

I.M.U.

Institut für Mitbestimmung
und Unternehmensführung

Hans **Böckler**
Stiftung 

Mitbestimmung · Forschung · Stipendien

STUDY

Nr. 405 · November 2018

ERFOLGSFAKTOREN FÜR DIE UMSETZUNG BETRIEBLICHER REGELUNGEN ZUR SUCHT- PRÄVENTION UND SUCHTHILFE

Praxiswissen Betriebsvereinbarungen

Elisabeth Wienemann

unter Mitarbeit von Diana Schmidt

**BETRIEBS-
VEREINBARUNGEN**

Diese Study erscheint als 405. Band der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung. Die Reihe Study führt mit fortlaufender Zählung die Buchreihe „edition Hans-Böckler-Stiftung“ in elektronischer Form weiter.

STUDY

Nr. 405 · November 2018

ERFOLGSFAKTOREN FÜR DIE UMSETZUNG BETRIEBLICHER REGELUNGEN ZUR SUCHT- PRÄVENTION UND SUCHTHILFE

Praxiswissen Betriebsvereinbarungen

Elisabeth Wienemann

unter Mitarbeit von Diana Schmidt

Die Autorin

Dr. Elisabeth Wienemann, Diplom-Soziologin, Arbeitswissenschaftlerin,
Forschung, Beratung, Weiterbildung zu Präventionsprogrammen im Betrieb

© 2018 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Erfolgsfaktoren für die Umsetzung betrieblicher Regelungen zur Suchtprävention und Suchthilfe“ von Elisabeth Wienemann ist lizenziert unter **Creative Commons Attribution 4.0 (BY)**.

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.

(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative Commons Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Herausgeberin und Redaktion: Dr. Manuela Maschke, Hans-Böckler-Stiftung
Satz: DOPPELPUNKT, Stuttgart

ISBN: 978-3-86593-318-8

INHALT

Abkürzungsverzeichnis	8
Zusammenfassung	9
Vorwort	11
1 Betriebs- und Dienstvereinbarungen als Rahmen für die betriebliche Suchtprävention	12
1.1 Handlungsfeld betriebliche Suchtprävention	12
1.2 Verbindlichkeit durch Mitbestimmung	14
1.3 Regelungsbereiche in Vereinbarungen zur Suchtprävention und Suchthilfe	16
1.4 Gut geregelt ist noch nicht umgesetzt	21
2 Erhebung und methodisches Vorgehen	23
2.1 Auswahl der Betriebe	23
2.2 Interviews zur qualitativen Erhebung	25
2.3 Auswertung der Interviews und Systematisierung der Ergebnisse	28
2.4 Expertenaussagen – Verallgemeinerung und Interpretation	29
3 Betriebs- und Dienstvereinbarungen als Grundlage der Suchtprävention und Suchthilfe	33
3.1 Entwicklung der Vereinbarung und Umsetzung in lebendige Praxis	33
3.2 Steuerung des Suchtpräventionsprogramms	48
4 Handlungskompetenz der Personalverantwortlichen und verbindliche Interventionen	66
4.1 Qualifizierung der Personalverantwortlichen	69
4.2 Leitfäden für Gespräche und Interventionen	85

5 Betriebliche Angebote zur Suchtprävention, Beratung und Suchthilfe	127
5.1 Interne Einrichtung für Prävention und Beratung	129
5.2 Personelle Ausstattung und Kompetenzen der Einrichtung	145
5.3 Angebote der Beratung und Unterstützung	185
5.4 Angebote der Prävention: Information Aufklärung und Unterweisung	207
5.5 Qualitätssicherung der Arbeit der Einrichtung	242
6 Evaluation betrieblicher Suchtpräventionsprogramme	261
Literaturverzeichnis	268
Über die Sammlung von Betriebsvereinbarungen	271

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Regelungsbereiche in BV/DV zur Suchtprävention und Suchthilfe der an der Erhebung beteiligten Betriebe	17
Tabelle 2: Thematische Übersicht über Anhänge in den BV/DV zur Suchtprävention und Suchthilfe der an der Erhebung beteiligten Betriebe	19
Tabelle 3: Zusammenstellung der in die Interviewstudie einbezogenen Betriebe nach Branchen, Größe, Art der Vereinbarung und Besetzung der internen Einrichtung zur Suchtprävention und Suchthilfe	24
Tabelle 4: Übersicht über die fachliche Verteilung der Interviewpartnerinnen und -partner	27
Tabelle 5: Beispiele für die Interpretation und Generalisierung von thematischen Statements	30
Tabelle 6: Abkürzungen und Signaturen zu den zitierten Interviewaussagen und Auszügen aus betrieblichen Regelungen	31
Tabelle 7: Übersicht über die Handlungsanleitungen zur Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb	88

INDEX ICON

→I Die Kennung am Ende des Zitats bezeichnet die Quelle und den Standort der Vereinbarung im Archiv. Sofern [blau unterlegt](#), gelangen Sie direkt zur Vereinbarung in der Online-Datenbank.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AfS	Ansprechperson für Suchtfragen
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASA	Arbeitsschutzausschuss
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement (§ 167 SGB IX)
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BR	Betriebsrat
BV	Betriebsvereinbarung
DGUV V1	Deutsche gesetzliche Unfallversicherung Vorschrift 1: Unfallverhütungsvorschrift „Grundsätze der Prävention“
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DV	Dienstvereinbarung
EAP	Employee Assistance Program (externes Beratungsangebot für Beschäftigte)
FAQ	Frequently Asked Questions (Antworten auf häufig gestellte Fragen zu einem Thema)
GBR	Gesamtbetriebsrat
GPR	Gesamtpersonalrat
HR	Human Resources = Personalmanagement/-abteilung
PersVG	Personalvertretungsgesetz
PR	Personalrat
RDV	Rahmendienstvereinbarung
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neun

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Studie zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe beschreibt aus der Sicht der Beteiligten, welche Erfahrungen sie in der Praxis gemacht haben und welche Modelle, Prozesse und Verfahren sie als erfolgreich ansehen.

Es handelt sich um eine qualitative, nicht um eine repräsentative Studie. Es zählt der Inhalt der Aussagen, die in den Interviews gemacht wurden, nicht ihre Anzahl. Grundlage der Ergebnisse der Studie sind die subjektiven Äußerungen der Befragten, die zum Interviewzeitpunkt aus verschiedenen Funktionen heraus an der Gestaltung und Umsetzung des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms beteiligt waren.

Der vorliegende Projektbericht enthält eine Fülle von Anregungen und Argumentationen für Vereinbarungen, die zur Weiterentwicklung der Suchtprävention und Suchthilfe im eigenen Betrieb genutzt werden können. Ihr Nutzen wird in den Aussagen der beteiligten Interviewpartnerinnen und -partner beschrieben. Sie lassen die Praxis lebendig werden.

Die Ergebnisse der Studie tragen dazu bei, das Bild von der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe zu korrigieren. Häufig wird sie nur mit der Beratung und Hilfe für suchtgefährdete Beschäftigte in Verbindung gebracht. Sie trägt aber weit darüber hinaus wesentlich dazu bei, den gesetzlichen Präventionsauftrag zu erfüllen. Der sieht zum einen die Vermeidung bzw. Verminderung der Gefährdungen für die physische und psychische Gesundheit bei der Arbeit vor und fordert zum anderen vom Arbeitgeber einen Beitrag zum Erhalt der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten.

Betriebliche Suchtpräventionsprogramme schaffen Strukturen für verbindliche Prozesse im Bereich der Suchtvorbeugung: durch Informationen, Aktionen und Seminarangebote. Sie sichern allen Beschäftigten professionelle Beratung und sachgerechte Unterstützung bei riskantem Konsum und Suchtgefährdung zu. Sie fördern die Kompetenz der Führungskräfte und bieten Handlungsanleitungen für fürsorgliche Gespräche und Interventionen bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz.

Die Angebote der Beratungskräfte und Ansprechpersonen für Suchtfragen weisen den Weg zu einem verantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln, Medikamenten und Medien und unterstützen – wenn notwendig oder gewünscht – die Entwicklung einer gesünderen Lebensweise. Sie tragen darüber hinaus dazu bei, die Arbeit und Arbeitsbedingungen gesundheitsförder-

lich zu gestalten, sodass die Anforderungen auch ohne den Einsatz von Suchtmitteln und Medikamenten zu bewältigen sind.

Ein zentraler Erfolgsfaktor für die Umsetzung der Ziele und Aufgaben der betrieblichen Einrichtung zur Suchtprävention und Suchthilfe ist eine verbindliche Basis durch eine substanzielle Betriebs- oder Dienstvereinbarung sowie ein qualifiziertes Gremium, das die Prozesse des Suchtpräventionsprogramms langfristig und verbindlich steuert. Dazu bedarf es nicht zuletzt der aktiven der Unterstützung des Arbeitgebers sowie der Interessenvertretungen.

VORWORT

Alkohol, Tabak und Medikamente machen in Deutschland den Hauptteil der Drogen aus, die konsumiert werden. Daran ändert sich wenig, sagt die Hauptstelle für Suchtfragen. Hinzu kommen nicht stoffgebundene neuere Suchtformen wie übermäßige Spiel- und Internetnutzung sowie illegale Drogen wie Heroin, Kokain, Amphetamine und neue synthetische Drogen.

Drogen im Betrieb und am Arbeitsplatz können zu sehr gefährlichen Situationen führen. Wenn es im Betrieb gut läuft, werden Abhängige in das Versorgungssystem der Suchtkrankenhilfe geleitet. Aber genügt das? Die betriebliche Realität zeigt, dass Suchtprobleme im Alltag lange Zeit tabuisiert werden. Jeder weiß um das Problem bei der Kollegin und dem Kollegen und möchte eigentlich Abhilfe schaffen, unterstützen – aber wie? Man ist hilflos. Und wie kann vorausschauend vorgebeugt werden, damit Sucht im Betrieb gar nicht erst ein Thema wird?

Führungskräfte und auch Betriebs- und Personalräte sind gefordert, Wege aus der Sucht aktiv zu weisen. Betriebliche Akteure, insbesondere Führungskräfte, könnten mehr über Sucht, suchtgefährdende Arbeitsbedingungen und psychische Belastungen wissen, damit Prävention und frühzeitige Intervention mit gutem Sachverstand betrieben werden kann. Und letztlich sollte klar sein, wer für was die Verantwortung übernimmt.

Betriebs- und Dienstvereinbarungen bieten eine gute Grundlage, die Aktivitäten in der betrieblichen Suchtarbeit verbindlich und transparent zu regeln. Eine solche Verfahrensregelung ist ein sehr wichtiger Schritt, aber es ist nicht der einzige. Denn eine Vereinbarung muss umgesetzt und zum Leben erweckt werden. Landet sie in der Schublade, ist damit niemandem geholfen, weder den Führungskräften noch den gefährdeten Kolleginnen und Kollegen.

