner/Pieper, ArbSchR, § 4 ArbSchG, Rdnrn. 5 ff.

⁴⁷ So zutreffend Kollmer/Vogl, Arbeitsschutzgesetz, Rdnr. 76.

⁴⁸ Bt.-Drcks. 13/3530, S. 16; die Literatur folgt dieser terminologischen Differenzierung einhellig, vgl. z.B. Koll/Janning/Pinter-Koll, Kommentar zum ArbSchG, § 4, Rdnr. 8; Kollmer/Vogl, Arbeitsschutzgesetz, Rdnr. 78; Wank, TAS, § 4 ArbSchG, Rdnr. 2.

⁴⁹ Dazu auch eingehend Kohte, Jahrbuch des Arbeitsrechts 2000, 21 ff. (31 f.).

In den Anwendungsbereich der Vorschrift fallen damit im Grundsatz sowohl suchterkrankungsfördernde Belastungsfaktoren als auch Erhöhungen der Unfallrisiken durch Suchtmittelkonsum unterhalb der „Gefahrschwelle“. Unverzichtbar ist dabei aber auch für den Gefährdungsschutz, daß hinreichende Ansatzpunkte („die Möglichkeit“) für einen zumindest mitursächlichen Zusammenhang zwischen (belastenden) Faktoren aus der Arbeitsumwelt und einer potentiellen Schädigung (hier also einer Suchterkrankung) besteht. Ein solcher – gegenüber dem Gefahrenschutz deutlich gelockerter – Kausalzusammenhang von Arbeitsbedingungen und potentiellen Schädigungen ist aus grundsätzlichen Erwägungen unverzichtbar, da dem Arbeitgeber nur Pflichten im Hinblick auf Umstände auferlegt werden können, auf die er tatsächlich und rechtlich Einfluß nehmen kann. Eine Einflußnahme auf die persönliche Lebensführung und die Privatsphäre der Beschäftigten, auf die eine weitergehende Verpflichtung des Arbeitgebers hinausläuft, ist dem Arbeitgeber aber bereits aus grundrechtlichen Erwägungen verwehrt. Maßnahmen zur Verhütung von Suchterkrankungen bzw. suchtmittelbedingten Unfallgefährdungen setzen vor diesem Hintergrund im Wesentlichen zweierlei voraus:

Erstens bedarf es Wissens über die genannten Zusammenhänge. Maßstab sind insofern die in § 4 Nr. 3 ArbSchG genannten Standards, also „der Stand von Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse“.⁵⁰ Für das Bestehen eines solchen Zusammenhangs spricht z.B. der gegenwärtige Forschungsstand über psychische Belastungen bei der Arbeit: Es wird insoweit von einem Zusammenhang mit einem steigenden Nikotin-, Alkohol und Tablettenkonsum als mittel- bis langfristige Reaktionen auf psychische Fehlbelastungen ausgegangen.⁵¹

Zweitens setzt eine arbeitsschutzrechtliche Rechtsgrundlage für Programme der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe als Maßnahmen des Gefährdungsschutzes voraus, daß tatsächliche Erkenntnisse darüber vorliegen, daß Suchtprobleme im Betrieb bestehen, die Programme mithin also geeignet sind, einen Beitrag dazu zu liefern, um insbes. psychische Fehlbelastungen und –beanspruchungen zu bewältigen. Entscheidende Voraussetzung dafür ist, daß geeignete Sensoren im Betrieb vorhanden sind, um Auffälligkeiten zu registrieren. Eine Schlüsselrolle kommt dabei arbeitsschutzrechtlich der Gefährdungsbeurteilung zu (dazu unten A.III.3.a)).

Die nicht zu unterschätzende Bedeutung des § 4 Nr. 1 ArbSchG liegt zunächst darin, daß sich der Arbeitgeber, und mit ihm die übrigen Akteure des betrieblichen Arbeitsschutzes⁵², zwingend mit den genannten Aspekten befassen müssen. Dessenungeachtet ist aber zu beachten, daß die Vorschrift dem Umfang der Pflicht zum Treffen von Maßnahmen des Gefährdungsschutzes (im hier interessierenden Zusammenhang also der Suchtprävention und Suchthilfe) rechtliche Grenzen setzt. Sie folgen vor allem aus dem Gebrauch des einschränkenden Tatbestandmerkmals „möglichst“, aus dem gefolgert wird, daß nicht in jedem

⁵⁰ In diesem Sinne auch Kohte, Jahrbuch des Arbeitsrechts 2000, 21 ff. (33).

⁵¹ Richter, Stress, psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung, S. 3 (Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse Nr. 116, hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin).

⁵² Zu nennen sind hier vor allem Führungskräfte, Betriebs- und Personalräte, Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte und Sicherheitsbeauftragte. Zu den Aufgaben und Rollen der genannten Akteure vgl. ausführlich Faber, Die arbeitsschutzrechtlichen Grundpflichten, S. 217 ff.

Fälle Optimallösungen – für jede auftretende Gefährdung – gefordert werden können.⁵³ Begrenzungen ergeben sich des weiteren daraus, daß § 4 Nr. 1 ArbSchG den Gefährdungsschutz als einen Gestaltungsauftrag formuliert, der in einen betrieblichen Planungsprozeß (§ 3 Abs. 2 ArbSchG) einzubetten ist. Es liegt in der Natur solcher planerischer Gestaltungsentscheidungen, ein Gesamtkonzept zu finden, daß allen relevanten Belastungsfaktoren und Gefahren einschließlich ihrer Wechselwirkungen möglichst umfassend Rechnung trägt.⁵⁴ § 4 Nr. 4 ArbSchG beschreibt diese anspruchsvolle Aufgabe wie folgt: „Maßnahmen sind mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluß der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen“. Mit Blick auf die betriebliche Suchtmittelproblematik kann dies z.B. bedeuten, daß der betrieblichen Suchtmittelhilfe (als Maßnahme des Arbeitsschutzes) keine oder nur eine geringe Priorität gegeben wird, wenn keine Anhaltspunkte dafür gegeben sind, daß Suchtmittel als Bewältigungsstrategie für arbeitsbedingte Belastungen eingesetzt werden. Es liegt dann näher, die Kräfte für die Bearbeitung anderer Problemfelder zu bündeln.

Der durch § 4 Nr. 1 ArbSchG gesetzlich verankerte Gefährdungsschutz bewegt sich damit innerhalb eines flexiblen Handlungsrahmens, der den betrieblichen Akteuren die Aushandlung und Vereinbarung von Prioritäten ermöglicht und so den Weg frei macht für maßgeschneiderte, an den konkreten betrieblichen Problemlagen orientierten Lösungen. Durch diese Elastizität unterscheidet sich der Gefährdungsschutz deutlich vom klassischen Gefahrenschutz, der bei Vorliegen einer Gefahrenlage stets und kategorisch effektive Schutzmaßnahmen zur Beseitigung der Gefahr verlangt. Zur Klarstellung sei darauf verwiesen, daß das Konzept des Gefährdungsschutzes in keiner Weise die seit jeher bestehende Pflicht des Arbeitsgebers zu einem effektiven Gefahrenschutz berührt. Schon aus verfassungsrechtlichen Gründen kann es nicht zur Disposition des Arbeitgebers und der betrieblichen Akteure des Arbeitsschutzes stehen, ob Arbeitnehmer Gefahrenlagen ausgesetzt sind oder nicht. Gefahren sind also zu beseitigen.

2. Sicherheits- und Gesundheitsschutzinformation der Beschäftigten

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß das durch das europäische Recht geprägte ArbSchG sich dadurch auszeichnet, daß es eine primär technische Orientierung des Arbeitsschutzrechts überwindet. Dies zeigt sich nicht zuletzt daran, daß der Kommunikation, Information und der Beratung zu Fragen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes beachtliche Bedeutung eingeräumt wird.⁵⁵

a) Unterweisung der Beschäftigten

Unterweisungen (§ 12 ArbSchG) sind das bedeutendste Instrument der Sicherheits- und Gesundheitsschutzinformation.⁵⁶ In der Konzeption des ArbSchG ist die Beschäftigteninformation eine wichtige und unverzichtbare Voraussetzung für die Gewährleistung eines

⁵³ MünchArbR-Wlotzke, § 211, Rdnrn. 31 f.; Nöthlichs, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, § 4 ArbSchG, Anm. 3.1.

⁵⁴ Ausführlich zu dieser Problematik Faber, Die arbeitsschutzrechtlichen Grundpflichten, S. 51 ff.

⁵⁵ Ausführlich dazu Kohte, EAS, B 6100 – Arbeitsschutzrahmenrichtlinie –, Rdnrn. 60 f.; 86 ff.

⁵⁶ Zur Abgrenzung der Unterweisung von der Unterrichtung der Beschäftigten nach §§ 14 Abs. 1 ArbSchG, 81 Abs. 1 Satz 2 BetrVG vgl. MünchArbR-Wlotzke, § 211, Rdnr. 58.

effektiven betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes.⁵⁷ Der hohe Stellenwert der Unterweisung ist im Kontext des gesetzlichen Ziels zu sehen, eine verstärkte Aktivierung und Beteiligung der Beschäftigten in Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu erreichen.⁵⁸ Hiermit verbunden ist eine Abkehr von einem primär auf die Sicherheitstechnik fokussierten Arbeitsschutzverständnis, die Raum schafft für andere, nichttechnische Interventionsformen.⁵⁹

Zweck der Unterweisung ist es, die Beschäftigten in den Stand zu versetzen, sich sicherheits- und gesundheitsgerecht bei ihrer Arbeit zu verhalten. Dies setzt insbes. die Vermittlung von geeigneten Informationen und Kenntnissen über die bestehenden Gefahren und Gefährdungen sowie die zu beachtenden Schutzmaßnahmen voraus.⁶⁰ § 12 Abs. 1 Satz 2 ArbSchG verlangt deswegen konsequenterweise, daß Anweisungen und Erläuterungen gegeben werden, die sich speziell auf den Arbeitsplatz oder den Aufgabenbereich der Beschäftigten beziehen (§ 12 Abs. 1 Satz 1 ArbSchG).⁶¹ Suchtmittel gehören damit zu den Unterweisungsthemen, wenn ihr Konsum oder Mißbrauch nach den oben formulierten Anforderungen mit arbeitsschutzrechtlich relevanten Gefahren oder Gefährdungen verbunden ist. Ob und mit welcher Intensität in Unterweisungen auf die Suchtmittelproblematik einzugehen ist, hängt letztendlich von den konkreten Umständen des Einzelfalls ab. Informationen über die Suchtmittelproblematik dürften in aller Regel in Arbeitsbereichen mit hohem Risiko von Fremdschädigungen (Kollegen, Nachbarn) unverzichtbar sein. Umgekehrt läßt sich arbeitsschutzrechtlich keine Rechtspflicht zur Thematisierung von Suchterkrankungen in Unterweisungen herleiten, wenn nicht tatsächliche Anhaltspunkte für ein auffälliges Suchtverhalten bestimmter Beschäftigtengruppen sowie suchtfördernde betriebliche Belastungen gegeben sind.⁶²

Unter methodischen Gesichtspunkten betrachtet ist die Informationsvermittlung durch Unterweisungen mehr als eine bloße „Arbeitsschutzbelehrung“ oder Unterrichtung. Dies folgt bereits aus dem Wortlaut des § 12 Abs. 1 ArbSchG, der nicht nur Anweisungen, sondern auch Erläuterungen verlangt.⁶³ Die methodischen Anforderungen an die Unterweisung werden deutlicher mit einem Blick auf die gemeinschaftsrechtlichen Grundlagen des § 12 ArbSchG. In der englischen Textfassung der Arbeitsschutzrahmenrichtlinie 89/391/EWG ist

⁵⁷ MünchArbR-Wlotzke, § 211, Rdnr. 52; Wank, TAS, § 12, Rdnr. 1.

⁵⁸ Kittner/Pieper, ArbSchR, § 12 ArbSchG, Rdnr. 1; weitaus deutlicher wird diese Zielsetzung in der europäischen Rahmenrichtlinie 89/391/EWG, die durch das ArbSchG in deutsches Recht umgesetzt worden ist, formuliert. Dort werden in Art. 1 Abs. 2 ausdrücklich „die Information, die Anhörung, die ausgewogene Beteiligung nach den nationalen Rechtsvorschriften bzw. Praktiken, (und) die Unterweisung der Arbeitnehmer und ihrer Vertreter“ explizit als Instrumente genannt, um das Ziel der Richtlinie, die Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes, zu realisieren.

⁵⁹ Dazu Bucker/Feldhoff/Kohte, Rdnrn. 247, 251 ff.

⁶⁰ Kollmer/Vogl, Arbeitsschutzgesetz, Rdnr. 138; Wank, TAS, § 12, Rdnr. 1.