In dieser Auswertung geht es um gute Regelungen und um die Umsetzungspraxis. Elisabeth Wienemann hat Experteninterviews geführt und zusammengetragen, welche Faktoren zum Erfolg führen können.

Wir danken allen Beteiligten sehr herzlich für ihre Bereitschaft, Auskunft zu geben, damit diese Analyse möglich wurde.

Weitere Hinweise finden Sie im Internet unter www.boeckler.de/betriebsvereinbarungen

Wir wünschen eine anregende Lektüre!
Dr. Manuela Maschke

1 BETRIEBS- UND DIENSTVEREINBARUNGEN ALS RAHMEN FÜR DIE BETRIEBLICHE SUCHT- PRÄVENTION

1.1 Handlungsfeld betriebliche Suchtprävention

Die betriebliche Suchtprävention ist kein Produkt der aktuellen Diskussion um das Leitbild „Gesundes Unternehmen“, auch wenn sie als wichtiger Baustein des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) in den letzten Jahren in vielen Betrieben erheblich an Bedeutung gewonnen hat. Letzteres zeigen auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie.

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts wurden in Deutschland in vielen Beschäftigungsbereichen Präventionsmaßnahmen eingeführt mit dem Ziel, die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Arbeitenden zu erhalten (vgl. Wienemann 2000). Dazu gehörte die Aufklärung über Gefährdungen durch Suchtmittel ebenso wie die Regelung des Konsums alkoholischer Getränke am Arbeitsplatz oder die Einrichtung von Fürsorgestrukturen und Ansprechpersonen. In den 1940er-Jahren entstanden in den USA beschäftigungsbezogene Alkoholprogramme mit spezifischen Leitlinien für Personalverantwortliche zur Intervention bei Auffälligkeiten und Hilfe bei Suchtproblemen. Mitte der 1970er-Jahre wurden diese Programme von der Suchthilfe und den Betrieben in der BRD aufgegriffen. Im Vordergrund standen hier zunächst die Hilfeangebote für Alkoholranke. In den folgenden Jahren stieg die Zahl der Praxismodelle mit einer innerbetrieblichen Beratung durch hauptamtliche Beratungskräfte oder nebenamtliche Ansprechpersonen. Seit den 1990er-Jahren findet man in den Betrieben systematisch angelegte Präventionsprogramme mit vielfältigen Angeboten zum gesamten Spektrum an Suchtgefährdungen, die von den internen Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe getragen werden. Sie bieten Hilfe im Einzelfall, sehen aber auch die Sensibilisierung der Beschäftigten vor durch Aufklärung über Risiken des Suchtmittelgebrauchs oder suchtbedingter Verhaltensweisen; sie regen die Weiterentwicklung gesundheitsförderlichen Verhaltens an und setzen insbesondere auf die Qualifizierung von Führungskräften und zunehmend auch auf die Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen.

Längst verloren Suchtprävention und Suchthilfe den Charakter einer „zusätzlichen“ Sozialleistung, die zu gewähren im freien Ermessen des Arbeitge-

bers steht. Angesichts des typischen Belastungsspektrums der globalisierten und zunehmend digitalisierten Arbeitswelt mit steigenden Arbeits- und Mobilitätsanforderungen, der Zunahme von Hektik, Zeit- und Leistungsdruck, ungünstigen Arbeitszeiten, Informationsüberflutung, fehlender Anerkennung oder Unterstützung sowie der Angst vor Arbeitsplatzverlust entspricht der Griff zum Suchtmittel nicht selten dem Versuch, den Alltagsstress zu bewältigen. Die Vorbeugung von Suchtgefährdung am Arbeitsplatz ist hier eine präventive Verpflichtung ebenso wie die Unterstützungsangebote zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit.

Der Zusammenhang von Stresserleben und verstärktem Suchtmittelkonsum wird seit den 1990er-Jahren in verschiedenen Studien festgestellt und ist signifikant (vgl. Wartmann/Wienemann 2013). Damit greift hier der für Betriebe verbindliche Präventions- und Schutzauftrag des Arbeitsschutzgesetzes (vgl. Faber 2005). Danach hat der Arbeitgeber folgende Grundsätze zu beachten: Zum einen ist „die Arbeit so zu gestalten, dass eine Gefährdung für das Leben und die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst geringgehalten wird“. Zum anderen sind Maßnahmen zu ergreifen, um Gefahren an ihrer Quelle zu bekämpfen. Dabei sind der Stand der Arbeitsmedizin sowie sonstige arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen (ArbSchG 1996, ergänzte Fassung 2015). Die vorliegenden Verfahren und Standards zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe erfüllen die Kriterien der gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse und sollten daher für Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Prävention berücksichtigt werden – nicht zuletzt, um Sicherheit und Gesundheit der betroffenen Beschäftigten und vor allem ihres Umfeldes zu gewährleisten (vgl. Heilmann 2005). Hier setzt auch das Initiativrecht der betrieblichen Interessenvertretungen an.

Zum Präventionsauftrag gehören zumindest eine systematische Aufklärung und Unterweisung über gesundheitliche Gefährdungen z. B. durch risikanten Konsum in Verbindung mit der Verdichtung der Anforderungen sowie mit höherer Mobilität, Flexibilität und Verfügbarkeit. Dazu gehören aber auch die konsequente Intervention bei suchtmittelbedingten Verstößen gegen die Arbeitssicherheit (DGUV Vorschrift 1 2013) oder frühzeitige Gespräche nach dem empfohlenen Stufenverfahren bei Auffälligkeiten in Verbindung mit riskantem Suchtmittel- und Medikamentengebrauch oder Suchtgefährdung.

1.2 Verbindlichkeit durch Mitbestimmung

Ein betriebliches Suchtpräventionsprogramm sollte also in jedem Betrieb fest verankert sein. Hierfür wird seit Einführung der modernen Präventions- und Hilfskonzepte der Abschluss einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung (BV/DV) empfohlen. Darin wurden anfänglich neben den Formalitäten einer Vereinbarung meist nur die Ziele aufgeführt, die Einrichtung eines Arbeitskreises und das Beratungsangebots geregelt sowie – nicht selten sogar ausschließlich – der „Stufenplan“ für das Vorgehen und die Gespräche bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten beschrieben. Heute werden darin häufig weitere Absprachen für die betriebliche Arbeit getroffen. Auch wenn es zahlenmäßig nicht belegbar werden kann, ist davon auszugehen, dass die BV/DV als Rahmen für die Ausgestaltung des Handlungsfeldes Betriebliche Suchtprävention in der zurückliegenden Dekade erheblich an Bedeutung gewonnen hat. Dazu beigetragen haben die Erweiterung des Präventionsauftrages zur Vermeidung von Gefährdungen der physischen und psychischen Gesundheit bei der Arbeit sowie der Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Wesentlichen Anteil haben nach Auskunft der an dieser Untersuchung beteiligten Fachkräfte zudem die Angebote einschlägiger Qualifizierungen für die betriebliche Suchtarbeit unter Einbeziehung der arbeitsrechtlichen Aspekte sowie vor allem die seit 2006 vorgelegten Veröffentlichungen mit rechtskonformen Vorlagen für betriebliche Regelungen in der Praxis (vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales 2006; IG Metall 2012; Rehwald et al. 2012; DHS 2011). Diese führten dazu, dass vermehrt neue Vereinbarungen geschlossen oder bereits vorhandene aktualisiert und erweitert wurden. Die BV/DV schafft verbindliche Grundlagen für die angesprochenen Maßnahmen sowie weitere auf die spezifischen Belange und Rahmenbedingungen des jeweiligen Betriebes abgestimmten Angebote und Aktionen.

Sofern nicht bereits die Gremien des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder des Arbeitsschutzes zuständig sind, sollte die Verantwortung für die Umsetzung und Weiterentwicklung des Suchtpräventionsprogramms in der BV/DV geregelt werden. Es geht um die Funktion und Zusammensetzung eines Steuerungsgremiums, das sich unter anderem über die Einrichtung und personelle Ausstattung einer betrieblichen Anlaufstelle mit Beratungs- und Unterstützungsfunktion verständigt, die Ziele ausrichtet und Angebote abstimmt, schließlich die Umsetzung verfolgt und die Ergebnisse auswertet. In der Praxis wird diese Funktion häufig durch den Arbeitskreis Sucht oder Suchtprävention übernommen. (Dieser ist nicht zu verwechseln

mit den Helferkreisen, die sich als „Arbeitskreis Sucht“ bezeichnen, die aber keine Steuerungsfunktion haben, sondern Fallbegleitungen besprechen, Präventionsangebote abstimmen oder teilweise auch supervisorisch arbeiten.)

Für die Ausgestaltung und erfolgreiche Umsetzung des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms sollte eine BV/DV auch die Aufgaben und Rollen der Beteiligten beschreiben. So sind auf der einen Seite Akteure gefragt, die in der Lage sind, die notwendige Ausstattung des Programms mit den Entscheidern im Management und in der Beschäftigtenvertretung unter strategischen Perspektiven klug zu verhandeln; auf der anderen Seite aber auch Personen, die es verstehen, Beschäftigte für das Präventionsprogramm zu gewinnen, und dazu beitragen, riskantes Verhalten oder Gefährdungen zu vermeiden. Es gibt Ansprechpersonen und Beratungskräfte, die Betroffene bei auftretenden Problemen vertraulich beraten und begleiten und die zugleich Personalverantwortliche motivieren sollen, bei Auffälligkeiten lösungsorientiert zu intervenieren und nach den Vorgaben des Programms konsequent Hilfe anzubieten und Verhaltensänderungen einzufordern. Dafür sind die hier aufgezählten Personenkreise und einbezogenen Fachkräfte zu qualifizieren und in konkreten Fällen zu unterstützen. Eine klare Beschreibung ihrer Rolle und Pflichten in der BV/DV vermeidet Missverständnisse, erleichtert bei Zuständigen die Übernahme von Verantwortung, beugt Enttäuschungen in der Zusammenarbeit vor und führt schneller zu konstruktiven Lösungen.

Die Entwicklung einer solchen Vereinbarung selbst, das zeigt die vorliegende Studie, kann ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die weitere Umsetzung des Suchtprogramms sein. Als Vertreter der verhandelnden Betriebsparteien sind Schlüsselpersonen aus der Ebene der Entscheider – Geschäftsführung und Interessenvertretung – teilweise über längere Zeit mit dem Thema Suchtprävention und Suchthilfe befasst. Dabei werden Diskussionen und Klärungen angeregt, in denen es unter anderem um kulturelle Veränderungen im Umgang mit Alkohol am Arbeitsplatz geht oder ein verändertes Führungsverhalten eingefordert wird. Im Zuge der Vorarbeiten zu einer BV/DV werden Verantwortlichkeiten und Prozesse in der Personalführung transparent gemacht. Es gilt, Verbindlichkeit im Umgang mit auffälligen Beschäftigten und Verlässlichkeit im Hinblick auf die angebotenen betrieblichen Hilfen sicherzustellen. In vielen der für die Studie durchgeführten Interviews wurde darauf hingewiesen, dass gerade dieser Verständigungsprozess das Ansehen des Programms sowie der Arbeit der Beratungs- und Ansprechpersonen erheblich gesteigert hat.

1.3 Regelungsbereiche in Vereinbarungen zur Suchtprävention und Suchthilfe

Im Standardrepertoire der BV/DV finden sich Regelungen zur Struktur des Suchtpräventionsprogramms, zur Information der Beschäftigten und zur Schulung der Personalverantwortlichen, zur Intervention und Hilfe bei Auffälligkeiten, zur Wiedereingliederung und gegebenenfalls Wiedereinstellung nach einer Therapie sowie zum Persönlichkeits- und Datenschutz bis hin zu Tilgungsfristen. Die neueren Vereinbarungen sehen meist auch Vorgaben zum Umgang mit Suchtmitteln im Betrieb vor und legen das Vorgehen bei Verstößen gegen die Arbeitssicherheit fest. Darüber hinaus werden die standardgemäßen Regelungen ergänzt mit einer Beschreibung der Organisation und Aufgaben der betrieblichen Einrichtungen zur Suchtprävention und Suchthilfe. Auf der Basis einer differenzierten Aufgabenbeschreibung für interne Beratungskräfte und Ansprechpersonen legen einige BV/DV auch die Kriterien für deren Auswahl und Qualifizierung fest. Auf diese Weise tragen sie dazu bei, dass die Suchtprävention heute im Vergleich zur früheren sogenannten „ehrenamtlichen“ Suchtkrankenhilfe im Betrieb professioneller betrieben wird und sogar Modell gestanden hat für den Ausbau der Gesundheitsförderung und der Prävention psychischer Belastungen und Erkrankungen im Betrieb.

Die Regelungsbereiche und Themen, die in den BV/DV zur Suchtprävention und Suchthilfe der an der Studie beteiligten Betriebe zu finden sind, werden in einer Übersicht (vgl. [Tabelle 1](#)) aufgeführt. Regelungen, die – wenn auch nicht in jeder Vereinbarung – standardmäßig aufgeführt sind, finden sich in der linken Spalte; alternative oder ergänzende Aspekte, die vereinzelt oder selten aufgegriffen werden, in der rechten Spalte.

Der BV/DV-Text wird in vielen Fällen durch zum Teil umfangreiche Anlagen erweitert. Es finden sich zum einen Erläuterungen zu den getroffenen Regelungen, eigenständige Darstellungen unter anderem von grundsätzlichen Positionen oder es werden Begriffsklärungen vorgenommen. Zum anderen werden in den Anhängen Handlungsleitfäden für die Praxis und teilweise auch Formularvorlagen für die im Prozess der Suchtprävention und Suchthilfe anfallenden Dokumentationen bereitgestellt.

Rechtlich gelten Anlagen zur BV/DV als zu der Vereinbarung gehörig. In der praktischen Anwendung ermöglichen sie aber flexiblere Anpassungen an aktuelle Anforderungen und z.B. rechtliche Entwicklungen, da Anlagen in solchen Fällen kurzfristig geändert und neu beschlossen werden können, ohne die gesamte Vereinbarung jeweils neu verhandeln zu müssen.

Tabelle 1

Übersicht über die Regelungsbereiche in BV/DV zur Suchtprävention und Suchthilfe der an der Erhebung beteiligten Betriebe

Standard-Regelungen	Ergänzende Regelungsbereiche
Präambel	
Geltungsbereich	
Ziel der Vereinbarung	
Verantwortlicher Umgang mit Suchtmitteln, Vermeidung von Gefährdungen durch riskanten Konsum, Konsumregelung	– Verbot von Alkohol und illegalen Drogen im Betrieb – Ausnahmeregelungen für bestimmte Anlässe – Punktnüchternheit: Arbeiten nicht unter Einfluss berauschender Wahrnehmung verändernder Mittel – Ausgabe von Medikamenten
Gefährdung der Arbeitssicherheit, Vorgehen bei akuter Beeinträchtigung durch Substanzgebrauch (DGUV Vorschrift 1)	– Akute Intoxikation (Krankenhaus) – Fürsorgemaßnahmen · Vorgehen bei akuter Beeinflussung durch Suchtmittel: Ablaufplan · Vorgehen bei wiederholten Auffälligkeiten: Stufenplan – Besondere Bestimmungen für fahrzeugführendes Personal – Besondere Bestimmungen für Begleitpersonal (Verkehrsdienstleister)
Information und Aufklärung, Prävention	
Beseitigung von Ursachen für riskanten Suchtmittelkonsum	
Schulung, Fortbildung	– Rolle und Qualifizierung der Personalverantwortlichen
Arbeitskreis Suchtprävention, Steuerungsgruppe	– Berichts- und Entscheidungswege, Maßnahmenentscheidungen des Arbeitskreises (AKS) oder Empfehlungen an die Entscheidungsebene
Organisation der internen Einrichtung für Suchtprävention, Suchtberatung und Suchthilfe, Aufgaben, Ausstattung, Arbeitsweise, Qualifikation, Supervision	– Koordination der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe – Beratungseinrichtung · fallbezogene Aufgaben · organisationsbezogene präventive Aufgaben – Gesundheitslotsen
– Sozialberatung, Suchtberatung, Suchtbeauftragte – Ansprechpersonen für Suchtfragen	

Frühzeitige Ansprache von Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, Vorgehensweise, Interventionsverfahren – Fürsorge-/Klärungsgespräch – Stufenverfahren	– Einstieg in den Stufenplan bei Auffälligkeiten – Betriebliche Intervention bei psychischen Auffälligkeiten – Beteiligung von Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung, Jugend- und Auszubildendenvertretung
Maßnahmen und Hilfeangebote bei Auffälligkeiten	– Therapiebegleitende Maßnahmen
Wiedereinstellung nach Kündigung	– Verspätetes Suchtbekenntnis, Ausschluss der Anwendung der BV/DV nach ausgesprochener Kündigung
Wiedereingliederung nach Rückkehr aus der Therapie	– Nachsorge und Wiedereingliederung (unter Einbeziehung des BEM) – Wiedereinstellung und Weiterbeschäftigung nach einer Entwöhnungsbehandlung in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis/nach erfolgreicher Therapie
Vorgehen bei Wiederaufnahme des Suchtmittelkonsums bzw. suchtbedingten Verhaltens nach Therapie, erneute Auffälligkeit	– Wiederaufnahme des kritischen Konsums von Suchtmitteln oder suchtbedingten Verhaltens nach Therapie – Rückfall und Dokumentationsfristen
Verantwortlichkeiten im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms – alle Beschäftigten der Firma – Führungskräfte mit Disziplinarverantwortung – Steuerkreis – Suchtkoordinator/in – kollegiale Ansprechpartner für Suchtfragen/Helfer-Team	– Beachtung rechtlicher Vorschriften
Persönlichkeits- und Datenschutz, Vertraulichkeit, Schweigepflicht, Dokumentation, Tilgung	
Evaluation und Berichtslegung	
Inkrafttreten, Geltungsdauer, Nachwirkung	– Inkrafttreten und Vereinbarungen für die Dauer der Pilotphase – Beilegung von Streitigkeiten
Salvatorische Klausel	

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der ausgewerteten Vereinbarungen.

Der Gesprächs- oder Interventionsleitfaden für Führungskräfte, insbesondere der Stufenplan, wird am häufigsten als eigenständige Anlage der BV/DV beigefügt. Das ist sinnvoll, weil als Standard empfohlen wird, dass Vorgesetzte ihn im ersten Stufen-/Vieraugengespräch an die auffällig gewordenen Beschäftigten aushändigen. Ziel ist es einerseits sichtbar zu machen, dass es sich nicht allein um ein fürsorgliches Gespräch handelt, sondern dieses auf eine Veränderung hinwirken soll. Andererseits können die Personalverantwortlichen an der Vorlage entlang aufzeigen, welche weiteren Schritte ergriffen werden, wenn weitere Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten zu beanstanden sind. Für diesen Zweck ist es nicht zielführend, den Angesprochenen eine ganze BV/DV mit vielen sie nicht unmittelbar betreffenden Regelungen vorzulegen.

Im Folgenden werden Themen aufgelistet (vgl. [Tabelle 2](#)), die sich in den Anhängen der BV/DV aus den untersuchten Betrieben finden.

Tabelle 2

Thematische Übersicht über Anhänge in den BV/DV zur Suchtprävention und Suchthilfe der an der Erhebung beteiligten Betriebe

Regelungsbereich	Themen der Anhänge
Grundsätzliches	Unternehmerische Grundsatzposition der Firma
	Allgemeine Bestimmungen der Unfallverhütungsvorschriften (DGUV V 1) und des Arbeitsschutzgesetzes
	Frühzeitiges Handeln als Basis für erfolgreiche Suchtprävention
	Begriffsklärungen
Interventionen	Interventionsleitfaden bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz – Fürsorgegespräch mit Rückmeldegespräch – Klärungsgespräch mit Rückmeldegespräch – Stufengespräche
	Interventionsprozess, Interventionsverfahren
	Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz, Verdacht auf Suchtproblematik
	Reflexionshilfe für Führungskräfte
	Umgang mit unter Suchtmitteln stehenden Beschäftigten unabhängig von einer Suchterkrankung

	Vorgehen bei akuter Beeinträchtigung durch Suchtmittelgebrauch
	Arbeitsrechtliche Konsequenzen (Beendigungskündigung) in Verbindung mit einer Suchterkrankung – Rücknahme der Kündigung – Wiedereinstellungszusage – Abstinenznachweis
	Muster-Gesprächsprotokoll für Stufengespräche im Rahmen des Interventionsverfahrens
	Verfahren zum Umgang mit Delikten im Rahmen des Besitzes von illegalen Drogen
Wiedereingliederung, Nachsorge	Therapiebegleitende Maßnahmen und Wiedereingliederung
	Nachsorgekonzept
Suchtprävention, Vorbeugung	Konzept „Suchtprävention in der Ausbildung“
	Verbot von Alkohol in Teilbereichen
Interne Unterstützung und Hilfe	Organisation der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe
	Aufgabenprofil der Suchtkrankenhelfer/innen, Ansprechpersonen für Suchtfragen

Quelle: Eigene Zusammenstellung auf Basis der ausgewerteten Vereinbarungen.

Die vorangestellten Auflistungen der Regelungen geben zunächst nur eine allgemeine Übersicht über die inhaltliche Breite der Suchtpräventionsprogramme der an dieser qualitativen Studie beteiligten Betriebe.