⁶¹ Eine Schlüsselrolle bei der Festlegung solcher speziell auf den Arbeitsplatz bzw. Arbeitsbereich zugeschnittenen Unterweisungsinhalte kommt der Gefährdungsbeurteilung (§ 5 ArbSchG) zu. Dazu auch Teil A.III.3.a) des Gutachtens.

⁶² Dies hindert selbstverständlich nicht, die Suchtproblematik auf freiwilliger Basis im Rahmen von Unterweisungen zu thematisieren und ein solches Vorgehen durch eine freiwillige Betriebsvereinbarung nach § 88 BetrVG in eine rechtliche Form zu gießen.

⁶³ MünchArbR-Wlotzke, § 211, Rdnr. 54.

in diesem Zusammenhang von „training of worker“ die Rede.⁶⁴ Unterweisungen müssen vor diesem Hintergrund eine Interaktion zwischen Beschäftigten und Unterweisendem ermöglichen, mit dem Ziel, die Handlungskompetenz und die Eigenverantwortung der Beschäftigten in Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu stärken.⁶⁵ Hierbei sind die aktuellen lernpsychologischen und arbeitspädagogischen Erkenntnisse zu berücksichtigen und z.B. Übungen durchzuführen oder „besondere Vorkommnisse“ zu erörtern.⁶⁶ Sofern sie obligatorisch Gegenstand einer Unterweisung nach § 12 ArbSchG sind, besteht somit ein rechtlicher Handlungsrahmen, um eingehend die Suchtmittelproblematik mit den Beschäftigten zu thematisieren. Hiermit werden durchaus anspruchsvolle Voraussetzungen an die Person des Unterweisenden gestellt.

Verantwortlich für die Durchführung der Unterweisungen ist der Arbeitgeber als Pflichtenadressat des § 12 ArbSchG. Dies bedeutet nicht, daß er die Unterweisungen höchstpersönlich durchführen müßte. § 13 ArbSchG räumt ihm die Möglichkeit zur Pflichtendelegation ein, sofern durch eine sorgfältige Auswahl, Anleitung und Überwachung der betreffenden Person die ordnungsgemäße Erledigung der übertragenen Pflichten (hier Unterweisungspflicht aus § 12 ArbSchG) gewährleistet ist.⁶⁷ Nach dem Leitbild des ArbSchG, das den Arbeitsschutz als Führungsaufgabe versteht⁶⁸, kommt eine Pflichtendelegation vor allem an die betrieblichen Führungskräfte in Betracht. Sie muß schriftlich erfolgen und setzt die Zuverlässigkeit und Fachkunde der beauftragten Person voraus (§ 13 Abs. 2 ArbSchG). Möglich ist aber auch eine Beauftragung anderer⁶⁹ betrieblicher und externer Personen.⁷⁰ Die Beauftragung externer Personen ist vor allem dann geboten, wenn es innerbetrieblich an hinreichend qualifizierten Personen fehlt, um bestimmte Unterweisungsthemen fachkundig⁷¹ zu behandeln. Mit Blick auf das hier interessierende Thema kann eine solche Beauftragung geboten sein, wenn es massive und vielschichtige Suchtprobleme im Betrieb gibt, die in besonderem Maße den Einsatz spezifisch qualifizierter Personen erforderlich machen. Im Normalfall dürfte es aber reichen, wenn dem Unterweisenden geeignete Lehr- und Lernmaterialien zur Verfügung gestellt werden. Die Beschaffung und Bereitstellung solcher geeigneter Mate-

⁶⁴ MünchArbR-Wlotzke, § 211, Rdnr. 58; Kohte, EAS B 6100 – Arbeitsschutzrahmenrichtlinie –, Rdnr. 92, mit zusätzlichen Hinweisen auf die Entstehungsgeschichte und die Wortwahl der französischen Fassung der Richtlinie („formation“).

⁶⁵ Kittner/Pieper, ArbSchR, § 12 ArbSchG, Rdnr. 3.

⁶⁶ Nöthlichs, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, § 12 ArbSchG, Anm. 4.3; Kohte, EAS B 6100 – Arbeitsschutzrahmenrichtlinie –, Rdnr. 92; Kittner/Pieper, ArbSchR, § 12 ArbSchG, Rdnr. 3.

⁶⁷ Ausführlich dazu Gerhard, AuA 1998, 236 ff.; Faber, Die arbeitsschutzrechtlichen Grundpflichten, S. 220 ff.

⁶⁸ Dazu etwa MünchArbR-Wlotzke, § 210, Rdnr. 36.

⁶⁹ Genannt werden insoweit regelmäßig die Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte (vgl. z.B. Kollmer/Vogl, Arbeitsschutzgesetz, Rdnr. 143; Wank, TAS, § 12, Rdnr. 4). Sofern durch Unterweisungen Pflichten des Arbeitgebers erfüllt werden, ist dies nicht auf die Einsatzzeit als Betriebsarzt oder Sicherheitsfachkraft anzurechnen. Die verantwortliche Erfüllung von Arbeitgeberpflichten zählt nicht zu ihren gesetzlichen Aufgaben nach dem ASiG. Wenn es sich um externe Kräfte handelt, muß sich der Arbeitgeber deswegen diese Leistung „einkaufen“, was in der Praxis und in der juristischen Literatur nicht immer mit der gebotenen Deutlichkeit gesehen wird.

⁷⁰ Kollmer/Vogl, Arbeitsschutzgesetz, Rdnr. 37; Nöthlichs, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, § 13, Anm. 2.6.1.

⁷¹ Fachkunde setzt das theoretische Wissen und die praktische Erfahrung voraus, um die obliegende Aufgabe sachgerecht auszuführen, vgl. dazu etwa Wank, TAS, § 13, Rdnr. 7; Kollmer/Vogl, Arbeitsschutzgesetz, Rdnr. 7.

rialien sowie die Aufbringung der erforderlichen finanziellen Mittel gehört zu den Grundpflichten des Arbeitgebers nach § 3 Abs. 2, 3 ArbSchG.⁷²

b) Information und Beratung durch den Betriebsarzt (§ 11 ArbSchG)

Im Rahmen einer Unterweisung oder auf einer Betriebsversammlung kann die Problematik des (betrieblichen) Suchtmittelgebrauchs nur allgemein, d.h. abstrahierend von den Problemen einzelner Beschäftigter thematisiert werden. Eine Möglichkeit zu einer an der konkreten Situation eines betroffenen Arbeitnehmers orientierten Information und Beratung bietet § 11 ArbSchG. Nach dieser Vorschrift hat der Arbeitgeber den Beschäftigten auf ihren Wunsch zu ermöglichen⁷³, sich regelmäßig arbeitsmedizinisch untersuchen zu lassen.⁷⁴ Es ist in der Literatur anerkannt, daß arbeitsmedizinische Untersuchungen i.S. von § 11 ArbSchG sich nicht in der Erhebung von Befunden erschöpfen, sondern sie vor allem eine Plattform für die individuelle Beratung der Beschäftigten bieten.⁷⁵

Dieses auf das europäische Recht zurückzuführende und für das deutsche Arbeitsschutzrecht neue individuelle Recht der Beschäftigten auf die Durchführung einer arbeitsmedizinischen Untersuchung⁷⁶ bietet einen guten Rahmen für einen Einstieg in konkrete Maßnahmen der Suchthilfe. Die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme einer solchen Beratung dürfte für den Betroffenen relativ gering sein, da der untersuchende Arzt der Schweigepflicht unterliegt⁷⁷ und von daher ein hohes Maß an Vertraulichkeit über Anlaß, Untersuchungsergebnis und Beratungsinhalt gewährleistet ist. Inhalt der Beratung sind in der Regel Hinweise zur individuellen Verhaltensprävention⁷⁸, speziell mit Blick auf die Problematik des Suchtmittelgebrauchs liegt es nahe, daß der Arzt Hinweise auf betriebliche oder außerbetriebliche Institutionen der Suchthilfe macht.

Da die Untersuchungen nach § 11 ArbSchG allein zum Zwecke der Beratung des Beschäftigten erfolgen, haben sie ohne seine Einwilligung keine weiteren unmittelbaren arbeitsschutzrechtlichen Konsequenzen, da sie dem arbeitsschutzrechtlich verantwortlichen

⁷² In diesem Sinne auch Kittner/Pieper, ArbSchR, § 12 ArbSchG, Rdnr. 3.

⁷³ Die Kosten der Untersuchung sind nach dem allgemeinem Grundsatz des § 3 Abs. 3 ArbSchG vom Arbeitgeber zu tragen, vgl. dazu eingehend MünchArbR-Wlotzke, § 216, Rdnr. 48.

⁷⁴ Nach § 11 ArbSchG greift dieses Recht der Beschäftigten nicht durch, wenn aufgrund der Gefährdungsbeurteilung und der getroffenen Schutzmaßnahmen nicht mit einem Gesundheitsschaden zu rechnen ist. Die praktische Bedeutung dieser Einschränkung des individuellen Untersuchungsrechts ist jedenfalls im vorliegenden Kontext eher gering zu bewerten. So sind die in der Praxis eingesetzten Verfahren der Gefährdungsbeurteilung sowie die Schutzmaßnahmen kaum auf die Spezifika betrieblicher Suchtprobleme zugeschnitten. Darüber hinaus würde es einen ungerechtfertigten Eingriff in die Vertraulichkeit des Arzt-Patienten-Verhältnisses darstellen, wenn der betroffene Arbeitnehmer offen gegenüber dem Arbeitgeber angeben müßte, aus welchen Gründen bzw. mit welchem Ziel die Untersuchung (z.B. „Leberwerte“) erfolgen soll (zur Geltung der ärztlichen Schweigepflicht bei Untersuchungen nach § 11 ArbSchG vgl. Kittner/Pieper, ArbSchR, §11, Rdnr. 9). Die mit den genannten Einschränkungen des Untersuchungsrechts intendierte Verhinderung der mißbräuchlichen Inanspruchnahme von Untersuchungen (dazu MünchArbR-Wlotzke, § 216, Rdnr. 46) kann deswegen m.E. letztendlich nur der Arzt treffen.

⁷⁵ Anzinger/Bieneck, Kommentar zum ASiG, § 3, Rdnr. 76; Kittner/Pieper, ArbSchR, § 11 ArbSchG, Rdnrn. 3 f.; Gesetzbegründung, Bt.-Drcks. 13/3540, S. 19.

⁷⁶ Vgl. dazu auch Kohte, EAS, B 6100 – Arbeitsschutzrahmenrichtlinie –, Rdnrn. 98 f.

⁷⁷ Kittner/Pieper, ArbSchR, § 11 ArbSchG, Rdnr. 9.

⁷⁸ Kittner/Pieper, ArbSchR, § 11 ArbSchG, Rdnr. 3 a.

Arbeitgeber verborgen bleiben.⁷⁹ Aufgrund seiner Schweigepflichtung ist es dem untersuchenden Arzt insbes. untersagt, Ergebnisse an den Arbeitgeber weiterzugeben. Das schließt allerdings nicht aus, daß die gewonnenen Erkenntnisse mittelbar auch für die arbeitsschutzrechtlich gebotenen Präventionsmaßnahmen von Bedeutung sein können. Dies gilt für den Fall, daß die Untersuchung nach § 11 ArbSchG vom nach dem ASiG zu bestellenden Betriebsarzt durchgeführt worden ist. Insbes. dann, wenn betriebliche Ursachen für das Suchtmittelverhalten (mit)verantwortlich sind, ist er nicht gehindert, diesen Ursachen im Rahmen seiner gesetzlichen Unterstützungs- und Beratungstätigkeit nach § 3 ASiG gezielt (und diskret) nachzugehen. Hierbei liegt es allerdings in der Verantwortung des Betriebsarztes zu gewährleisten, daß kein konkreter Personenbezug für seine diesbezüglichen Aktivitäten ersichtlich ist. Häufen sich Fälle des Suchtmittelmissbrauchs im Betrieb, ohne daß Anknüpfungspunkte für arbeitsschutzrechtliche Interventionen gegeben sind, dürfte bei Beachtung der vorstehenden Maßgaben des Patientendatenschutzes zudem nichts dagegen sprechen, Aktivitäten der betrieblichen Suchthilfe und –beratung, etwa im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V, anzuregen.

Nicht zuletzt weil es sich bei dem Untersuchungsrecht des § 11 ArbSchG um eine in Deutschland neue Handlungsoption handelt, ist es sinnvoll, im Rahmen der Unterweisungen nach § 12 ArbSchG oder auf Betriebsversammlungen auf die beschriebene Möglichkeit der arbeitsmedizinischen Beratung auch mit Blick auf Suchtmittelprobleme hinzuweisen.