Die weiteren Ausführungen und Ergebnisse dieser Studie widmen sich vor allem den Faktoren, die eine erfolgreiche Umsetzung der Regelungen in eine gelebte betriebliche Praxis der Suchtprävention und Suchthilfe ermöglichen. Ausformulierungen in den BV/DV, die sich als wesentlicher Ausgangspunkt hierfür erwiesen haben, werden in den weiteren Kapiteln ausführlich vorgestellt.

1.4 Gut geregelt ist noch nicht umgesetzt

In der Praxis der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe zeigt es sich allerdings, dass eine Vereinbarung allein noch keine Garantie dafür ist, dass sie in der Praxis auch zur Anwendung kommt. So wird in den Qualifizierungsangeboten für die Beratungskräfte und Ansprechpersonen sowie in den für diese Studie durchgeführten Interviews immer wieder darauf verwiesen, dass selbst gute Regelungen in der BV/DV gar nicht oder nur schleppend umgesetzt werden. Dafür werden unterschiedliche Ursachen angeführt: Häufig wird mangelndes Interesse im Betrieb oder die ungenügende Qualifizierung der handelnden Akteure als Grund genannt. Manchmal liegen die Defizite in der Umsetzung auch an unpräzisen Formulierungen in an sich guten Regelungen, die dann Unklarheiten z. B. hinsichtlich der Rollen und Aufgaben, Interventionszeitpunkte, Gesprächsarten, Beratungsangebote oder Sanktionen hinterlassen. Oder es wurde vor der Verabschiedung der Vereinbarung nicht ausreichend darauf geachtet, die unterschiedlichen Auffassungen zu klären hinsichtlich der Verantwortungsübernahme, der Verbindlichkeit von Qualifizierungsangeboten, hinsichtlich Interventionen und Hilfeangeboten sowie der Bereitstellung von Ressourcen. Das passiert vor allem dann, wenn Vereinbarungen aus anderen Organisationen einfach übernommen und die Abstimmungsprozesse im eigenen Betrieb dadurch verkürzt werden. Immer wieder wird auch betont, welche Rolle die Betriebs- und Führungskultur vor Ort spielt sowie die Haltung einzelner Schlüsselpersonen oder Gremien für die unbefriedigende Anwendung der Verfahren bzw. der fehlenden Akzeptanz des vereinbarten Programms.

Zu manchen Zeitpunkten stehen Aktivitäten zur Entwicklung und Umsetzung eines Suchtpräventionsprogramms aufgrund betriebspolitischer Weichenstellungen oder angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Lage einer Organisation nicht weit oben auf der Prioritätenliste. Gerade in solchen Situationen zeigt sich, wie wichtig es ist, dass Interessenvertretungen oder Ansprechpersonen das strategische Ziel, eine Vereinbarung anzustreben und Umsetzungsschritte zu ergreifen, weiterverfolgen. Nicht selten steigen in Zeiten der Unsicherheit der Druck und in der Folge in den Belegschaften auch die Auffälligkeiten durch psychische Belastung oder riskanten Konsum (vgl. Wartmann/Wienemann 2013), so dass der Handlungsbedarf an Prävention und Hilfe mit der Zeit eher zunimmt.

Die aktuell für den Bereich der betrieblichen Suchtprävention vorliegenden BV/DV sind gegenüber den frühen Konzepten inhaltlich und rechtlich deutlich anspruchsvoller geworden. Nicht in allen Betrieben sind die ent-

sprechenden Kompetenzen vertreten, um intern die fachlich angemessenen und rechtlich korrekten Regelungen zu formulieren. Deshalb ist es nicht nur zweckmäßig, sondern im Regelungsfall notwendig, auf aktuelle standardgerechte Vorlagen (vgl. Rehwald et al. 2012, DHS 2011) zugreifen zu können. Gerade für das Handlungsfeld Betriebliche Suchtprävention zeigt sich immer wieder, wie von den Modellen anderer Organisationen gelernt wird. Über diesen Weg werden – nicht zuletzt auf Betreiben von Betriebs- und Personalräten sowie Mitarbeitervertretungen – einschlägige Regelungen sowie erfolgreiche Umsetzungsstrategien diskutiert. Sie setzen im eigenen Arbeitsumfeld die Verhandlung einer BV/DV auf die Tagesordnung oder überarbeiten veraltete Konzepte nach den neueren Standards. Darauf wird in [Kapitel 3](#) in mehreren der einbezogenen Fallbeispiele hingewiesen.

2 ERHEBUNG UND METHODISCHES VORGEHEN

Ausgehend von der Annahme, dass die Entwicklung im Handlungsfeld Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe durch erfolgreiche Praxismodelle wesentlich vorangebracht wird, verfolgt diese Studie das Ziel, Bedingungen zu beschreiben, die sich in der Praxis als besonders bedeutsam für eine erfolgreiche Umsetzung von betrieblichen Vereinbarungen erwiesen haben.

Die Studie ist qualitativ angelegt. Sie verfolgt das Ziel, neue Erkenntnisse zu gewinnen, aus der Perspektive betrieblicher Erfahrungen gewonnene Anregungen zu verbreiten und Argumentationshilfen für die Praxis zur Verfügung zu stellen – nicht repräsentative Zahlen zu präsentieren.

Als Grundlage hierfür wurde zunächst eine Vielzahl von Betriebs- und Dienstvereinbarungen gesichtet und eine Auswahl infrage kommender Modelle vorgenommen. Über telefonische und/oder elektronische Kontaktaufnahmen mit den zuständigen betrieblichen Ansprechpartnern wurde die grundsätzliche Bereitschaft erfragt, sich an einer Interviewstudie zu beteiligen. Seitens des angesprochenen Personenkreises war das Interesse daran groß und es gab engagierte Unterstützung. Was jedoch unterschätzt wurde, waren die zum Teil langwierigen internen Abstimmungsprozesse. Schließlich lagen 20 Zusagen von Organisationen aus verschiedenen Branchen und unterschiedlicher Größenordnung vor.

2.1 Auswahl der Betriebe

Davon wurden 16 Betriebe für ein Interview ausgewählt, von denen 14 im Zeitrahmen der Studie zustande kamen. Die Auswahl der Interviewbetriebe erfolgte anhand mehrerer Kriterien:

Erstens sollte eine BV/DV vorliegen, die nicht gegen die angeführten aktuellen fachlichen und rechtlichen Standards für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe verstößt. Von diesem Prinzip wurde in einem Fall abgewichen: In einer Organisation war der Vereinbarungsentwurf in Arbeit, aber noch nicht abgestimmt worden. Dort wird aber im Rahmen der Suchtprävention die regelmäßige Unterweisung nach § 12 ArbSchG in einem beispielhaften Modell praktiziert (vgl. [Kapitel 5.4.3](#)).

Zweitens sollten die Erfahrungen aus verschiedenen Branchen vorgestellt werden. Zugleich wurde darauf geachtet, dass möglichst jeweils – gemessen

Tabelle 3

Zusammenstellung der in die Interviewstudie einbezogenen Betriebe nach Branchen, Größe, Art der Vereinbarung und Besetzung der internen Einrichtung zur Suchtprävention und Suchthilfe

Nr.	Branchen	Betriebs- größe	Vereinbarungs- typ	Besetzung der Einrichtung	
				haupt- amtlich	neben- amtlich
1	Landverkehr	≤ 3.000	BV	Ha	NNa
2	Verkehr und Nachrichtenüber- mittlung	≤ 3.000	BV	Ko	NNa
3	Landverkehr	> 10.000	DV	Ha	NNa
4	Öffentliche Verwaltung	≤ 500	DV		NNa
5	Öffentliche Verwaltung	> 10.000	RDV	Ko	NNa
6	Maschinenbau	> 10.000	BV	Ha Na (F)	NNa
7	Fahrzeughersteller sonstiger Fahrzeuge	> 10.000	BV	Ha	NNa
8	Verbände und Gewerkschaf- ten	≤ 500	GBV		NNa
9	Versicherungsgewerbe	> 10.000	DV		NNa
10	Bildungseinrichtung	≤ 3.000	DV	Ha	
11	Bildungseinrichtung	≤ 5.000	RDV	Ha	NNa
12	Bildungseinrichtung	≤ 5.000	keine	Ha	
13	Gesundheit und Soziales	≤ 1.000	BV		NNa
14	Gesundheit und Soziales	> 10.000	DV	Ha	

Erläuterungen: RDV = Rahmendienstvereinbarung; Ha = hauptamtlich besetzte Stelle; F = freigestellt durch BR/PR;
Ko = Koordination; Na = nebenamtliche Ansprechperson (AfS); NNa = mehrere nebenamtliche AfS

Quelle: eigene Darstellung

an den Beschäftigtenzahlen – eine größere (über 5.000 Beschäftigte) sowie eine mittelgroße (bis 1000 Beschäftigte) Organisation einbezogen wird.

Drittens sollten sich in den ausgewählten Organisationen unterschiedliche Modelle der internen Einrichtung des Präventions-, Beratungs- und Unterstützungsangebotes befinden. Neben Modellen, die ausschließlich hauptamtliche Präventions- und Beratungskräfte (z. B. Sozial-, Mitarbeiterberatung) beschäftigen, finden sich Modelle, die sowohl mit haupt- als auch nebenamtlichen Kräften (z. B. Sozialdienst und Ansprechpersonen für Suchtfragen) arbeiten sowie Betriebe, die ausschließlich nebenamtlich tätige Ansprechpersonen (z. B. Ansprechpersonen für Suchtfragen, kollegiale Beratung) einsetzen (vgl. Tabelle 3). In einigen Fällen waren zusätzlich externe Beratungsdienstleister tätig.

Viertens wurde darauf geachtet, dass sowohl die Erfahrungen mit der Umsetzung einer BV/DV innerhalb einer organisatorisch und meist auch örtlich eingegrenzten Betriebseinheit erfasst wurden als auch die Erfahrungen von dezentralen Organisationen, in denen teilweise Rahmenvereinbarungen abgeschlossen worden waren.

Die in die vorliegende Auswertung einbezogenen Betriebe sind regional wie folgt verteilt: Hamburg (2), Bremen (1), Berlin (1), Niedersachsen (6), Nordrhein-Westfalen (2), Hessen (1), Bayern (1).

2.2 Interviews zur qualitativen Erhebung

Sich auf die Suche nach den Faktoren zu begeben, die wesentlich dazu beitragen, dass betriebliche Suchtpräventionsprogramme nicht nur auf dem Papier existieren, sondern in der Praxis wirksam werden, ist zunächst ein Vorhaben mit offenem Ende. Obwohl die Studie von bestimmten Annahmen ausgeht, führt sie doch zu einem zunächst noch unbekannten Ergebnis. Sozialwissenschaftlich spricht man von einem explorativen Vorgehen, bei dem nicht vorab festgelegte Daten erhoben werden, sondern über möglichst offene Fragestellungen den Befragten die Möglichkeit gegeben wird, ihre Erfahrungen und Einschätzungen im Interview einzubringen. Es wird also kein schriftlicher Fragenkatalog vorgelegt. Stattdessen folgt die Interviewerin einem auf wenige Impulsfragen beschränkten Leitfaden (vgl. Meuser/Nagel 1991), der Anregung zur Reflexion des eigenen Praxismodells gibt:

- Was würden Sie aus Ihrer Sicht als den größten Erfolg in der Umsetzung der Suchtprävention und Suchthilfe bei [Name der Organisation] bezeichnen?

- Worauf sind Sie besonders stolz?
- Welche Voraussetzungen und Faktoren waren bzw. sind aus Ihrer Sicht ausschlaggebend für diesen Erfolg?
- Was ist nach ihrer Einschätzung sonst noch erfolgreich umgesetzt worden? (Frage kann mehrfach wiederholt werden)
- Was war eher schwierig umzusetzen oder ist bisher nicht umgesetzt worden?
- Was würden Sie anderen empfehlen bzw. mit auf den Weg geben wollen?

Im Folgenden wird kurz umrissen, wie bei einer qualitativen Studie verfahren wird, damit die Aussagen als wissenschaftlich gesichert oder zumindest fundiert gelten.

Das Ergebnis der „offenen“ Interviews sind nicht vorgegebene qualitative Aussagen, die eine Vielzahl an inhaltlichen Aspekten beinhalten. Diese werden im weiteren Verlauf der Forschungsarbeit systematisiert und Kategorien oder Themenfeldern zugeordnet. Bei derartigem Vorgehen wird es als gutes Ergebnis gewertet, wenn am Ende Erkenntnisse gewonnen werden, die vorher so nicht sichtbar waren. Wenn selbst die Forscherin und die Fachleute, die vermeintlich das Feld der betrieblichen Suchtprävention gut überblicken, überrascht sind von den Ergebnissen der Interviews, wie es in der hier vorliegenden Erhebung der Fall ist, dann erleichtert dies auch Fortschritte in der Praxis.

Um die Frage nach den Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung betrieblicher Vereinbarungen zu beantworten, liegt es nahe diejenigen zu befragen, die darüber eine qualifizierte Einschätzung abgeben können. Deshalb wurden für die Erhebung Experteninterviews vorgesehen. Als Experte/Expertin gilt im sozialwissenschaftlichen Verständnis jemand, der in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Einführung und die kontrollierte Umsetzung von Lösungsmodellen und/oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen, Personengruppen und Entscheidungsprozessen in einem Handlungsfeld verfügt (vgl. Meuser/Nagel 1991).

Es wäre jedoch viel zu aufwendig gewesen, diese Voraussetzungen im Vorfeld für jeden einzelnen Betrieb zu ermitteln. Als pragmatisches Vorgehen wurde mit der Anfrage an die für das Handlungsfeld zuständigen Ansprechpartner nicht nur eine Kurzdarstellung des Projektes versandt, sondern zugleich die Bitte geäußert, diejenigen zum Interview hinzuzuziehen, die Auskunft zu der zentralen Fragestellung geben können. Damit wurde es den betrieblichen Fachkräften überlassen, die Beteiligung an den Interviews abzustimmen und zu organisieren. Durchgeführt wurden 8 Einzelinterviews

von jeweils ca. 60 Minuten und 6 Gruppeninterviews mit 2 bis 3 Teilnehmenden von ca. 90 Minuten mit Teilnehmenden aus verschiedenen Aufgabenbereichen (vgl. Tabelle 4).

Mit Ausnahme eines Interviews wurden alle Gespräche in Räumen des jeweiligen Betriebes durchgeführt. Dadurch ergab sich die Gelegenheit, zumindest am Rande auch einen flüchtigen Eindruck von der Arbeitsumgebung der Interviewten zu erhalten.

Tabelle 4

Übersicht über die fachliche Verteilung der Interviewpartnerinnen und -partner

Nr.	Interviewpartner/in I	Interviewpartner/in II	Interviewpartner/in III
1	Führungskraft, Koordination BGM		
2	Sozialberatung		
3	hauptamtliche/r Suchtbeauftragte/r	freigestelltes Mitglied der Beschäftigtenvertretung, Suchtbeauftragte/r	Führungskraft, Leitung BGM*
4	Sozialberatung	nebenamtliche AfS	nebenamtliche AfS
5	Mitarbeiter-/Führungskräfteberatung		
6	Suchtbeauftragte/r		
7	Stabsfunktion, Koordination BGM		
8	Sozial- und Mitarbeiterberatung		
9	Beschäftigtenvertretung	BEM-Beauftragte, nebenamtliche AfS	
10	Gesamt-Beschäftigtenvertretung		
11	Sozialberatung		
12	Betriebsarzt/-ärztin*	Sozialberatung*	Betriebsarzt/-ärztin*
13	nebenamtliche AfS	nebenamtliche AfS	nebenamtliche AfS
14	Sozialberatung	nebenamtliche AfS*	nebenamtliche AfS*

Anmerkung: * nur bei einem Teil des Interviews anwesend

Quelle: eigene Darstellung

Zum Abschluss der Interviews wurde den Befragten von der Interviewerin ein Hinweis auf die Passagen im Interview sowie in der vorliegenden BV/DV gegeben, die als Modell guter Praxis für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe angesehen werden können.

2.3 Auswertung der Interviews und Systematisierung der Ergebnisse

Sämtliche Interviews wurden unter Zusicherung der Anonymität und des Datenschutzes elektronisch aufgezeichnet. Anschließend wurden sie wortgetreu transkribiert, verschlüsselt und anonymisiert. Firmen-, Orts- und Personennamen wurden gelöscht und Funktionsbezeichnungen neutralisiert. In einigen Zitaten kommt es dadurch zu Unschärfen, die zur Sicherung der Anonymität in Kauf genommen werden.

Die dann folgende Auswertung der Interviews erfolgte nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse in mehreren Schritten (vgl. Mayring 2015). Zunächst wurden sämtliche Interviewtexte als Ganzes gesichtet und dabei jene Passagen gekennzeichnet, in denen explizit Bezug genommen wird auf Aspekte der Fragestellung der Erhebung (Paraphrasierung der Inhalt tragenden Textstellen). In diesem Fall ging es um die Aspekte und Angebote der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe, die Entwicklung und Anwendung von Regelungen aus Betriebs- und Dienstvereinbarungen sowie um die Erfolge, aber auch um das Lernen aus Fehlversuchen oder aus dem Scheitern im Umsetzungsprozess des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms.

Die so aus den Interviews gefilterten Aussagen wurden mit Randvermerken versehen (Systematisierung), diese wiederum durch inhaltliche Zusammenfassung zu Themenfeldern wie z.B. „Qualifizierung der Personalverantwortlichen“ gebündelt (induktive Kategorisierung). Über die Kategorisierung wurden die herausgefilterten Aussagen in einen spezifischen und zugleich größeren Zusammenhang gestellt. Aus allen 14 Interviews ließen sich z.B. der Kategorie „Qualifizierung der Personalverantwortlichen“ 51 Aussagen mit insgesamt 72 inhaltlichen Statements zuordnen. Für die Kategorie „Verankerung des Suchtpräventionsprogramms in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung“ kamen in den 97 zugeordneten Aussagen 148 Inhaltsaspekte zur Sprache.

2.4 Expertenaussagen – Verallgemeinerung und Interpretation

Ausgangspunkt für die inhaltliche Aufbereitung der Ergebnisse aus der Erhebung ist zunächst die gesprochene Version der jeweiligen Aussage. Im weiteren Verlauf der Inhaltsanalyse wurde diese textlich bearbeitet, um sie auf die wesentlichen Inhalte zu reduzieren. Im Zuge dieser sogenannten Paraphrasierung (vgl. Mayring 2015) wurden z. B. sprachliche Doppelungen, die keine inhaltliche Gewichtung ausdrücken, oder im sachlichen Zusammenhang nicht relevante Einschübe, die ohne Bedeutungsverlust gestrichen werden können, entfernt. An anderer Stelle wurden sprachliche oder grammatikalische Fehler durch den korrekten Ausdruck ersetzt. Wo zum besseren Verständnis notwendig, wurden gekennzeichnete Ergänzungen eingefügt. Zugleich wurde auf konsequente Anonymisierung der Texte geachtet:

- Ersatz von gesprochenem Text aus Gründen der Anonymisierung:
Änderung wird im laufenden Text kenntlich gemacht durch eine [neutrale Formulierung]
- Streichung von inhaltlichen Ausführungen und erläuternden Anmerkungen:
kenntlich gemacht durch Auslassungszeichen: Drei Punkte [...] im laufenden Text
- Streichung von gesprochenen Textstellen ohne Auslassungszeichen:
wenn keine Erweiterung von Sinn oder Gewichtung erkennbar ist
- Ergänzungen im Text:
zum besseren Verständnis kenntlich gemacht durch [Einfügung in Klammern]

Auf Basis der so bearbeiteten ursprünglich gesprochenen Expertenaussagen der Interviewten wurden teilweise weitergehende Interpretationen und Generalisierungen vorgenommen (vgl. [Tabelle 5](#)). Diese können aus dem Vergleich der Praxiserfahrungen mit den zugrundeliegenden Standards für betriebliche Suchtpräventionsprogramme abgeleitet werden. Die fachlich und rechtlich fundierten Konzepte entstanden jeweils in einem Dialogverfahren im Austausch und Zusammenwirken von Wissenschaft und Praxis (vgl. Wienemann/Müller 2005, DHS 2011). Diese Vorgehensweise der wissenschaftlich basierten konzeptionellen Entwicklung praxisbezogener Modelle hat sich in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe über Jahre bewährt. Sie nutzt die gewonnenen Erfahrungen auf beiden Seiten und unterstützt wirkungsvolle Lösungen, die sowohl im Sinne der Betroffenen wirken als auch für die Organisation von Vorteil sind.