3. Relevanz von Suchtmitteln für die verschiedenen Verfahrensschritte eines prozeßorientierten Arbeitsschutzes

Ein wesentliches Charakteristikum des ArbSchG besteht darin, daß nicht lediglich materielle Schutzziele und Standards normiert werden, sondern ein Schwerpunkt der Regulierung bei den Verfahren und Prozessen liegt, die Sicherheit und Gesundheit im Betrieb „herstellen“.⁸⁰ Mit dieser für das klassische deutsche Recht neuen Verfahrenorientierung soll vor allem auf eine an den konkreten betrieblichen Problemlagen orientierte Prävention hingewirkt werden. Die normativen Eckdaten für die einzelnen Verfahrensschritte, die einen aus verschiedenen Managementsystemen bekannten kontinuierlichen Verbesserungsprozeß beschreiben, finden sich in den §§ 3, 5 ArbSchG. Danach sind im Kern, eingebettet in einen Planungsprozeß, folgende Verfahrensschritte arbeitsschutzrechtlich geboten:

- Ermittlung der erforderlichen Schutzmaßnahmen mit Hilfe von Gefährdungsbeurteilungen (§ 5 ArbSchG);
- Schutzmaßnahmen festlegen und durchführen (§ 3 Abs. 1 Satz 1 ArbSchG);
- Schutzmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit kontrollieren (§ 3 Abs. 1 Satz 2 ArbSchG);
- Schutzmaßnahmen erforderlichenfalls an neue Gegebenheiten anpassen und optimieren (§ 3 Abs. 1 Sätze 2, 3 ArbSchG).

⁷⁹ Anzinger/Bieneck, Kommentar zum ASiG, § 3, Rdnr. 76, die zudem darauf hinweisen, daß eine Durchbrechung der Schweigepflicht zur Wahrung höherwertiger Interessen (sog. Notstand, § 34 StGB) gerechtfertigt sein kann. In solchen Konstellationen (z.B. akute Unfallgefahren durch einen alkoholkranken Lastwagenfahrer, bewaffneter Wachmann) sollte dem Betroffenen in jedem Fall die Situation vor Augen geführt werden und auf die dann bestehenden Vorteile einer Befreiung von der Schweigepflicht hingewiesen werden.

⁸⁰ So anschaulich Bieback/Oppolzer, Strukturwandel im Arbeitsschutz, 7 ff. (10).

Nachfolgend sollen anhand der soeben skizzierten Verfahrensschritte einige Beispiele vorgestellt werden, in denen betriebliche Suchtmittelprobleme für den betrieblichen Arbeitsschutzprozeß von Bedeutung sind.

a) Gefährdungsbeurteilung

Der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG kommt eine Schlüsselrolle im betrieblichen Arbeitsschutzprozeß zu.⁸¹ Es handelt sich bei ihr in der Sache um eine systematische Bestandsaufnahme des Status des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, die die Grundlage für die gezielte – d.h. an den konkreten betrieblichen Problemlagen orientierte – Festlegung von Schutzmaßnahmen bildet.⁸² Gefährdungsbeurteilungen erfolgen im Kern in zwei Verfahrensschritten, der Ermittlung der tatsächlichen Gefährdungen und der Bewertung der ermittelten Gefährdungen anhand der normativen Vorgaben des Arbeitsschutzrechts („Soll-Ist-Vergleich“).⁸³

Rechtlich relativ unproblematisch ist, daß im Rahmen der Gefährdungsermittlung suchtfördernde Belastungsfaktoren, zu denen insbes. psychische Belastungen wie Arbeitsdruck, Unter-/Überforderung oder Nacharbeit zählen, zu erheben sind.⁸⁴ Da durch den erweiterten Arbeitsschutzansatz gerade diese Faktoren in den gesetzlichen Arbeitsschutz Eingang gefunden haben, muß die Gefährdungsbeurteilung auch insoweit die Grundlage für die Festlegung zielgerichteter, an den speziellen betrieblichen Bedingungen ausgerichteter Maßnahmen zur Belastungsvermeidung bzw. Belastungsreduzierung schaffen.

Strikte rechtliche Grenzen bestehen, wenn die betriebliche Suchtmittelproblematik im Rahmen der Gefährdungsermittlung vom konkreten Suchtverhalten der Beschäftigten (also von der Beanspruchungsseite) her aufgerollt werden soll. Es ist insbes. grundsätzlich nicht zulässig, das Suchtmittelverhalten der Beschäftigten zum Zwecke des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit Hilfe von Drogenscreenings oder Alkoholtests auszuforschen. Salopp gesprochen heiligt der Zweck hier nicht die Mittel. Nach der zutreffenden Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts stellt die Durchführung routinemäßiger Drogen- und Alkoholtestverfahren regelmäßig einen ungerechtfertigten Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht dar, in die ein Arbeitnehmer nicht einzuwilligen braucht.⁸⁵ An dieser für individualarbeitsrechtliche Streitigkeiten formulierten Position ändert sich auch unter Berücksichtigung der Spezifika des öffentlichen Arbeitsschutzrechts nichts. Im Gegenteil ergeben

⁸¹ Kollmer/Vogl, Arbeitsschutzgesetz, Rdnr. 91 sprechen insoweit vom „Herzstück“ des ArbSchG.

⁸² Dazu etwa Koll/Pinter/Janning-Koll, Kommentar zum ArbSchG, § 5 Rdnrn. 1, 4; MünchArbR-Wlotzke, § 211, Rdnr. 41.

⁸³ Ausführlich zur Vorgehensweise Kittner/Pieper, ArbSchR, § 5 ArbSchG, Rdnrn. 7 ff.; die rechtlichen Bewertungsmaßstäbe ergeben sich aus den speziellen Arbeitsschutzvorschriften (z.B. ArbStättV, BildscharbV) und den allgemeinen Grundsätzen des Arbeitsschutzes gemäß § 4 ArbSchG. Eine exemplarische Zusammenstellung von Gefährdungsfaktoren findet sich im Absatz 3 des § 5 ArbSchG.

⁸⁴ Die Probleme liegen hier eher darin, praktikable und valide Verfahren zu finden, vgl. dazu die auf den Internetseiten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin bereitgestellte „Toolbox: Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen“, <http://www.baua.de/baua/Index.htm>.

⁸⁵ BAG, NZA 1999, 1209 ff. (1210); sowie aus der Literatur Fleck, BB 1987, 2029 ff. (2030 f.); Heilmann/Wienemann/Thelen, AiB 2001, 465 ff. (468 ff.); Diller/Powietzka, NZA 2001, 1227 ff. (1229 ff.), allerdings mit aus Gründen eines effektiven Grundrechtsschutzes bedenklich geringen Anforderungen an die „freiwillige“ Einwilligung in Drogenscreenings.

sich aus dem ArbSchG weitere, bis dato noch nicht hinreichend deutlich herausgearbeitete rechtliche Gesichtspunkte, die nachhaltig gegen den Einsatz der genannten Testverfahren sprechen. Das ArbSchG begreift die Beschäftigten nicht als Objekte fürsorglichen hoheitlichen Schutzes, sondern als aktiv handelnde Subjekte, die ihre Rechte (und damit auch ihre Persönlichkeitsrechte) autonom wahrnehmen.⁸⁶ Im Hinblick auf persönliche Gesundheitsdaten trägt das Gesetz diesem Ansatz dadurch Rechnung, daß es in § 11 ArbSchG ein Recht auf arbeitsmedizinische Untersuchungen normiert und darauf verzichtet, Untersuchungsspflichten zu statuieren.⁸⁷ Die Zulässigkeit flächendeckender „freiwilliger“, anlaßunabhängiger Drogenscreenings oder sonstiger Suchtmitteltests dürfte zudem in aller Regel aufgrund des informationellen Selbstbestimmungsrechts, des allgemeinen Persönlichkeitsrechts sowie des Rechts auf körperliche Unversehrtheit äußerst zweifelhaft sein.⁸⁸ Das Bundesarbeitsgericht hat in dem durchaus vergleichbaren Fall der Aufforderung an eine Gruppe fehlzeitenauffälliger Arbeitnehmer, den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden, mit Recht darauf hingewiesen, daß in einer solchen Situation faktische Zwänge entstehen, denen sich der Arbeitnehmer häufig nicht entziehen kann.⁸⁹ Erblickt man in von einem konkreten Anlaß gelösten Suchtmitteltest nicht ohne weiteres, was naheliegt, eine Verletzung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung, formuliert das Datenschutzrecht strenge Anforderungen an die „Freiwilligkeit“ der Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten (§ 4 a BDSG).⁹⁰ In der datenschutzrechtlichen Literatur wird die Freiwilligkeit der Einwilligung gerade in Abhängigkeitsverhältnissen wie dem Arbeitsverhältnis als besonders problematisch angesehen.⁹¹ Ein entsprechendes Vorhaben dürfte deswegen regelmäßig auf datenschutzrechtlich kaum zu überwindende Probleme stoßen.

Die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe zählen zu den wichtigen Themenkomplexen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V).⁹² Die beschriebenen Restriktionen bei der Ermittlung von betrieblichen Suchtgefährdungen können sich zu einem guten Teil zumindest kompensieren lassen, wenn und sofern vorhanden – freiwillige – Aktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V innerbetrieblich eng mit dem (verpflichtenden) Arbeits- und Gesundheitsschutz verzahnt werden. Bedeutend kann in diesem Zusammenhang z.B. die Arbeit von Gesundheitszirkeln sein,

⁸⁶ Dazu Bücken/Feldhoff/Kohte, Rdnr. 264.

⁸⁷ Genauer dazu Kohte, Jahrbuch des Arbeitsrechts 2000, 21 ff. (34 ff.) mit einer dezidierten Kritik am deutschen System der Pflichtuntersuchungen.

⁸⁸ In diesem Sinne auch BAG, NZA 1999, 1209 ff. (1210); Heilmann/Wienemann/Thelen, AiB 2001, 465 fff. (466 f.).

⁸⁹ BAG, BB 1995, 1188 f. (1189).

⁹⁰ Als sensitive personenbezogene Daten unterliegen Gesundheitsdaten i.S. von § 3 Abs. 9 BDSG besonderem rechtlichem Schutz. Zu den verschiedenen als „sensitiv“ eingestuft Daten vgl. z.B. Däubler, Gläserne Belegschaften, Rdnrn. 190 ff.; Simitis, Kommentar zum BDSG-Simitis, § 3 Rdnrn. 257 ff., mit dezidierter Kritik an der durch die Novelle des BDSG 2001 aufgenommene Bestimmung.

⁹¹ Simitis, Kommentar zum BDSG-Simitis, § 4 a, Rdnr. 64; Däubler, Gläserne Belegschaften, Rdnr. 152; Gola/Schomerus, Kommentar zum BDSG, § 4 a, Rdnr. 6.

⁹² Vgl. dazu Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 12. September 2003“, S. 40 f.

deren Einrichtung arbeitsschutzrechtlich nicht vorgeschrieben ist.⁹³ Gesundheitszirkel bilden einen Rahmen, um nicht nur strukturiert und intensiv betriebliche Suchtmittelprobleme aufzuspüren, sondern auch deren Gründe zu eruieren.⁹⁴ Ein besonders geeignetes und transparentes Forum zur gegenseitigen Verständigung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung ist der Arbeitsschutzausschuß (§ 11 ASiG). Zwar zählen Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht zu den ausdrücklich in § 11 ASiG genannten Mitgliedern des Arbeitsschutzausschusses. Es ist jedoch anerkannt, daß § 11 ASiG lediglich Mindestvorgaben über die personelle Zusammensetzung macht und weitere Personen hinzugezogen werden können.⁹⁵ Es bedarf hierzu einer Einigung von Betriebsrat und Arbeitgeber, da die personelle Zusammensetzung des Arbeitsschutzausschusses der Mitbestimmung nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG unterliegt.⁹⁶

b) Festlegung der Schutzmaßnahmen

Zur Bekämpfung von Gefahren und Gefährdungen kommen häufig verschiedene Maßnahmen des Arbeitsschutzes in Betracht. Für die Festlegung von Schutzmaßnahmen sind mit Blick auf die betriebliche Suchtprävention, -beratung und -hilfe vorrangig die allgemeinen Grundsätze des § 4 ArbSchG von Bedeutung.⁹⁷ Es ist dabei zu berücksichtigen, daß den allgemeinen Grundsätzen des § 4 implizit eine Rangfolge zugrundeliegt.⁹⁸ Ohne hier ins Detail gehen zu müssen, ergibt sich aus dieser Rangfolge ein genereller Vorrang von Maßnahmen zur Verhältnisprävention⁹⁹ vor den Maßnahmen zur Verhaltensprävention (vgl. insbes. § 4 Nr. 5 ArbSchG).