Tabelle 5

Beispiele für die Interpretation und Generalisierung von thematischen Statements

Statement	Interpretation	Generalisierung
Interviewende/r (I): „Und warum wurde kein Alkoholverbot vereinbart?“ Befragte/r (B): „Das hat mehrere Gründe. Der große Grund ist, wenn ich ein Verbot habe, dann war unsere Befürchtung, kommt hier ein Denunziantentum raus. Das ist das eine. Und dann muss ich ja jeden Verstoß ahnden in irgendeiner Weise. Und die Nachhaltigkeit kann ich nicht gewährleisten. Das heißt, irgendwann wird der Tiger mal zahlos.“	Der/die Befragte sieht ein Alkoholverbot als kritisch an. Erstens besteht die Befürchtung, Beschäftigte könnten denunziert werden bzw. zu Denunzianten werden. Zweitens bestehen Zweifel daran, dass Verstöße gegen das Verbot konsequent geahndet würden, was sich nachteilig auf die Umsetzung der Vereinbarung auswirken könnte.	Gegenüber dem Alkoholverbot bestehen Bedenken. Es könnte sich negativ auf das Suchtpräventionsprogramm auswirken, falls a) Denunziantentum und b) inkonsequenter Umgang mit Verstößen gegen das Verbot die Akzeptanz der Vereinbarung negativ beeinflussen.
„Also das, was ich als Schlüssel [für eine erfolgreiche Umsetzung der DV] erlebe, ist die Schulung von Vorgesetzten. [...] Dort, wo systematisch Schulungen gemacht worden sind, da läuft es gut. Da werden Auffälligkeiten auch angesprochen.“	Der/die Befragte sieht einen Zusammenhang zwischen der Qualifizierung von Vorgesetzten und der Bereitschaft bei Auffälligkeiten zu intervenieren und Gespräche zu führen.	Es wird angenommen, dass verbindliche Schulungen von Vorgesetzten dazu beitragen, dass Auffälligkeiten frühzeitig angesprochen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Die Interviewaussagen bilden das empirische Material für die im Folgenden näher beschriebenen Ergebnisse der Studie. Besonders prägnante Aussagen werden als wörtliche bzw. in der beschriebenen Weise bearbeitete Zitate in den Text eingefügt, meist auszugsweise als kurzes Statement. Sie dienen zur Veranschaulichung der Erfahrungen, die mit der Umsetzung von Vereinbarungen gemacht wurden und zur Illustration der oftmals abstrakt erscheinenden Formulierungen in den Regelungen und Konzepten. Sie regen dazu an, über die eigenen Handlungsmöglichkeiten nachzudenken, selbst wenn sich die Rahmenbedingungen in den Interviewbetrieben unterscheiden.

Die Zitate belegen auch, dass Modelle guter Praxis nicht per se von der Größe und Struktur einer Organisation abhängen. So konnten in einem rela-

tiv kleinen Klinikbetrieb verbindliche Informations- und Schulungsveranstaltungen für Vorgesetzte etabliert werden, an denen nun auch die Führungskräfte aus dem ärztlichen Bereich teilnehmen. Dieses Modell guter Praxis wurde in einem Großklinikum als gegenwärtig „niemals durchsetzbar“ eingestuft.

Die folgende **Tabelle 6** gibt eine Übersicht über die in den zitierten Passagen sowie den dazu gehörenden Signaturen benutzten Abkürzungen. Diese dienen dazu, die Zuordnung der Aussagen in anonymisierter Form nachvollziehbar zu machen.

Tabelle 6

Abkürzungen und Signaturen zu den zitierten Interviewaussagen und Auszügen aus betrieblichen Regelungen

Zusammensetzung der Signaturen der Auszüge aus den Interviews

Beispiel: 14-36-FB-ü10T-SB/NA/NA

Kennzeichenfolge	Bezug des Kürzels	Kürzel	Bedeutung des Kürzels
Position 1	Nummer des Interviews	14	Interview 14
Position 2	Nummer der Aussage aus dem Interview	36	Aussage 36 im Interview 14
Position 3	Bereich	FB	Fahrzeugbau-/Zulieferer
		öV	Öffentliche Verwaltung
		BE	Bildungseinrichtung
		VD	Verkehrsdienstleister
		KH	Krankenhaus
		VB	Verband
Position 4	Betriebsgröße/Anzahl der Beschäftigte	ü10T	über 10.000
		b10T	8.001 bis 10.000
		b8T	5.001 bis 8.000
		b5T	3.001 bis 5.000
		b3T	1.001 bis 3.000
		b1T	501 bis 1.000
		b5H	bis 500

Position 5	Funktionskürzel der Interviewpartner/ innen	SB	Sozialberater/in
		NA	nebenamtliche Ansprech- person (AfS, Suchtkranken- helfer/in, Suchthelfer/in)
		SU	Suchtbeauftragte/r, Suchtberater/in
		BA	Betriebsarzt/-ärztin
		KO	Koordinator/in BGM, BEM
		LT	Leitung
		GPR	Gesamtpersonalrat
		BR	Betriebsrat

Kennzeichnung der Interview-Beteiligten

Kürzel	Erklärung
I	Interviewer/in
B	Befragte/r
B1 B2 B3	Folge der Aussagen der verschiedenen beteiligten Befragten; die Ziffern sind nicht einer Person zugeordnet – die Reihenfolge ergibt sich aus der Abfolge der Äußerungen in der Gesprächssequenz

Zusammensetzung der Signaturen der Auszüge aus den betrieblichen Regelungen Beispiel: RDV-BE-b5T-2007

Position 1	Position 2	Position 3	Position 4
Art der Vereinbarung	Bereich	Betriebs- größe	Jahr des Abschlusses der Vereinbarung
BV, DV, RDV (vgl. Tabelle 3)	BE, FB, öV, VD, KH, VB	(wie oben)	

ggf. Anhang, Handlungs-
anleitung, Leitfaden (Klartext)

Quelle: eigene Darstellung

3 BETRIEBS- UND DIENSTVEREINBARUNGEN ALS GRUNDLAGE DER SUCHTPRÄVENTION UND SUCHTHILFE

Von den betrieblichen Alkoholprogrammen der 1940er-Jahre in den USA bis zu den heutigen Suchtpräventionsprogrammen – ein zentrales Merkmal haben alle Konzepte gemeinsam: Die Vorgehensweisen sowie die Angebote zur Prävention und Hilfe bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz sind in schriftlicher Form festzulegen. Den angemessenen arbeitsrechtlichen Rahmen hierfür bilden die Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Auch wenn bei Weitem noch nicht alle Betriebe über entsprechende Vereinbarungen verfügen, so ist ihre Zahl doch in den letzten Jahrzehnten erheblich gestiegen. Trotzdem – und das zeigen die Ergebnisse der Studie deutlich – werden die Bedeutung und die Chancen, die mit einer gezielten (Weiter-)Entwicklung und Einführung einer Vereinbarung zur Suchtprävention und Suchthilfe verbunden sind, immer wieder unterschätzt. Es geht dabei nicht nur um verbesserte Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb, sondern weit darüber hinaus um Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse mit nachhaltiger Wirkung auf die Kultur, die Führung und das Miteinander im betrieblichen Alltag.

Im Folgenden werden die in den Interviews genannten Erfahrungen vorgestellt sowie die sich daraus abzuleitenden verallgemeinernden Schlüsse gezogen.

3.1 Entwicklung der Vereinbarung und Umsetzung in lebendige Praxis

„Also ein Erfolgsfaktor ist, dass das Konzept wirklich lebt. [...] Und das haben wir hier am Standort tatsächlich über die Jahre hinbekommen; wir haben gemeinsam – und das ist der nächste Erfolgsfaktor – wirklich gemeinsam eine Betriebsvereinbarung erarbeitet. Wir haben die Betriebsräte, die Arbeitssicherheit, Personalbetreuung, die Suchtberatung und die Ärzte, also alle, die wir glaubten, die mit diesem Thema zu tun haben, an einen Tisch geholt. Wir hatten uns überlegt, wir müssen eine für alle Beteiligten geeignete Betriebsvereinbarung verfassen [...].“ 14-1-FB-ü10T-SB/NA/NA

Die Entwicklung einer BV/DV oder deren Weiterentwicklung erweist sich in vielen Fällen als fundamental für die Ausgestaltung, die Akzeptanz und die erfolgreiche Umsetzung eines Suchtpräventionsprogramms im Betrieb. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine besondere Rolle: die gemeinsame Zielfindung sowie Abstimmung des Verfahrens durch die Betriebsparteien unter Beteiligung weiterer einschlägiger Gremien und Fachkräfte, die Einbindung in die betriebliche Gesundheitspolitik und die Angebote des Gesundheitsmanagements oder die Einbeziehung unterschiedlicher Beschäftigtengruppen bzw. Organisationseinheiten in den verbindlichen Regelungskatalog.

3.1.1 Erfolgsfaktor Abschluss einer BV/DV



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku1>

„Ich glaube mit diesem Thema Suchtprobleme im Betrieb anlanden zu können ist ein schwieriges Thema. [...] Ich halte es für wichtig, tatsächlich eine Dienstvereinbarung zu haben, weil das auch Legitimation und Druckmittel ist, um Aufmerksamkeit an der einen oder anderen Stelle zu bekommen. Es wäre noch schwieriger ohne eine Dienstvereinbarung.“ 1-25-öV-ü10T-KO-BGM

Vereinbarungen erweisen sich in Betrieben aller Größenordnungen von Vorteil, denn sie sorgen für Kontinuität und für die Nachhaltigkeit der Angebote. Kleinere Betriebe können sich dazu auch zusammentun oder sich den Konzepten anderer Einrichtungen anschließen, soweit sie für die eigene Organisation geeignet sind:

„Also das Besondere an dieser DV ist es im Grunde genommen, dass es eine Vereinbarung von zwei Institutionen ist [...] und die Personalvertretungen dieser beiden Organisationen sich zusammen getan

haben [...]. Deswegen ist dann eine gemeinsame Dienstvereinbarung entstanden. Und die besteht seit 25 Jahren und ist unangefochten.“ 5-2-BE-b3T-SB

Im Bereich der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe kommt es häufig vor, dass fachliche Informationen, Anregungen und Konzepte aus regionalen Netzwerken oder anderen Betrieben aufgegriffen werden. Das kann bei nicht ausreichend vorhandener Sachkenntnis leider auch zur Übernahme von veralteten oder wenig geeigneten Vorlagen führen:

„Und dann hatten wir 2006 eine ganz schreckliche Vereinbarung abgeschlossen. [...] Da hieß es noch: ‚Helfen, mahnen, drohen‘ Da waren wir alle beteiligt, aber ich hatte keine Ahnung, sie hatten keine Ahnung [...].“ 9-3-KH-b1T-NA/BR

In derselben Organisation konnte man einige Jahre später vor dem Hintergrund der im regionalen Netzwerk vermittelten Kenntnisse zu aktuellen Präventionsprogrammen dann doch positive Erfahrungen sammeln:

„Ein Betrieb aus dem Landkreis ist da sehr weit gewesen [...]. Die haben bei uns ihren Fünf-Stufenplan vorgestellt. Wir haben uns dann gesagt: ‚Da müssen wir mal ran.‘ Das haben wir dann gemacht.“ 9-35-KH-b1T-NA/BR

Wie hier sind es besonders kleinere und mittlere Organisationen, die bei der Entwicklung einer BV/DV oftmals auf externe Unterstützung angewiesen sind. Die Hinweise für die Auswahl von geeigneten Beratungskräften oder -einrichtungen aus den Standards der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe (vgl. DHS 2011) können dabei zu Rate gezogen werden, um unbefriedigende Lösungen oder längere Umwege zu vermeiden:

„Wir haben angefangen, uns verschiedene Dienstvereinbarungen von anderen Einrichtungen zukommen zu lassen. Damit haben wir zuerst selbst herumgedoktert, dadurch war die Odyssee ein bisschen länger. Dann hatten wir für ein paar Jahre ein Projekt mit [einer Suchthilfeeinrichtung]. Das ist eher nicht so die betriebliche Schiene gewesen. Das hat uns nicht so weit gebracht, wie wir wollten