Im vorliegenden Kontext folgt hieraus zunächst, daß Gestaltungsmaßnahmen zum Abbau suchtförderlicher Arbeitsbelastungen aus arbeitsschutzrechtlicher Sicht prinzipiell vorzugswürdig sind vor Maßnahmen der Verhaltensprävention etwa in Gestalt von Maßnahmen der betrieblichen Suchthilfe. Den primären Ansatzpunkt der arbeitsschutzrechtlichen Intervention bilden also die Arbeitsbedingungen. Dies schließt verhaltenspräventive Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention nicht grundsätzlich aus, namentlich dann, wenn sich die Gefährdung nicht durch die Verhältnisprävention auf ein akzeptables Maß zurückfahren läßt.

Für die arbeitsschutzrechtliche Bewertung verhaltenspräventiver Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe ist ein weiterer Aspekt von Bedeutung, den das

⁹³ Dazu, sowie ausführlich zu den Möglichkeiten einer Verzahnung von betrieblicher Gesundheitsförderung und verpflichtendem Arbeitsschutz Kohte, Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung, 53 ff. (insbes. 58 ff.).

⁹⁴ Einen kurzen Überblick über die Vorgehensweise und „Spielregeln“ von Gesundheitszirkeln bietet Vogt, Gesundheitszirkel, 228 ff.

⁹⁵ Kittner/Pieper, ArbSchR, ASiG, Rdnr. 135; Bücken/Feldhoff/Kohte, Rdnr. 51.

⁹⁶ Fitting/Kaiser/Heither/Engels/Schmidt, BetrVG, § 87, Rdnr. 328. Da es sich um ein Initiativrecht handelt, kann der Betriebsrat von sich aus tätig werden.

⁹⁷ Spezielle arbeitsschutzrechtliche Vorgaben bestehen wie bereits dargestellt kaum. Neben § 38 BGV A 1-Alt, §§ BGV A 1-Neu ist insbes. auf § 31 Abs. 2 JArbSchG zu verweisen.

⁹⁸ Zu den Einzelheiten dieser Rangfolge vgl. nur Kollmer/Vogl, Arbeitsschutzgesetz, Rdnrn. 76 ff.; MünchArbR-Wlotzke, § 211, Rdnrn. 30 ff.

⁹⁹ Die Maßnahmen zur Verhältnisprävention werden im Gesetz wiederum im Sinne der Rangfolge Gefährdungsvermeidung – Gefahrenbekämpfung an der Quelle – kollektive Schutzmaßnahmen ausdifferenziert.

Bundesarbeitsgericht im Zusammenhang mit einer Entscheidung über ein betriebliches Rauchverbot herausgestellt hat. Betriebliche Regelungen und Maßnahmen der Verhaltensprävention verletzen die grundrechtlich geschützte allgemeine Handlungsfreiheit und das Persönlichkeitsrecht (Art. 1, 2 GG), wenn sie allein das Ziel verfolgen, die Beschäftigten allgemein zu einer gesünderen Lebensführung anzuhalten.¹⁰⁰ Das Arbeitsschutzrecht bietet mit anderen Worten also keinen rechtlichen Rahmen für eine irgendwie verpflichtende persönliche Gesundheitserziehung.¹⁰¹ Rechtsgrundlage für derartige Aktivitäten ist die (betriebliche) Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V, die nicht auf Zwang, sondern primär auf Freiwilligkeit beruht.

Das Arbeitsschutzrecht kann demgegenüber Rechtsgrundlage für verhaltenspräventive Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe in den Fällen sein, in denen der Schutz Dritter (Arbeitskollegen) intendiert ist. So hat das Bundesarbeitsgericht in der vorstehend genannten Entscheidung zutreffend das streitgegenständliche Rauchverbot für rechtmäßig erachtet, weil es dem Schutz der Nichtraucher vor den Gefährdungen durch Tabakrauch diene. Nach diesen Grundsätzen dürften sich verhaltenspräventive Maßnahmen der betrieblichen Suchthilfe und Suchtprävention vor allem dann auf eine arbeitsschutzrechtliche und damit zwingende Rechtsgrundlage stützen lassen, wenn es um die Verhütung suchtmittelbedingter Unfallgefährdungen geht.

c) Wirksamkeitskontrollen und Anpassungsmaßnahmen

Der betriebliche Arbeitsschutz endet nicht mit dem einmaligen Festlegen von Schutzmaßnahmen. Es zählt zu den prägenden Elementen des ArbSchG, daß der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz als Daueraufgabe anzulegen ist.¹⁰² Ein wichtiges Instrument zur Umsetzung dieser Daueraufgabe ist die kontinuierliche Überprüfung der Wirksamkeit des betrieblichen Schutzkonzepts sowie die Verpflichtung zur Anpassung der Maßnahmen, wenn neue Gesichtspunkte hinzukommen. Ein Grund für Anpassungsmaßnahmen sind insbes. besondere Vorkommnisse wie z.B. Unfälle.¹⁰³ Spielen dabei Suchtmittel eine Rolle, kann dies Anlaß dafür sein, den Hintergründen, ggf. mit fachkundiger Beratung nachzugehen und bei Bedarf Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention zu erwägen.

Wichtiger i.S. der Prävention dürfte es aber sein, Vorkehrungen zu treffen, daß besonderes Augenmerk auf die Problematik der Suchtmittel im Betrieb im Rahmen der Planung der Wirksamkeitskontrollen gelegt wird, denn auf diese Weise lassen sich nicht nur punktuell, sondern über einen langen Zeitraum Erkenntnisse über Suchtmittelprobleme im Betrieb gewinnen. Wird eine solche Strategie systematisch verfolgt, lassen sich die oben im Zusammenhang mit der Gefährdungsbeurteilung beschriebenen Probleme bei der Gewinnung von Informationen auf der Beanspruchungsseite, d.h. dem konkreten betrieblichen Suchtgeschehen, vermeiden: Es handelt sich stets um Erkenntnisse, die betriebsöffentlich geworden sind (z.B. offenkundige Alkoholprobleme in bestimmten Betriebsbereichen), so daß die Argumente des Persönlichkeitsschutzes und des Schutzes der Privatsphäre nicht virulent werden. Ein beachtlicher Vorteil einer solchen Vorgehensweise

¹⁰⁰ BAG, AP Nr. 28 zu § 87 BetrVG 1972 – Ordnung des Betriebes.

¹⁰¹ Kohte, Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung, 53 ff. (58 f.).

¹⁰² Kollmer/Vogl, Arbeitsschutzgesetz, Rdnr. 71; Heilmann/Aufhauser, Kommentar zum ArbSchG, § 3, Rdnr. 1.

¹⁰³ Dazu z.B. Kittner/Pieper, ArbSchR, § 3 ArbSchG, Rdnr. 4.

dürfte darin liegen, daß die in der Rechtspraxis zu beobachtende Konzentration auf individualrechtliche Sanktionen (Abmahnung, Kündigung) aufgebrochen wird und der Blick auf die – arbeitsschutzrechtlich vorrangig gebotene – Prävention gelenkt wird.

B. Rechtlicher Rahmen für das Agieren der Suchtberatung im Betrieb

Im Teil B ist der Frage nach dem rechtlichen Rahmen für das Agieren der Suchthilfe und Suchtberatung im betrieblichen Kontext insbes. im Hinblick auf den Schutz persönlicher Daten und die organisatorische Einbindung nachzugehen. Nachdem vorstehend nachgewiesen wurde, daß Suchtprobleme im Betrieb, wenn auch nicht umfassend, so doch partiell Gegenstand des Arbeitsschutzrechts sind, liegt es zunächst nahe, dort nach einem rechtlichen Rahmen für das konkrete Handeln der Suchtberatung im Betrieb zu suchen (nachfolgend unter I.). Im Anschluß daran soll geprüft werden, ob und inwieweit ggf. weitere Regelungen im Rahmen der betrieblichen Suchtberatung und Suchthilfe zu beachten sind (nachfolgend unter II.).

I. Betriebliche Suchtberatung und Arbeitssicherheitsgesetz

Mit dem ASiG liegt eine gesetzliche Grundlage vor, die die Voraussetzungen und die Modalitäten einer – obligatorischen – fachkundigen Beratung zu Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes regelt.

1. Die Konzeption des ASiG

Mit dem ASiG verfolgte der Gesetzgeber 1974 das Ziel, durch eine fachkundige Unterstützung des Arbeitgebers den Vollzug des Arbeitsschutzrechts betriebsangepaßt zu verbessern, einen hohen Wirkungsgrad der betrieblichen Schutzmaßnahmen zu erreichen und eine Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung durch den Transfer der gesicherten arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Erkenntnisse in den Betrieb zu bewirken (vgl. § 1 ASiG). Das Gesetz sieht hierfür die Etablierung einer zweiseitigen, spezifischen betrieblichen Arbeitsschutzorganisation vor¹⁰⁴, die im Kern auf den Fachdisziplinen „Arbeitsmedizin“ – repräsentiert durch den Betriebsarzt – und „Sicherheitstechnik“ – repräsentiert durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit – basiert.¹⁰⁵

Um eine qualitativ hochwertige Beratung und Unterstützung des Arbeitgebers und des Betriebsrats (§ 9 ASiG) zu gewährleisten, normiert das Gesetz Anforderungen an die berufliche Grundqualifikation und mit dem Merkmal der „Fachkunde“ (§§ 4, 7 ASiG) den Nachweis besonderer Kenntnisse im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Grundqualifikation für die Funktion des Betriebsarztes ist in jedem Fall die Berechtigung, den ärztlichen Beruf auszuüben (§

¹⁰⁴ Diese als Stabsstellen (Anzinger/Bieneck, Kommentar zum ASiG, § 8, Rdnr. 34) auszuformende „Expertenorganisation“ wird ergänzt durch weitere betriebliche Akteure und Institutionen, wie die Sicherheitsbeauftragten nach § 22 SGB VII, die insbes. die betriebspraktischen Erfahrungen der Beschäftigten einbringen sollen, den Betriebsrat (insbes. §§ 89-91, 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG), den Arbeitgeber sowie die übrigen für die Erfüllung der materiellen Arbeitsschutzpflichten verantwortlichen Personen (§ 13 ArbSchG), zu denen vor allem Führungskräfte zu rechnen sind und dem Arbeitsschutzausschuß als Koordinierungs- und Kooperationsgremium. Ausführlich zu vorstehendem Münch-ArbR-Wlotzke, § 210, Rdnrn. 30 ff.

¹⁰⁵ Anzinger/Bieneck, Kommentar zum ASiG, Einführung, Rdnr. 2.

4 ASiG).¹⁰⁶ Die Grundqualifikation der Fachkraft für Arbeitssicherheit ist demgegenüber technisch orientiert. In Betracht kommen Personen, die berechtigt sind, die Berufsbezeichnung „Ingenieur“ zu führen sowie Techniker und Meister (§ 7 ASiG).¹⁰⁷ Die in § 7 ASiG formulierten Basisqualifikationen für die Sicherheitsfachkraft sind flexibler gefaßt als bei den Betriebsärzten, bei denen es sich stets um approbierte Ärzte handeln muß. Die Möglichkeit einer ausnahmsweisen Öffnung für andere Berufsgruppen ergibt sich aus § 7 Abs. 2 ASiG. Durch diese Ausnahmeregelung soll erreicht werden, daß im Einzelfall auch Angehörige anderer Professionen, wie Betriebspsychologen oder Betriebssoziologen, bei nachgewiesener Fachkunde für die spezifischen Aufgaben nach dem ASiG als Fachkraft für Arbeitssicherheit agieren können.¹⁰⁸

Um eine effektive, streng an den Erfordernissen und Zielen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes orientierte Arbeit der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte zu unterstützen, macht das ASiG vor allem in § 8 Vorgaben, die insbes. ihre organisatorische Stellung im Betrieb mit dem Ziel der Unabhängigkeit bei der Ausübung der Fachkunde näher ausgestalten.¹⁰⁹ Hierzu zählen ein näher durch § 8 Abs. 3 ASiG ausgeformtes Vortragsrecht¹¹⁰, die unmittelbare Unterstellung unter den Leiter des Betriebes im Rahmen einer Stabsstelle (§ 8 Abs. 2 ASiG)¹¹¹ sowie, eng hiermit korrespondierend, die Weisungsfreiheit bei der Ausübung der Fachkunde (§ 8 Abs. 1 Satz 1 ASiG) und das Benachteiligungsverbot des § 8 Abs. 1 Satz 2 ASiG¹¹².

Eine gesetzliche Aussage für die im Rahmen der betrieblichen Sucht- und Sozialberatung wichtige Frage des Schutzes persönlicher Daten findet sich in § 8 Abs. 1 Satz 3 ASiG. Danach haben Betriebsärzte die ärztliche Schweigepflicht zu beachten, womit das Gesetz eine wichtige Grenze für den (innerbetrieblichen) Datenfluß zieht.¹¹³ Für Sicherheitsfachkräfte formuliert das ASiG keine vergleichbare ausdrückliche Regelung zum Datenschutz. Dies ist zumindest irreführend für den Normanwender. Die gesetzliche Differenzierung erklärt sich durch die im ASiG angelegte relativ strikte Trennung von Arbeitsmedizin, bei der typischerweise mit sensiblen persönlichen Daten umgegangen wird, und Sicherheitstechnik, für die ein solcher Umgang mit sensiblen persönlichen Daten jedenfalls nicht prägend ist. Der normative Gehalt des § 8 Abs. 1 Satz 3 ASiG liegt im übrigen in einer Klarstellung dahingehend, daß die ohnehin berufsrechtlich bestehende Schweigepflicht des Betriebsarztes¹¹⁴ durch den Beratungs- und Unterstützungsauftrag nach

¹⁰⁶ Zu den Einzelheiten vgl. die Kommentierung von Anzinger/Bieneck, Kommentar zum ASiG, § 4; außerdem die Konkretisierungen in § 3 der BGV A 7 – Betriebsärzte –.

¹⁰⁷ Vgl. dazu die Konkretisierungen der Anforderungen des § 7 ASiG in § 3 BGV A 6 – Fachkräfte für Arbeitssicherheit, sowie etwa die Kommentierung zu § 7 ASiG bei Anzinger/Bieneck, Kommentar zum ASiG.

¹⁰⁸ Anzinger/Bieneck, Kommentar zum ASiG, § 7, Rdnr. 1, unter Hinweis auf die Gesetzgebungsgeschichte.

¹⁰⁹ Vgl. auch Wank, TAS, § 8 ASiG, Rdnr. 1.

¹¹⁰ Dazu näher Anzinger/Bieneck, Kommentar zum ASiG, § 8, Rdnrn. 43 ff.

¹¹¹ Anschaulich dazu LAG Köln, Urteil vom 3. April 2003, Az: 10 (1) Sa 1231/02, mit Anmerkung Kohte/Faber, Juris PraxisReport-Arbeitsrecht 24/2003, S. 12 f.

¹¹² Eingehend zur Weisungsfreiheit und zum aus gemeinschaftsrechtlichen Gründen im Jahre 1996 in das Gesetz eingefügten Benachteiligungsverbot, Anzinger/Bieneck, Kommentar zum ASiG, § 8, Rdnrn. 4 ff.

¹¹³ Ausführlich zur Schweigepflicht des Betriebsarztes Hinrichs, DB 1980, 2287 ff.; Däubler, BB 1989, 282 ff., der die ärztliche Schweigepflicht zutreffend als frühe Form des Datenschutzes bezeichnet (S. 283).

¹¹⁴ Dazu MünchArbR-Wlotzke, § 210, Rdnr. 66; Hinrichs, DB 1980, 2287 ff. (2287).

dem ASiG nicht berührt wird.¹¹⁵ Die Vorschrift darf also nicht so gelesen werden, daß nur Betriebsärzte einer Schweigepflicht unterliegen. Werden beispielweise Berufspsychologen unter Ausnutzung der oben erwähnten Ausnahmebestimmung des § 7 Abs. 2 ASiG als Fachkräfte für Arbeitssicherheit bestellt, sind diese deswegen selbstverständlich an das sich aus dem Standesrecht ergebende Psychologengeheimnis¹¹⁶ gebunden. Für die übrigen, d.h. die meisten Fachkräfte für Arbeitssicherheit, gelten im übrigen die Bestimmungen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten, wie sie sich insbes. aus § 28 BDSG ergeben.

2. Betriebliche Suchtprobleme als Gegenstand der Beratung durch Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte?

Die gesetzlichen Aufgaben der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit sind in den §§ 3, 6 ASiG katalogartig zusammengestellt. Eine ausdrückliche Erwähnung findet die Suchtmittelproblematik in den umfangreichen Aufgabenkatalogen nicht. Auch wenn sich somit Maßnahmen der betrieblichen Suchtberatung für Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte nicht aufdrängen, bieten die §§ 3, 6 ASiG immerhin doch Ansatzpunkte für entsprechende Aktivitäten. So sind die Beratung in arbeitspsychologischen Fragen (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 lit. d ASiG) und die Untersuchung der Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen (§ 3 Abs. 1 Nr. 3 lit. c ASiG) sicherlich Aufgaben mit Verbindungen zur betrieblichen Suchtmittelproblematik. Mit Blick auf die Aufgaben der Fachkraft für Arbeitssicherheit ergeben sich Verbindungslinien durch die Verpflichtung, den Arbeitgeber auch bei allen Fragen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit zu unterstützen.¹¹⁷ In der Praxis haben sich diese Deutungen der Aufgabenkataloge der §§ 3, 6 ASiG zumindest nicht umfassend niedergeschlagen, wie z.B. Interviews mit Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften im Rahmen einer Recherche zu Medikamentenproblemen im Arbeitsleben ergeben haben.¹¹⁸

Eine gewisse Trendwende könnte sich in diesem Zusammenhang durch die jüngst erfolgte Neuordnung der Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit ergeben. Das neue Ausbildungskonzept geht von einem „ganzheitlichen Arbeitsschutzverständnis“ aus, das neben den klassischen Schutzaspekt (Unfälle, arbeitsbedingte Erkrankungen) den Förderungsaspekt, verstanden als Förderung der Gesundheit, stellt.¹¹⁹ Ob hieraus eine grundlegende Änderung des Umgangs mit der betrieblichen Suchtproblematik folgen wird, ist allerdings zu bezweifeln. So erscheinen neue anspruchsvolle Beratungsaufgaben schon deswegen als problematisch, da bereits heute erhebliche Probleme bestehen, das etablierte umfangreiche Aufgabenspektrum innerhalb knapper, durch Einsatzzeiten limitierter Zeitressourcen zu bewältigen. Hinzu kommt ein weiterer struktureller Aspekt, der eine umfassende „Besetzung“ der betrieblichen Suchtmittelberatung kaum als erstrebenswert

¹¹⁵ Anzinger/Bieneck, Kommentar zum ASiG, § 8, Rdnr. 1, unter Hinweis auf die Entstehungsgeschichte.

¹¹⁶ Dazu Simitis, Kommentar zum BDSG-Walz, § 1, Rdnr. 180. Gleiches dürfte für den übrigen in § 203 StGB genannten Personenkreis gelten, der einer strafrechtlich sanktionierten Verschwiegenheitspflicht unterliegt.

¹¹⁷ Dieser Unterstützungsauftrag ist vor dem Hintergrund der Überzeugung in das Gesetz aufgenommen worden, daß Arbeitsschutz und Unfallverhütung sich nicht in rein technischen Fragen erschöpfen, sondern die Einbeziehung der menschengerechten Gestaltung der Arbeit Bestandteil eines modernen Arbeitsschutzes ist, vgl. Anzinger/Bieneck, Kommentar zum ASiG, § 6, Rdnr. 1.

¹¹⁸ Steinbach/Wienemann/Nette, 23 ff., 32 ff., 43.

¹¹⁹ Dazu HVBG/BAuA (Hrsg.), Die Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit, S. 15 ff.

erscheinen läßt. Wie bereits erwähnt, verbirgt sich nach geltendem Recht hinter der Funktion der Fachkraft für Arbeitssicherheit das Bild eines primär mit technischen Qualifikationen ausgestatteten Akteurs. Die Bekleidung der Funktion durch andere Professionen wie Arbeitspsychologen, die von ihrem fachlichen Hintergrund eher für die betriebliche Suchtberatung prädestiniert sind, bildet nach dem Gesetz die Ausnahme von der Regel.¹²⁰ Angesichts der vielfältigen Elemente des Fachkundenachweises, unter denen die psychosoziale Betreuung nicht einmal besonders großen Raum einnimmt, erscheint es unter den gegenwärtigen gesetzlichen Rahmenbedingungen kaum sinnvoll zu fordern, einen nennenswerten Tätigkeitsschwerpunkt der Sicherheitsfachkräfte auf die betriebliche Suchtberatung zu legen.

3. Gemeinschaftsrechtliche Entwicklungen

Die mit der Verabschiedung des ASiG im Jahre 1974 verbundene Verpflichtung des Arbeitgebers, sich durch die Bestellung von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit fachkundig zu allen Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes beraten zu lassen, beruhte auf der freien, rechtspolitischen Entscheidung des damaligen Gesetzgebers. Seitdem haben sich die rechtlichen Rahmenbedingungen vor allem durch die Rechtssetzungstätigkeiten der Europäischen Union grundlegend geändert. Entscheidende Bedeutung kommt dabei der Arbeitsschutzrahmenrichtlinie 89/391/EWG zu. Durch die Rahmenrichtlinie werden nicht nur die Mitgliedsstaaten verpflichtet, den oben dargestellten erweiterten Arbeitsschutzansatz in ihren nationalen Rechtsordnungen zu verankern.¹²¹ In ihrem Art. 7 verlangt sie zudem nationale Vorgaben dahingehend, daß der Arbeitgeber bei der Gestaltung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes – interne oder externe – Fachleute zur Unterstützung hinzuzuziehen hat. Die mit dem ASiG anerkannte Notwendigkeit einer unterstützenden Expertenorganisation stellt heute also keineswegs mehr nur eine freie, rechtspolitische Entscheidung des Gesetzgebers dar, sondern ist Bestandteil gemeinschaftsrechtlicher Verpflichtungen.

Anders als das ASiG formuliert die Rahmenrichtlinie die Anforderungen an die hinzuziehenden Präventionsdienstleister nicht anhand technischer und medizinischer Kategorien. Dies korrespondiert mit der Öffnung des Arbeitsschutzverständnisses, das gerade dadurch gekennzeichnet ist, daß es eine ausschließlich technisch-medizinische Sicht überwindet. In der deutschen Literatur ist vor diesem Hintergrund bereits vor einiger Zeit das im ASiG angelegte zweiseitige System von Betriebsärzten und technisch orientierten Fachkräften für Arbeitssicherheit als gemeinschaftsrechtlich unzureichend kritisiert worden.¹²² Diese Position teilt augenscheinlich auch die EG-Kommission. So formuliert sie in ihrer Gemeinschaftsstrategie für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz für die Jahre 2002 – 2006 mit Blick auf die Umsetzung des Gemeinschaftsrechts durch die Mitgliedsstaaten die Forderung nach multidisziplinären Präventionsdiensten, die in ihrer Struktur sowohl die sozialen und

¹²⁰ Vor dem Hintergrund des geltenden Rechts richtig und folgerichtig heißt es in der Erläuterung des Moduls „Psychische Faktoren“: „Psychische Faktoren sind ein Themenfeld, bei dem die Teilnehmer vergleichsweise wenig Wissen aus ihrer Vorbildung mitbringen. Es geht auch darum, Verständnis und Akzeptanz für diesen Faktor als Gegenstand des Arbeitsschutzes und des Handlungsfeldes der Fachkraft für Arbeitssicherheit zu entwickeln und insofern auch um affektive Lernziele“; Zitat aus HVBG/BAuA (Hrsg.), Die Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit, S. 121.

¹²¹ Nach Art. 249 EG-Vertrag sind Richtlinien für die Mitgliedsstaaten hinsichtlich des zu erreichenden Ziels verbindlich. Die Richtlinie beläßt jedoch den innerstaatlichen Stellen die Wahl der Form und der Mittel.

¹²² Vgl. Kohte, EAS B 6100 – Arbeitsschutzrahmenrichtlinie –, Rdnr. 74.

psychologischen Risiken als auch die Geschlechterperspektive berücksichtigen.¹²³ Es dürfte daher durchaus zweifelhaft sein, ob die EG-Kommission das ASiG in seiner jetzigen Form mittel- bzw. langfristig akzeptieren wird.