[...]. Bis wir dann gesagt haben: ‚Wir brauchen vielleicht Unterstützung.‘ Und die haben wir uns dann [durch externe Expertise] geholt [...]. Und daraufhin ist dann die neue Suchtvereinbarung zustande gekommen.“ 13-2-öV-b5H-NA/NA/NA

Impulsgeber für die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung der BV/DV sind zum einen die für die Suchtprävention und Suchthilfe zuständigen Fachkräfte; zum anderen die Beschäftigtenvertretungen, die entweder selbst den Anstoß geben oder Erstere unterstützen. In manchen Fällen greifen auch andere Gremien den Impuls auf und bringen den Auftrag auf den Weg:

„Und dann gab es einen offiziellen Projektauftrag und Projektstrukturplan [...] vom Arbeitssicherheitsausschuss mit Manntagen, mit allem Drum und Dran. Und der Auftrag hat gesagt, wir sollen eine Pilotbetriebsvereinbarung machen.“ 3-4-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Als Anlass wird von den Interviewpartnern immer wieder auf den Bedarf an abgestimmten Angeboten zur Suchtprävention und Suchthilfe verwiesen. Entweder weil noch jegliche Vereinbarung fehlte oder meist, weil sich die bisherigen Vereinbarungen als unzureichend und in der Umsetzung unbefriedigend erwiesen hatten. In manchen Vereinbarungen richtete sich das Angebot vorher nur an bestimmte Beschäftigtengruppen, z.B. Fahrzeugführer; und nun sollten alle Mitarbeiterbereiche gleichermaßen Berücksichtigung finden:

„Eingestiegen sind wir seinerzeit für eine BV, weil es zwar ein Programm aber nur für [Fahrzeugführer] gab, nicht für [die anderen Beschäftigtengruppen] [...] Damals war ich noch in der Beschäftigtenvertretung. Und wunderte mich immer [...] weil es hier auch um technische Bereiche geht und dort natürlich die Auswirkungen genauso verheerend sind.“ 7-1-VD-b3T-KO-BGM

Viele Vereinbarungen waren zu begrenzt oder konzeptionell überholt, z.B. sahen sie noch arbeitsrechtlich nicht haltbare Sanktionen bei der Nichtannahme von Hilfeangeboten vor:

„Die Fokussierung bis 2010 ging stark auf die Suchtkrankenhilfe. Also wir waren immer schnell in der ambulanten Hilfe, aber letztendlich wurde [...] immer deutlicher, dass die Organisation so an ihre Grenzen geriet [...] Also die Menschen verhielten sich plötzlich anders. Vorher konnte man als Vorgesetzter noch ziemlich stark Druck ausüben auf Mitarbeiter, indem es hieß [...]: ‚Du bist dabei, deine berufliche Existenz zu gefährden‘, und darüber einen Hebel anzusetzen. [...] Heute [wird] immer deutlicher, die Menschen reagieren anders. Die lassen sich nicht so schnell ins Bockshorn jagen und wissen gesetzliche Rahmenbedingungen auszunutzen. [...] Und dann kommt ein solches System – also die reine Suchtkrankenhilfe – sehr schnell an ihre Grenzen.“ 7-3-VD-b3T-KO-BGM

Eine Weiterentwicklung der Vereinbarungen wurde in allen Fällen zugleich dazu genutzt, die Angebote neu auszurichten und die Suchtprävention zu stärken. Vor allem wurden die Gesprächsleitfäden ergänzt, um frühzeitige Interventionen bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz zu unterstützen – damit Gespräche nicht erst bei unübersehbaren Anzeichen oftmals fortgeschrittener Suchtgefährdung oder -erkrankung aufgenommen werden und Hilfeangebote nicht verspätet greifen. Neu abgestimmt und ausgerichtet an den Standards wurden außerdem die Steuerung des Programms sowie die Strukturen und Angebote der Beratungs- und Hilfeeinrichtungen. Präzisiert wurden dabei auch die Aufgaben, Rollen und die Qualifizierung der Beteiligten sowie die Verfahrensweisen bei Interventionen und die Qualitätssicherung.

Erwähnenswert ist die Verortung der Suchtprävention und Suchthilfe, die in den Präambeln und Zielen der aktuellen Vereinbarungen vorgenommen wird. Der veränderte Stellenwert der Programme von der Hilfe im Einzelfall zu einem zentralen Element des betrieblichen Gesundheits- und Personalmanagements wird hier besonders sichtbar:

„Suchtprävention und die Hilfe für suchtgefährdete oder -kranke Beschäftigte sind kontinuierliche Aufgaben [...]. Sie sind Teil des Personalmanagements sowie des präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes und eng verzahnt mit Maßnahmen und Zielsetzungen des Gesundheitsmanagements sowie der Personalentwicklung. Gemeinsame Grundlage ist die Fürsorgepflicht für die Beschäftigten und die Notwendigkeit, die Leistungsfähigkeit [...] zu gewährleisten.“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

3.1.2 Erfolgsfaktor Gemeinsamer Entwicklungsprozess

„Ich würde jedem mitgeben, das im Team zu machen. Gerade wenn man ein Suchthilfesystem aufbauen möchte oder eine Betriebsvereinbarung machen will, ist man nicht alleine auf der Welt. Und man sollte sämtliche Beteiligte mit ins Boot holen. Ich würde das in einem größeren Rahmen machen, würde mir möglichst früh die Betriebsräte, HR und Ärzte als Verbündete mit an den Tisch holen. Man muss an einem Strang ziehen, um das wirklich tragfähig im Unternehmen zu machen. Das ist das A und O [...].“ 14-36-FB-ü10T-SB/NA/NA

Die meisten Befragten verweisen auf die Bedeutung eines „gemeinsamen“ Entwicklungsprozesses, der zu einem abgestimmten Konzept für das betriebliche Suchtpräventionsprogramm führt, das von allen Beteiligten getragen und in einer BV/DV verankert wird:

„Als Grundlage für den Erfolg sehe ich, dass es uns gelungen ist eine Arbeitsgruppe zu bilden, wo [...] erstmals bis auf eins alle Ressorts vertreten waren [...] der GPR von Anfang an mit am Tisch war [...] auch ein Vertreter der Suchtkrankenhelfer und -helferinnen mit dabei war und die Arbeitsmedizin. Also die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe hat mir Freude gemacht. Das so hingekriegt zu haben. Das war für die Erarbeitung einer DV hier eher ein Novum, das so zu gestalten. Das war eine recht große Arbeitsgruppe, was die Erarbeitung etwas langwieriger gemacht hat [...]. Andererseits hat es den Abstimmungsprozess, der ja nachher immer noch erforderlich ist, sehr verkürzt.“ 1-1-öV-ü10T-KO-BGM

Das Vorgehen ist oftmals mit einem erhöhten Aufwand über einen längeren Zeitraum verbunden, der aber durchweg als lohnend oder sogar wichtig für die Tragfähigkeit der Vereinbarung einerseits, aber auch für die im Entwicklungsprozess angestoßenen Veränderungen in der Organisation betrachtet wird:

„Für mich ist eigentlich der Erfolg; die Betriebsvereinbarung. Und dass ich alle Sozialpartner davon überzeugen konnte diese BV zu

unterschreiben. Das war ein harter Ritt. Da fing es an so mit der Organisationsentwicklung. [...] Also das ist für mich eigentlich das Highlight, aber es war extrem anstrengend.“ 7-5-VD-b3T-KO-BGM

Findet die Arbeit am Suchtpräventionsprogramm und einer BV/DV in einem größeren Kreis oder Gremium statt, erweckt das Aufmerksamkeit in der Organisation. Wird das Thema auf diesem Weg in die betriebliche Öffentlichkeit hineingetragen, löst es meist konstruktive sowie kontroverse Diskussionen aus. Auch tabuisierte Themen werden auf diesem Wege ansprechbar und zugleich steigt der Bekanntheitsgrad der Ansprechpersonen:

„Nach meinem Gefühl haben wir es mit dieser DV geschafft, das Thema Suchterkrankungen in den Blickpunkt zu nehmen. Aber diese Entwicklung ist keinesfalls abgeschlossen, sondern da sind wir noch mittendrin. [...] Im Unternehmen war es vorher – gefühlt – gar kein Problem oder kein offensichtliches Problem. Dass es natürlich oftmals hinter den Kulissen schon Probleme gab, hat man nicht offen thematisiert. Wir haben das geschafft, das in den Blickpunkt zu nehmen. Natürlich auch durch die Ansprechpartner, die wir vor Ort überall installiert haben.“ 10-1-VB-ü10T-GPR

Wie fast in jedem betrieblichen Veränderungsprozess ist auch bei der Abstimmung einer neuen BV/DV mit Widerstand zu rechnen. Sofern bereits langjährige Erfahrungen mit einem Suchtpräventionsprogramm oder einer Vereinbarung vorliegen, kann dieser sogar stärker ausgeprägt sein als bei einem ersten Entwurf. Da können auch Ansprechpersonen oder Beschäftigtenvertretungen, die an sich zu den Förderern zählen, aus naheliegenden, aber nicht immer rationalen Gründen zu Hütern einer nicht mehr zeitgemäßen Vereinbarung und Praxis werden. In den in der Studie zitierten Fällen war es besonders wichtig, die bisherigen Erfahrungen zu würdigen, um dann in einem gemeinsamen Lernprozess alle Beteiligten auf dem Weg der Entwicklung einer neuen Vereinbarung mitzunehmen.