Eine solche multidisziplinäre Betreuung der Betriebe dürfte durchaus neue Möglichkeiten für die betriebliche Suchtberatung eröffnen, zumal die Prävention sozialer Risiken, zu denen die Kommission ausdrücklich auch Alkohol-, Drogen- und Arzneimittelabhängigkeit rechnet, in der erwähnten europäischen Gemeinschaftsstrategie einen beachtlichen Stellenwert hat.¹²⁴ In verschiedenen Mitgliedsstaaten bestehen bereits Modelle zur rechtlichen Umsetzung der Forderung nach Multidisziplinarität der Präventionsberatung. So müssen die sog. Arbodienste in den Niederlanden über eine bestimmte Personalstruktur verfügen, die die Facetten des erweiterten Arbeitsschutzverständnisses fachlich abdeckt. Jeder Arbodienst muß zumindest über einen qualifizierten Sachverständigen für Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik, Arbeitshygiene und Arbeitswissenschaften verfügen.¹²⁵ Interessant für die Weiterentwicklung des ASiG sind die Modifizierungen des österreichischen ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes, das ebenfalls auf einer zweiseitigen Betreuung durch Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte beruht. Nach der seit dem 1.01.2002 geltenden Regelung des § 82 a erfolgt die Aufteilung der gesetzlich verpflichtenden Präventionszeiten nicht mehr allein zwischen Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkraft. Auf die Pflichtpräventionszeiten anrechenbar sind in einem Umfang von 25% auch die Beratungstätigkeit sonstiger geeigneter Fachleute, zu denen in § 82 a Abs. 5 in einer beispielhaften Aufzählung etwa Ergonomien und Arbeitspsychologen gezählt werden.¹²⁶ Die somit erleichterte Möglichkeit, sonstige geeignete Fachleute hinzuzuziehen, ist in Österreich u.a. mit der Erwartung verbunden, daß auch betriebliche Suchtmittelprobleme aufgegriffen werden.¹²⁷

II. Datenschutzrechtliche Vorgaben an die betriebliche Suchtberatung und -hilfe

Faßt man die vorstehenden Überlegungen zusammen, muß wohl konstatiert werden, daß das ASiG, jedenfalls in seiner jetzigen Form, einen höchst unzureichenden Rechtsrahmen für die betriebliche Suchtberatung und -hilfe bietet. So lassen sich, wie eingehend dargestellt, im Wege der Norminterpretation zwar Ansatzpunkte dafür finden, daß die betriebliche Suchtmittelprävention zu den – weitgefächerten – Aufgaben der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte zählt. Ob aus einer solchen eher inkonsequenten juristischen Auslegung aber eine wirksame Orientierung für die Praxis folgen kann, muß wohl bezweifelt werden.

Speziell mit Blick auf den Schutz sensibler Gesundheitsdaten trifft das ASiG lediglich durch den Verweis auf die ärztliche Schweigepflicht des Betriebsarztes eine ausdrückliche

¹²³ EG-Kommission, Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006, S. 12; vgl. außerdem jüngst die Mitteilung der EG-Kommission zur praktischen Durchführung der EG-Rahmenrichtlinie-Arbeitsschutz und anderer Richtlinien vom 5.2.2004, KOM(2004)62 endgültig, S.20.

¹²⁴ EG-Kommission, Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006, z.B. S. 9, 16; die Gemeinschaftsstrategie der Kommission ist im übrigen vom Rat der EU in einer Entschließung vom 3.6.2002 gebilligt worden, ABl. EG 2002, Nr. C 161, S. 1 ff.

¹²⁵ Ausführlich dazu Veigel, Das niederländische Arbeitsschutzrecht, S. 88 ff.

¹²⁶ Die Aufteilung der Mindestpräventionszeiten der Sicherheitsfachkraft und des Arbeitsmediziners erfolgt nach einem gesetzlich festgelegten Schlüssel (40 % Sicherheitsfachkraft; 35% Arbeitsmediziner).

¹²⁷ AK Wien: Arbeits- und OrganisationspsychologInnen im ArbeitnehmerInnenschutz, S. 13 ff., Download möglich von der Homepage der AK Wien, www.akwien.at.

Regelung. Auch dies ist wenig anwenderfreundlich, läßt das Gesetz doch offen, wie Sicherheitsfachkräfte mit sensiblen personenbezogenen Daten zu verfahren haben. Durchaus fraglich ist zudem, ob allein durch die Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht oder anderer aus dem Berufsrecht folgender Geheimhaltungspflichten (z.B. Berufspsychologen) den verfassungsrechtlichen Anforderungen an den Schutz von persönlichen Daten hinreichend Rechnung getragen wird. In der zentralen Leitentscheidung des Bundesverfassungsgerichts, dem Volkszählungsurteil aus dem Jahre 1983, hat das Gericht die Zulässigkeit der Erhebung und Nutzung von personenbezogenen Daten davon abhängig gemacht, daß ihr Verwendungszweck bereichsspezifisch und präzise bestimmt ist und die personenbezogenen Daten für diesen Zweck geeignet und erforderlich sind.¹²⁸ Ob die ärztliche Schweigepflicht oder eine andere aus dem Berufs- und Standesrecht folgende Geheimhaltungspflicht die strikte Zweckbindung bei der Erhebung und vor allem Verarbeitung (insbes. Übermittlung) sowie Nutzung tatsächlich bereichsspezifisch und präzise sicherstellt, ist zumindest diskussionswürdig. Allein die im Einzelfall durchaus schwer zu bestimmenden Anforderungen an die Rechtfertigung einer Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht lassen insoweit Zweifel aufkommen.¹²⁹

1. Datenschutzrechtliche Anforderungen an die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten

Sofern sich betriebliche Suchtberatung und –hilfe darauf beschränkt, abstrakt allgemeine Informationen und Hinweise z.B. im Rahmen von Unterweisungen nach § 12 ArbSchG zu geben, ist dies datenschutzrechtlich ohne Relevanz. Dies ändert sich in dem Moment, in dem sich die betriebliche Suchtberatung mit den konkreten Suchtproblemen bestimmter Mitarbeiter zu befassen hat und es um konkrete Unterstützung und Hilfestellung geht. Um eine informatorische Basis für Therapie- und sonstige Abhilfemaßnahmen zu schaffen, sind notwendigerweise personenbezogene Daten zu erheben und zu nutzen. Nur so läßt sich ein Bild über Entstehung, Verlauf und Stand der bestehenden bzw. drohenden Suchterkrankung gewinnen.

Derartige Datenerhebungen, -verarbeitungen und Nutzungen¹³⁰ fallen regelmäßig in den Anwendungsbereich des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Da es sich bei den genannten Daten um „besondere Arten von personenbezogenen Daten“ i.S. von § 3 Abs. 9 BDSG handelt (sog. sensitive Daten)¹³¹, gelten für den Umgang mit ihnen strengere Regeln als für „normale“ personenbezogene Daten. Dies wird insbes. daran deutlich, daß die Verarbeitung sensibler Daten – entgegen der allgemeinen Regel – nicht bereits dann zulässig ist, wenn sie der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses (hier: Arbeitsvertrag) dient.¹³² Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und das Nutzen sensibler Daten durch private

¹²⁸ BVerfGE 65, 1 ff. (44); es entspricht jedenfalls im Grundsatz der überwiegenden Auffassung, daß die vom Bundesverfassungsgericht anhand des Volkszählungsgesetzes für den Bereich des öffentlichen Rechts getroffenen Erwägungen auch auf den Bereich des Arbeitsrechts anwendbar sind; vgl. dazu nur Däubler, Gläserne Belegschaften, Rdnrn. 91 ff.

¹²⁹ Vgl. dazu Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, Rdnrn. 475 ff., insbes. Rdnrn. 479 f.

¹³⁰ Die Begriffe „Erheben“, „Verarbeiten“ und „Nutzen“ sind in diesem Zusammenhang Rechtsbegriffe mit einem festen Begriffsinhalt, vgl. insoweit die Legaldefinitionen in § 3 Abs. 3-5 BDSG.

¹³¹ Siehe auch Däubler, Gläserne Belegschaften, Rdnr. 194.

¹³² Vgl. dazu nur Gola/Schomerus, Kommentar zum BDSG, § 28, Rdnrn. 67 ff.

Stellen sind im hier interessierenden Kontext vorrangig die speziellen Regelungen des § 28 Abs. 6, 7 BDSG. Danach ist der Umgang mit sensitiven Daten nur zulässig, wenn der Betroffene seine *Einwilligung* gegeben hat oder aber – ohne Einwilligung – einer der in § 28 Abs. 6, 7 BDSG normierten (*Ausnahme*)*tatbestände* gegeben ist.

Die Tätigkeit der betrieblichen Suchthilfe zielt, sofern sie präventiv erfolgt, auf das Ziel der Gesundheitsvorsorge und, sofern sie Unterstützung bei der Therapierung gewährt, auf die Behandlung einer bestehenden Suchtmittelerkrankung. Datenschutzrechtlich maßgeblich ist vor diesem Hintergrund § 28 Abs. 7 BDSG, der die besonderen Verwendungsbedingungen sensitiver Daten im Bereich des Gesundheitswesens regelt.¹³³ Nach dieser Bestimmung ist der Umgang mit Gesundheitsdaten u.a. dann zulässig, wenn dies zu Zwecken der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik oder Behandlung geschieht und die Verarbeitung und Nutzung durch Ärzte oder Personen erfolgt, die der ärztlichen Schweigepflicht oder einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen (vgl. den in § 203 StGB erwähnten Personenkreis, zu dem etwa staatlich anerkannte Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen sowie Berufspsychologen zählen). § 28 Abs. 7 Satz 3 BDSG erlaubt darüber hinaus auch weiteren (nicht in § 203 Abs. 1, 3 StGB erwähnten) Personen den Umgang mit Gesundheitsdaten, sofern diese strikt an die Maßstäbe der ärztlichen Schweigepflicht gebunden sind.¹³⁴ Der Datenschutz für die im Medizinsektor faktisch nicht zu vermeidende Preisgabe sensibler Daten wird also gewissermaßen durch die berufliche Geheimhaltungspflicht als verbürgt angesehen.

Auch wenn die somit bestehende – am Modell der ärztlichen Schweigepflicht orientierte – Geheimhaltungspflicht praktisch wichtige Eckpunkte für den Datenschutz im Rahmen der betrieblichen Suchthilfe bietet, ist darauf hinzuweisen, daß die übrigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen des BDSG nicht obsolet sind. § 1 Abs. 3 BDSG sieht insoweit nicht einen Vorrang von Berufsgeheimnissen vor, sondern ordnet lediglich an, daß diese Geheimhaltungsverpflichtungen „unberührt“ bleiben. Hieraus folgt im Ergebnis, daß das BDSG den Minimalstandard bildet, der von den speziellen, im Berufs- und Standesrecht begründeten Vertraulichkeitspflichten nicht unterschritten werden darf.¹³⁵ Es sind deswegen die Kernanforderungen des BDSG an die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sensibler personenbezogener Daten in jedem Falle zu beachten. Hierzu zählen etwa der grundsätzliche Vorrang der Datenerhebung beim Betroffenen (§ 4 Abs. 2 BDSG) oder seine Unterrichtung über den vorgesehenen Umgang (§ 4 Abs. 3 BDSG), wozu insbes. die dezidierte Aufklärung über die Zweckbestimmungen der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung gehört. Da regelmäßig sensitive Daten erhoben werden, sind insoweit strenge Anforderungen zu stellen. Aus der Sicht betrieblicher SuchtberaterInnen folgt hieraus, daß sie die entsprechenden Festlegungen vor der ersten Erhebung personenbezogener Daten eindeutig getroffen haben müssen. Es ist dabei zu beachten, daß der Umgang mit personenbezogenen Daten auf das erforderliche Minimum zu beschränken ist. Eine Sammlung von Daten auf Vorrat, d.h. von Daten, für die zum Zeitpunkt ihrer Erhebung kein konkreter, sachlich gerechtfertigter

¹³³ Zum Anwendungsbereich des § 28 Abs. 7 BDSG und zur Abgrenzung zu § 28 Abs. 6 BDSG, der die generelle „Verwendbarkeit“ sensitiver Daten regelt, vgl. Simitis, Kommentar zum BDSG-Simitis, § 28, Rdnr. 338.

¹³⁴ Näher dazu Simitis, Kommentar zum BDSG-Simitis, § 28, Rdnr. 341.

¹³⁵ Einzelheiten dazu bei Simitis, Kommentar zum BDSG-Simitis, § 1, Rdnrn. 183 ff., insbes. Rdnr. 185; außerdem Gola/Schomerus, Kommentar zum BDSG, § 1, Rdnr. 25.

Verwendungszweck besteht, stellt eine Verletzung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung dar und ist daher unzulässig.¹³⁶

Eine präzise Bestimmung des Verwendungszwecks der Datenerhebung sowie der vorgesehenen Verarbeitung und Nutzung der erhobenen personenbezogenen, sensitiven Daten ist seit der Novellierung des BDSG im Jahre 2001 auch mit Blick auf den neuen § 4 d BDSG geboten.¹³⁷ § 4 d Abs. 5 BDSG sieht für automatisierte Verarbeitungen mit besonderen Risiken für die Rechte und Freiheiten der Betroffenen eine Vorabkontrolle durch den Datenschutzbeauftragten vor. Angesichts der heute weiten Verbreitung automatisierter Verfahren¹³⁸ dürfte insbes. bei dem im Rahmen der Tätigkeit der betrieblichen Suchhilfe praktisch unvermeidbaren Umgang mit Gesundheitsdaten nach § 28 Abs. 7 BDSG eine solche Vorabkontrolle nicht selten erforderlich werden.¹³⁹ Hierzu ist dem Datenschutzbeauftragten als Prüfungsgrundlage eine Übersicht (vgl. § 4 e BDSG) zur Verfügung zu stellen, die alle wesentlichen Angaben über die vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung enthält.¹⁴⁰

2. Personelle Anforderungen beim Umgang mit Gesundheitsdaten

Jeder Umgang mit personenbezogenen Daten stellt einen – rechtfertigungsbedürftigen – Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung dar. Nicht zuletzt aufgrund der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts aus dem Volkszählungsurteil gehört es zum wohl nicht bestrittenen Kern der „Philosophie“ des BDSG, durch die Forderung nach einer eindeutigen Zweckbestimmung, die den Rahmen für jede der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung festlegt, Eingriffe in das Grundrecht auf das unbedingt erforderliche Maß zu minimieren. Die praktische Umsetzung dieser letztlich in der Verfassung wurzelnden Anforderungen setzt voraus, daß für den Einzelfall nicht nur präzise der Verwendungszweck personenbezogener – und erst recht sensibler – Daten sachgerecht festgelegt wird. Um den Verwendungszweck möglichst datensparend realisieren zu können, bedarf es auch einer sachgerechten, den Grundrechtseingriff minimierenden Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten.

Es ist deswegen zutreffend, wenn *Simitis* darauf hinweist, daß ein wirksamer Datenschutz auch Anforderungen an die handelnden, d.h. mit personenbezogenen Daten umgehenden Personen stellt. Ein wesentliches Element ist in diesem Zusammenhang zweifellos die Verpflichtung auf eine (berufliche) Geheimhaltungspflicht. Eine wirksame Vorbeugung vor der Zweckentfremdung von Daten ist darüber hinaus aber auch auf die fachliche Quali-

¹³⁶ BVerfGE 65, 1 ff. (46); Däubler, Gläserne Belegschaften, Rdnr. 391; Simitis, Kommentar zum BDSG-Simitis, § 1, Rdnr. 100.

¹³⁷ Vgl. grundsätzlich zum neuen § 4 d BDSG und seinem gemeinschaftsrechtlichen Hintergrund, Simitis, Kommentar zum BDSG-Walz, § 4 d, Rdnrn. 1 ff.

¹³⁸ „Automatisierte Verarbeitung ist die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen“, § 3 Abs. 2 Satz 1 BDSG.

¹³⁹ In diesem Sinne ebenso mit Blick auf § 28 Abs. 7 BDSG, Gola/Schomerus, Kommentar zum BDSG, § 4 d, Rdnr. 12.

¹⁴⁰ Eingehend zum Verfahren und den Anforderungen an eine Vorabkontrolle, Simitis, Kommentar zum BDSG-Walz, § 4 d, Rdnrn. 24 ff.

fikation der mit dem Datenumgang betrauten Personen angewiesen.¹⁴¹ Es sind letztlich fachliche Entscheidungen, welche Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen für die Erreichung des jeweiligen Verwendungszwecks unerlässlich sind. Die Tätigkeit betrieblicher Suchtberatungen muß daher auf einem hinreichenden qualifikatorischen Hintergrund erfolgen. Da die betriebliche Suchtberatung heute keineswegs mehr eine singuläre Erscheinung ist, sondern eine beachtliche Verbreitung gefunden hat¹⁴², liegt die – auch an datenschutzrechtlichen Kategorien orientierte – Erarbeitung eines fachlichen Anforderungsprofils durchaus nahe.

C. Zusammenfassung und Ausblick

1. Im klassischen, ordnungsrechtlich geprägten Arbeitsschutzrecht ist der betriebliche Suchtmittelgebrauch primär unter dem Aspekt des Schutzes vor „harten Gesundheitsgefahren“ und dabei vorrangig als Element des Unfallschutzes thematisiert worden. Bislang stand dabei das Suchtmittel „Alkohol“ im Vordergrund. Ausgangspunkt der arbeitsschutzrechtlichen Regulierung und Intervention waren die Auswirkungen der Alkoholisierung in Gestalt unsicheren, besonders unfallträchtigen (Arbeits)verhaltens. Instrumente der Unfallverhütung sind Konsumverbote, wobei als Grundsatz von einem relativen, an den jeweils konkreten Unfallgefahren orientierten Alkoholverbot ausgegangen wird (§ 38 BGV A 1-Alt). Entsprechend dem „Grundsatz der Verhältnismäßigkeit“ kommen nach diesem Konzept absolute Alkoholverbote nur bei besonders sicherheitskritischen Tätigkeiten in Betracht.¹⁴³ Die (betrieblichen) Ursachen des Alkoholkonsums spielen für den Unfallschutz im Prinzip keine Rolle; entscheidend ist, daß bei der Erbringung der Arbeitsleistung keine Gefahren durch alkoholbedingte Ausfallerscheinungen entstehen. An dieser an der „Gefahrenabwehr“ orientierten Sicht hat sich auch durch §§ 15, 7 BGV A 1-Neu nichts geändert. Für den vorliegenden Zusammenhang liegt die Bedeutung des neuen Regelwerks darin, daß die bisherige Konzentration auf das Suchtmittel „Alkohol“ aufgelöst worden ist und auch Drogen, Medikamente und andere „berauschende Mittel“ nunmehr erfaßt werden.
2. Seit dem Inkrafttreten des ArbSchG, dem ein erweitertes Arbeitsschutzverständnis zugrunde liegt, ist eine arbeitsschutzrechtliche Neubewertung des betrieblichen Suchtverhaltens geboten. Durch sie wird die klassische Sicht nicht obsolet, wohl aber ergänzt. Kennzeichnend für den Ansatz des ArbSchG ist, daß er nicht nur auf die Verhütung von harten Gesundheitsgefahren i.S. der körperlichen Unversehrtheit zielt, sondern darüber hinausgehend die umfassende Vermeidung bzw. Minimierung von Gefährdungen durch die Arbeit zum Gegenstand hat. Hiermit korrespondiert ein erweitertes Gesundheitsverständnis, das nicht nur das Freisein von Krankheiten und Gebrechen meint, sondern alle arbeitsbedingten physischen und psychischen Faktoren erfaßt, die sich auf die Gesundheit auswirken. In der Sache öffnet sich das Arbeitsschutzrecht damit für alle betrieblichen Faktoren, die geeignet sind, sich auf

¹⁴¹ Vgl. Simitis, Kommentar zum BDSG-Simitis, § 28, Rdnr. 341; in diesem Sinne wohl auch Däubler, Gläserne Belegschaften, Rdnr. 281.

¹⁴² Dazu Wienemann, Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen – Exposé zu einer Expertise, <http://www.wa.uni-hannover.de>.

¹⁴³ Normativ angeordnet für Wach- und Sicherheitsdienste in § 5 BGV C 7 (vormals VBG 68).

das Suchtverhalten der Beschäftigten auszuwirken (insbes. psychische Belastungen wie Streß, soziale Konflikte am Arbeitsplatz oder die Arbeitszeitgestaltung). Die Instrumente des ArbSchG (Gefährdungsbeurteilung, Wirksamkeitskontrollen, Anpassungsmaßnahmen, Unterweisungen, Recht auf arbeitsmedizinische Untersuchung) bieten vor diesem Hintergrund zahlreiche Anknüpfungspunkte für Aktivitäten der betrieblichen Suchthilfe und –beratung.

3. Die Verantwortung für die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten im Betrieb trägt grundsätzlich der Arbeitgeber als Adressat der Kernvorschriften des ArbSchG. Eine prinzipielle Grenze des – zwingenden – „Arbeits- und Gesundheitsschutzauftrags“ des Arbeitgebers liegt darin, daß das Arbeitsschutzrecht nicht als „verpflichtendes Element persönlicher Gesundheitserziehung“¹⁴⁴ eingesetzt werden darf. Die betrieblichen Verhältnisse und das sicherheits- und gesundheitsgerechte Verhalten der Beschäftigten im kollektiven Zusammenhang des Betriebs markieren somit das Aktionsfeld des verbindlich zu beachtenden Arbeitsschutzrechts.¹⁴⁵ Hiermit ist zugleich eine wichtige Grenzlinie zur (betrieblichen) Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V gezogen, die eine weitere wichtige Rechtsgrundlage für Aktivitäten der Suchtprävention und –hilfe bildet. Im Gegensatz zum öffentlichen Arbeitsschutzrecht basiert die Gesundheitsförderung auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Sie bildet deswegen insbes. für den Bereich der persönlichen Verhaltensprävention einen geeigneten rechtlichen Handlungsrahmen.
4. Risiken in Verbindung mit Alkohol-, Drogen- und Arzneimittelabhängigkeit gehören zu den Kernelementen der Prävention sozialer Risiken, die die EU-Kommission in ihrer Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006 zusammengefaßt hat.¹⁴⁶ Es ist deswegen zu erwarten, daß (wiederum) aus dem europäischen Raum neue Impulse für die betriebliche Suchtprävention, -beratung und –hilfe kommen werden. Hervorgehoben sei hier das Vorhaben, durch die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz – europaweit – „Best Practices“ zu erfassen.¹⁴⁷ Die rechtliche Zuordnung dieser Aktivitäten wird sich dabei entlang der soeben skizzierten Grenzlinie zwischen verbindlichem Arbeitsschutzrecht und freiwilligen Aktivitäten der (betrieblichen) Gesundheitsförderung zu orientieren haben. Für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich diese Impulse verstärken, wenn die Krankenkassen von der neuen in § 65 a SGB V¹⁴⁸ vor-

¹⁴⁴ Kohte, Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung, 53 ff. (59).

¹⁴⁵ Dies ist im übrigen auch insoweit sachgerecht, als der Arbeitgeber rechtliche Verantwortung nur für Gegebenheiten übernehmen kann, auf die er – kraft seiner Arbeitgeberstellung – steuernd Einfluß nehmen kann.

¹⁴⁶ Mitteilung der Kommission „Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006“, KOM(2002) 118 endgültig, S. 9; außerdem die diese Strategie billigende EntschlieÙung des Rates vom 3. Juni 2002 (2002/C 161/01), ABl. EG 2002, Nr. C 161, S. 1 ff.

¹⁴⁷ Mitteilung der Kommission „Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006“, KOM(2002) 118 endgültig, S. 11

¹⁴⁸ § 63 a Abs. 3 SGB V in der seit dem 1.1.2004 gültigen Fassung lautet: „Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.“

gesehenen Möglichkeit Gebrauch machen, finanzielle Anreize für die Durchführung von Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Gewährung eines Bonus zu geben. Eine wesentliche Voraussetzung für die Gewährung solcher Prämien ist es, daß erprobte und bewährte „Best-Practices“ implementiert werden.¹⁴⁹

5. Das ASiG stellt nur bedingt einen tauglichen rechtlichen Handlungsrahmen für konkrete Aktivitäten der Suchtprävention und Suchthilfe auf der betrieblichen Ebene dar. Die Aufgabenkataloge des Betriebsarztes und der Fachkraft für Arbeitssicherheit bieten zwar Ansatzpunkte zur Verortung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe, wenngleich diese auch für den betrieblichen Praktiker nicht unbedingt klar erkennbar sind. Als besonders problematisch erweist sich die im ASiG angelegte Zweispurigkeit von arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Beratungs- und Unterstützungsaufgaben, die nach dem Leitbild des ASiG im Normalfall von Personen mit ärztlicher oder technischer Basisqualifikation abgedeckt werden sollen. Diese aus gemeinschaftsrechtlicher Perspektive durchaus problematische Zweispurigkeit hat zur Folge, daß nichtärztliche Suchthelfer oder Suchtberater deswegen nur ausnahmsweise nach Maßgabe des § 7 Abs. 2 ASiG auf der organisationsrechtlichen Grundlage des ASiG agieren können. Sofern nichtärztliche Suchthelfer und Suchtberater – ausnahmsweise – auf der Grundlage des ASiG agieren, unterliegen sie der Schweigepflicht, sofern eine solche aus dem jeweiligen Berufsrecht folgt oder sie zu dem in § 203 StGB genannten Personenkreis zu rechnen sind. Unabhängig davon gelten für personenbezogene Daten in jedem Falle (d.h. insbes. auch für Betriebsärzte) die einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzrechts.
6. Im Rahmen der betrieblichen Suchthilfe wird im Regelfall mit persönlichen Gesundheitsdaten umgegangen, für die als sog. sensitive Daten i.S. von § 3 Abs. 9 BDSG besonders strenge Regeln gelten. Auch Personen, die nicht der ärztlichen Schweigepflicht oder einer sonstigen aus dem Berufsrecht folgenden Schweigeverpflichtung unterliegen, sind verpflichtet, ihr Handeln an den Regeln der ärztlichen Schweigepflicht auszurichten (§ 28 Abs. 7 BDSG). Um die Eingriffe in das informationelle Selbstbestimmungsrecht zu minimieren ist es erforderlich, vor der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Gesundheitsdaten im Rahmen der betrieblichen Suchthilfe Verwendungszweck und Verwendungszusammenhang der sensitiven Daten eindeutig festzulegen. Dabei ist zu beachten, daß die Daten grundsätzlich und vorrangig beim Betroffenen selbst zu erheben sind und der Umgang mit sensitiven Daten auf das unbedingt unverzichtbare Minimum zu beschränken ist (Verbot der Datensammlung auf Vorrat). Um den so grob skizzierten Anforderungen effektiv genügen zu können, ist aus datenschutzrechtlicher Sicht eine adäquate Qualifikation von Suchthelfern und Suchtberatern unverzichtbar. Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß wichtige Determinanten für das Tätigwerden der betrieblichen Suchthilfe (Datenschutz, Qualifikation) auch ohne ausdrückliche Regelung bereits dem geltenden Recht entnommen werden können. Ungeachtet dessen dürfte eine ausdrückliche gesetzliche Regelung zu den genannten Punkten dazu beitragen, den Handlungsrahmen zu verdeutlichen. Diskutabel sind weitere rechtliche Vorgaben zur organisatorischen Absicherung der Suchthilfe im betrieblichen Kontext. Ein tragbares

¹⁴⁹ Einzelheiten dazu bei Kohte/Faber, Finanzielle Anreize für betriebliches Gesundheitsmanagement, insbes. S. 14 ff.; 24 ff.

und erprobtes Modell hierfür könnten die Bestimmungen über die Unabhängigkeit der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit in § 8 ASiG darstellen. Wie dargelegt finden diese Regelungen für die „nichtbetriebsärztliche“ Suchthilfe etwa durch einen Sozialarbeiter nach gegenwärtigem Recht nur in Ausnahmefällen Anwendung.

D. Literaturverzeichnis

- Ahrens, Martin*: Rauchverbot, in: Oehmann, Werner; Dieterich, Thomas (Hrsg.): Arbeitsrechts-Blattei – Systematische Darstellungen (AR-Blattei SD), Heidelberg, Loseblattsammlung, Ordnungsnummer SD 1310
- Anzinger, Rudolf; Bieneck, Hans-Jürgen*: Kommentar zum Arbeitssicherheitsgesetz, Heidelberg 1998
- Bengelsdorf, Peter*: Alkoholkonsum und verhaltensbedingte Kündigung, NZA 2001, S. 993 ff.
- Bieback, Karl-Jürgen/Oppolzer, Alfred*: Strukturwandel im Arbeitsschutz, in: Bieback, Karl-Jürgen/Oppolzer, Alfred (Hrsg.): Strukturwandel des Arbeitsschutzes, Opladen 1999, S. 7 ff.
- Birk, Rolf*: Die Rahmenrichtlinie über die Sicherheit und den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz – Umorientierung des Arbeitsschutzes und bisherige Umsetzung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, in: Anzinger, Rudolf; Wank, Rolf: Entwicklungen im Arbeitsrecht und Arbeitsschutzrecht – Festschrift für Otfried Wlotzke zum 70. Geburtstag, München 1996, S. 645 ff.
- Börgmann, Udo*: Anmerkung zum Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 17.02.1998 – 9 AZR 84/97 –, AP Nr. 26 zu § 618 BGB
- Börgmann, Udo*: Arbeitsrechtliche Aspekte des Rauchens im Betrieb, RdA 1993, S. 275 ff.
- Buchner, Benedikt*: Nichtraucherchutz am Arbeitsplatz – Die neue Schutzregelung des § 3 a Arbeitsstättenverordnung, BB 2002, S. 2382 ff.
- Bücker, Andreas*: Von der Gefahrenabwehr zu Risikovorsorge und Risikomanagement im Arbeitsschutzrecht – Eine Untersuchung am Beispiel der rechtlichen Regulierung der Sicherheit von Maschinen unter dem Einfluß der Europäischen Rechtsangleichung, Berlin 1997
- Bücker, Andreas; Feldhoff, Kerstin; Kohte, Wolfhard*: Vom Arbeitsschutz zur Arbeitsumwelt – Europäische Herausforderungen für das deutsche Arbeitsrecht, Neuwied, Kriftel, Berlin 1994
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg)*: Die Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit, bearbeitet von Lutz Wienhold und Martin Schmauder, Dortmund, Sankt Augustin 2003 (BGZ-Report 1/2003)
- Cosack, Tilman*: Verpflichtung des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zum Erlaß eines generellen Rauchverbots am Arbeitsplatz?, DB 1999, S. 1450 ff.

- Däubler, Wolfgang*: Die Schweigepflicht des Betriebsarztes – ein Stück wirksamer Datenschutz?, BB 1989, S. 282 ff.
- Däubler, Wolfgang*: Gläserne Belegschaften? Datenschutz in Betrieb und Dienststelle, 4. Auflage, Frankfurt/M 2002
- Däubler, Wolfgang; Kittner, Michael; Klebe, Thomas*: Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) – Kommentar für die Praxis, 8. Auflage, Frankfurt/Main 2002
- Deutsch, Erwin; Spickhoff, Andreas*: Medizinrecht – Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, 5. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio 2003
- Diller, Martin; Powietzka, Arnim*: Drogenscreenings und Arbeitsrecht, NZA 2001, S. 1227 ff.
- EG-Kommission*: Mitteilung der Kommission „Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006, KOM(2002)118 endgültig
- EG-Kommission*: Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuß und den Ausschuß der Regionen über die praktische Durchführung der Bestimmungen der Richtlinien über Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 89/391 (Rahmenrichtlinie), 89/654 (Arbeitsstätten), 89/655 (Arbeitsmittel), 89/656 (persönliche Schutzausrüstungen), 90/269 (manuelle Handhabung von Lasten) und 90/270 (Bildschirmgeräte), KOM(2004) 62 endgültig
- Faber, Ulrich*: Das betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutzrecht der Bundesrepublik nach der Umsetzung der europäischen Richtlinien, Arbeit 1998, S. 203 ff.
- Faber, Ulrich*: Die arbeitsschutzrechtlichen Grundpflichten – Organisations- und Verfahrenspflichten, materiellrechtliche Maßstäbe und die rechtlichen Instrumente ihrer Durchsetzung, Diss. Halle/Saale, 2002
- Felderhoff, Matthias*: Alkohol und Arbeitsrecht, Baden-Baden 1997
- Fischer, Günther*: „Dauerbrenner Gefährdungsbeurteilung“, in: Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Arbeitsschutz in Nordrhein-Westfalen – Jahresbericht 2000, Düsseldorf 2001, S. 9 ff.
- Fitting, Karl; Kaiser, Heinrich; Heither, Friedrich; Engels, Gerd; Schmidt, Ingrid*: Betriebsverfassungsrecht – Handkommentar, 21. Auflage, München 2002
- Fleck, Jürgen*: Suchtkontrolle am Arbeitsplatz, BB 1987, S. 2029 ff.
- Gerhard, Joachim*: Arbeitsschutzpflichten delegieren – ein Kann oder ein Muß?, AuA 1998, S. 236 ff.

- Gola, Peter; Schomerus, Rudolf*: BDSG – Bundesdatenschutzgesetz, Kommentar, 7. Auflage, München 2002.
- Graefe, Bernd*: Arbeitsrechtliche Gestaltungsmöglichkeiten in Zusammenhang mit Alkohol-erkrankungen, BB 2001, S. 1251 ff.
- Hamacher, Werner; Fischer, Günther; Lopian, Gaby*: „Die Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung“ – oder „Von der Herausforderung, die Theorie in die Praxis umzusetzen“, in: Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Arbeitsschutz in Nordrhein-Westfalen, Jahresbericht 1999, Düsseldorf 2000, S. 8 ff.
- Heilmann, Joachim*: Zur Diskussion: Rauchen am Arbeitsplatz?, BB 1994, S. 715
- Heilmann, Joachim; Aufhauser, Rudolf*: Arbeitsschutzgesetz – Kommentar –, Baden-Baden 1999
- Heilmann, Joachim; Wienemann, Elisabeth; Thelen, Wolfgang*: Drogenprävention durch Drogenscreening, AiB 2001, S. 465 ff.
- Hemming, Thorsten*: Die alkoholbedingte Kündigung, BB 1998, S. 1998 ff.
- Hinrichs, Werner*: Rechtliche Aspekte zur Schweigepflicht der Betriebsärzte und des betriebsärztlichen Personals, DB 1980, S. 2287 ff.
- Kittner, Michael; Pieper, Ralf*: Arbeitsschutzrecht – Kommentar für die Praxis zum Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz und zu den anderen Arbeitsschutzvorschriften, 2. Auflage, Frankfurt/Main 2002
- Kloepfer, Michael*: Umweltrecht, 2. Auflage, München 1998
- Kohte, Wolfhard*: Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung, in: Pfaff, Holger; Slesina, Wolfgang (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, Weinheim, München 2001, S. 53 ff.
- Kohte, Wolfhard*: Arbeitsschutzrahmenrichtlinie, in: Oetker, Hartmut; Preis, Ulrich (Hrsg.): Europäisches Arbeits- und Sozialrecht – Rechtsvorschriften, systematische Darstellungen, Entscheidungssammlung, Heidelberg, Loseblattsammlung, Kennziffer B 6100
- Kohte, Wolfhard*: Arbeitsschutzrecht im Wandel – Strukturen und Erfahrungen, in: Dieterich, Thomas (Hrsg.): Jahrbuch des Arbeitsrechts, Bd. 37, Berlin 2000, S. 21 ff.
- Kohte, Wolfhard; Faber, Ulrich*: Anmerkung zu LAG Köln, Urteil vom 03.04.2003 – 10 (1) Sa 1231/02 –, Juris PraxisReport-Arbeitsrecht 24/2003, S. 12 f.

- Kohte, Wolfhard; Faber, Ulrich:* „Finanzielle Anreize für betriebliches Gesundheitsmanagement“, Expertise für die Expertenkommission „Die Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung, 2002
- Koll, Michael; Janning, Rita; Pinter, Harald:* Arbeitsschutzgesetz, Gesetz zur Umsetzung der EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz und weiterer Arbeitsschutz-Richtlinien; Rechtsverordnungen aufgrund des Arbeitsschutzgesetzes – Kommentar für die betriebliche und behördliche Praxis, Stuttgart, Berlin, Köln, Loseblattsammlung
- Kollmer, Norbert; Vogl, Markus:* Das Arbeitsschutzgesetz – Darstellung der Rechtslage für Arbeitgeber, Beschäftigte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit, 2. Auflage, München 1999
- Künzl, Reinhard:* Alkohol im Betrieb, BB 1993, S. 1581 ff.
- Lepke, Achim:* Trunksucht als Kündigungsgrund, DB 2001, S. 269 ff.
- Leßmann, Jochen:* Rauchverbote am Arbeitsplatz – Rechtliche Grundlagen, betriebliche Gestaltungsmöglichkeiten, Maßnahmen des Nichtraucherschutzes, Stuttgart 1991
- Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.):* Arbeitswelt NRW 2000, Belastungsfaktoren – Bewältigungsformen – Arbeitszufriedenheit, Düsseldorf 2001
- Münchener Handbuch zum Arbeitsrecht*, 3 Bde.: Hrsg. von Reinhard Richardi und Otfried Wlotzke, 2. Auflage, München 2000
- Nöthlichs, Matthias:* Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit: Ergänzbare Kommentar zum Arbeitsschutzgesetz und zum Arbeitssicherheitsgesetz, Berlin, Loseblattsammlung
- Praxiskommentar Arbeitsschutzgesetz – Verordnungen und Richtlinien:* Hrsg. von Norbert Kollmer, München, Loseblattsammlung
- Radek, Erwin:* Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, Die BG 1997, S. 351 f.
- Richter, Gabriele:* Psychische Belastung und Beanspruchung – Stress, psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse – Forschungsergebnisse für die Praxis, Nr. 116, Dortmund 2000
- Simitis, Spiros (Hrsg.):* Kommentar zum Bundesdatenschutzgesetz, 5. Auflage, Baden-Baden 2003
- Steinbach, Iris; Wienemann, Elisabeth; Nette, Angelika:* Probleme mit Medikamenten im Arbeitsleben – Ergebnisse einer Recherche (Berichte zu Suchtkrankenhilfe – Niedersächsisches Sozialministerium), Hannover 1992
- Veigel, Bernd:* Das niederländische Arbeitsschutzrecht und die Umsetzung der Arbeitsschutzrahmenrichtlinie in den Niederlanden, Baden-Baden 2002

Vogt, Ulla: Gesundheitszirkel, in: Badura, Bernhard; Hehlmann, Thomas (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik – Der Weg zur gesunden Organisation, Berlin, Heidelberg, New York 2003, S. 227 ff.

Wank, Rolf: Kommentar zum technischen Arbeitsschutz, München 1999

Wellenhofer-Klein, Martina: Der rauchfreie Arbeitsplatz – Was bringt die Änderung der Arbeitsstättenverordnung, RdA 2003, S. 155 ff.

Willemsen, Heinz-Josef; Brune, Ulrike: Alkohol und Arbeitsrecht, DB 1988, S. 2304 ff.