Oftmals wird die Tatsache unterschätzt, dass Suchtpräventionsprogramme mit ihren Ansätzen tief in die Kultur des Betriebes hineinwirken (können), etwa mit Konsumregelungen oder der Forderung, den Suchtmittelkonsum fördernde Arbeitsbedingungen abzubauen. Mit ihren Handlungsleitfäden zur Intervention greifen sie zudem unmittelbar auf Führungshandeln zu. Bei der Abstimmung oder Erstellung einer BV/DV ist deshalb mit meist vorüber-

gehenden Spannungsfeldern zu rechnen, die bis in die Umsetzungsphase hineinreichen können. Sie erfordern zum Teil zeitintensive Klärungsprozesse auf verschiedenen Ebenen, die – wie die nachstehend dokumentierte Erfahrung zeigt – längerfristig sogar positive Effekte haben können:

„Als wir mit dem [externen Berater] anfangen, diese BV auszuarbeiten, hat das extrem für Stress gesorgt in der Organisation: Bei den Sozialpartnern, die ihr Hilfsprogramm toll fanden, aber [...] das [verbindliche Vorgehen] wollten sie nicht. Da kamen sie in eine ambivalente Situation [...] ein Programm natürlich, aber nur bei kranken Mitarbeitern. Aber unser Programm zielte ja auch schon auf den problematischen Umgang [mit Suchtmitteln] in der Organisation. Da kamen die ins Dilemma unter sich. Da gab es dann extreme Spannungen innerhalb der Gremien. Und bei den Führungskräften zum Teil auch. Leute, die mich damals unterstützt haben, wurden plötzlich absolute Feinde dieser BV, weil sie wesentlich mehr Transparenz im Vorgehen natürlich auch ihres Führungsstabs mit sich brachte. Die Führungskräfte in der Organisation sollten plötzlich führen zum Thema Suchtprävention, konkret sollten sie Mitarbeitergespräche führen. Das Thema Führung wurde dadurch erst richtig deutlich in der Organisation [...]. Ja. Bis heute. Es ist, glaube ich, auch der Grund, warum ich eigentlich ziemlich viele Ressourcen für das Thema zur Verfügung gestellt bekomme. Also es ist so ein Prozess, der vielen gar nicht bewusst ist, was der eigentlich mit sich bringt, wenn man sich mit dem Thema Suchtprävention in der Organisation beschäftigt.“ 7-5-VD-b3T-KO-BGM

Ein positiv verlaufender gemeinsamer Entwicklungsprozess schafft über die Absprachen im engeren Sinne hinaus auch Möglichkeiten zur Identifikation mit der Vereinbarung und dem Suchtpräventionsprogramm. Sie sind für die Bereitschaft zur Umsetzung von erheblicher Bedeutung:

„Wir haben festgestellt, [...] dass heute noch die Betriebsräte und die Personalabteilung sagen: ‚Wir‘ und ‚unsere Betriebsvereinbarung‘! Daran merken Sie, es wird wirklich getragen. Es wird auch getragen, weil wir die Beteiligten möglichst früh oder sehr früh im Prozess ins Boot holen.“ 14-1-FB-ü10T-SB/NA/NA

So wichtig der gemeinsame Entwicklungsprozess auch für eine wirksame Umsetzung beschrieben wird, in den Vereinbarungen selbst findet sich meist nur indirekt ein Hinweis darauf, wenn in den einleitenden Formulierungen der Präambel das Ergebnis gewürdigt und zumindest auf die beteiligten Betriebsparteien verwiesen wird.

3.1.3 Erfolgsfaktor BV/DV als Statement zum Handeln



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherchemöglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku1>

Der Abschluss einer BV/DV stellt eine verbindliche Handlungsgrundlage für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe her (vgl. Kapitel 3.1.1). Über die ausdrückliche Positionierung der Betriebsparteien zur gemeinsam abgestimmten Vereinbarung kann diese als ein gewichtiges Statement betrieblicher Gesundheitspolitik genutzt werden. Mit entsprechenden programmatischen Aussagen in der Präambel oder nachdrücklichen Zielformulierungen lässt sich die Wirkung noch weiter steigern:

„[Die Firma] ist ein weltweit führender Hersteller von [Produkten] und stellt höchste Ansprüche an die Sicherheit und Qualität seiner Produkte. Um auch weiterhin diese unverzichtbaren Produktionsmerkmale sicherstellen zu können und um die Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten, ist die Förderung, Erhaltung und ggf. Wiederherstellung ihrer Gesundheit eine wesentliche personalpolitische Zielsetzung unseres Unternehmens. Dabei kommt der Suchtprävention (vorbeugen, verhüten) und der Suchtintervention (eingreifen, einschalten) im Betrieb eine besondere Bedeutung zu, um krank und süchtig machende Entwicklungen zu erkennen, ihnen vorzubeugen, und konsequent Maßnahmen einzuleiten, wenn Mitarbeiter Rauschmittel konsumieren, suchtkrank oder von einer Suchtkrankheit bedroht sind und deshalb dringend einer Hilfestellung bedür-

fen. Vor diesem Hintergrund haben die Betriebsparteien beschlossen, Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu vereinbaren sowie klare Prozesse festzulegen, die zu einem erfolgreichen Umgang mit Suchtproblemen unerlässlich sind.“

→ BV-FB-ü10T-2006¹

Die einleitenden Erläuterungen sowie die Zielformulierungen in den Vereinbarungen dienen zunächst der Einordnung und der Beschreibung des Zwecks des Vorhabens. Sie sind jedoch zugleich immer mit einer impliziten Verpflichtung zum zielführenden Handeln verknüpft:

„Es ist das gemeinsame Ziel der [Arbeitsgruppe] und des Betriebsrats, die grundlegenden Voraussetzungen für die Verbesserung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen zu gestalten, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. [...] Die Vorbeugung von Gefährdungen und die sachgerechte Hilfe zur konstruktiven Lösung von Suchtproblemen sind zentrale Ziele dieser Vereinbarung. Neben der Suchtprävention gehört die frühzeitige Intervention bei Auffälligkeiten zu den wirksamsten Maßnahmen im Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz und soll somit für alle Beschäftigten auf allen Hierarchiestufen im Rahmen ihrer Möglichkeiten wahrgenommen werden.“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

Besonders für Vorgesetzte werden konkrete Handlungsleitlinien zur Erfüllung ihrer Fürsorgepflichten bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz bereitgestellt. Das schafft nicht nur eine Verbindlichkeit, weil sie nachlesen können, was von ihnen erwartet wird, sondern auch Handlungssicherheit, in welchem Rahmen sie sich bewegen können:

„Also für mich ist es ein Erfolg, dass Mitarbeiter in Führungsfunktionen sich an uns gewandt haben, wenn sie Schwierigkeiten hatten. Und dass wir ihnen dann dieses genehmigte Papier [die BV] an die Hand geben konnten. Das war für mich der größte Erfolg, dass das verschriftlicht ist: Wie ist das Vorgehen. Wie ist das Prozedere.“
9-5-KH-b1T-NA/BR

¹ Leider hat der Interviewpartner die Vereinbarung nicht zur Verfügung gestellt. Diese Vereinbarung liegt im Archiv Betriebliche Vereinbarungen nicht vor.

Im Interview wird hervorgehoben, welch wichtiges Statement eine Vereinbarung darstellt, in der Vorstand sowie Beschäftigtenvertretungen ein abgestimmtes Vorgehen für alle Zuständigen festgeschrieben haben. Das schafft Orientierung und Handlungssicherheit für alle, die zum Teil erst im Laufe des Verfahrens hinzugezogen werden, insbesondere in Fällen, in denen sozial und rechtlich schwierige Interessenkonstellationen zu berücksichtigen sind:

„Wir haben uns überlegt, wir müssen eine, für alle Beteiligten geeignete Betriebsvereinbarung verfassen [...]. Da ist gleichzeitig ein Leitfaden mit in den Anhang gekommen, so dass eine Führungskraft oder auch HR-Mitarbeiter schauen kann, wenn so ein Fall eintritt, wie habe ich zu handeln?“ 14-1-FB-ü10T-SB/NA/NA

Das programmatische Statement in einer BV/DV ist in der Regel nach innen gerichtet:

„Suchtprävention und Suchthilfe sind Bausteine des betrieblichen Gesundheitsmanagements und werden mit dieser Vereinbarung Bestandteil gesundheitsorientierter Führung.“

→ Versicherungsgewerbe, 050102/251/2011

Es kann aber, wie das folgende Beispiel zeigt, auch über den eigenen unmittelbaren Einflussbereich hinausweisen und als Empfehlung Handeln in anderen Bereichen anregen und so breitere Wirkung erzeugen:

„Das Land [Name] als Arbeitgeber, der Gesamtpersonalrat [Name], der Gesamtrichterrat [Name] Gesamtschwerbehindertenvertretung [Name] schließen deshalb eine Dienstvereinbarung ab. Die [Organisation] wird sich aus ihrer besonderen Fürsorgepflicht heraus dafür einsetzen, dass diese Vereinbarung auch in Anstalten, Körperschaften, Stiftungen des öffentlichen Rechts im Lande [Name] und – soweit rechtlich möglich – auch in die Beteiligungsgesellschaften des Landes [Name] übernommen wird.“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

3.1.4 Erfolgsfaktor Einbeziehung verschiedener Beschäftigten- gruppen



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-
möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

[https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.
htm?bvdoku.theme=185#bvdoku1](https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku1)

„Ich bin sehr zufrieden damit, dass wir diese Stränge hingekriegt ha-
ben zwischen Tarifbeschäftigten und Beamten, [...] soweit das eben
überhaupt so möglich ist. Aber zumindest den Versuch gemacht zu
haben, das irgendwie auch in dieser Dienstvereinbarung abzubil-
den.“ 1-2-öV-ü10T-KO-BGM

Die Akzeptanz einer Vereinbarung zur betrieblichen Suchtprävention und
Suchthilfe hängt nicht zuletzt davon ab, inwieweit sie für alle Beschäftigten
in ihrem Geltungsbereich Gültigkeit hat und wie transparent es ist, dass sie
auch zur Anwendung kommt. Die meisten Vereinbarungen geben formal
über ihre Reichweite Auskunft. Dabei kann durch eine Selbstverpflichtungs-
erklärung sogar über den arbeits- bzw. personalrechtlich vorgegebenen Rah-
men hinausgegangen werden:

„Geltungsbereich

Diese BV gilt für alle Beschäftigten der [Firma] einschließlich der
Führungskräfte.“

→ BV-VD-b3T-2013²

„Geltungsbereich

Diese Dienstvereinbarung gilt für alle Beschäftigten der [Einrich-
tung]. Die Dienststelle verpflichtet sich, auch für die Beschäftigten,
die nicht durch einen der Personalräte vertreten werden, entspre-
chend der DV vorzugehen.“

→ Bildungseinrichtung, 050102/206/2007

2 Leider hat der Interviewpartner die Vereinbarung nicht zur Verfügung gestellt. Diese Vereinbarung
liegt im Archiv Betriebliche Vereinbarungen nicht vor.

In einer ganzen Reihe von Beschäftigungsbereichen ist bei der Erstellung und Umsetzung einer BV/DV zur Suchtprävention und Suchthilfe zu berücksichtigen, dass dort Berufs- bzw. Beschäftigtengruppen zu finden sind, für die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen gelten, auch wenn sie in einem Betrieb zusammenarbeiten.

Dies trifft beispielsweise in allen Organisationen zu, in denen sowohl Beamte als auch Tarifbeschäftigte tätig sind (öffentlicher Dienst, Körperschaften des öffentlichen Rechts, Eigenbetriebe u. a.). Ebenso tritt es überall dort auf, wo einzelne Beschäftigtengruppen tätigkeitsabhängig spezifische Auflagen erfüllen müssen (Verkehrsunternehmen, sicherheitsrelevante Bereiche, Waffenträger u. a.) oder wo parallele Verantwortungshierarchien bestehen (teilweise im Gesundheitswesen, in Hochschulen, Gerichten oder bei Leiharbeitenden u. a.).

Dabei lassen sich nicht immer leicht Lösungen finden, die sowohl sachgerechtes Vorgehen in der Prävention und bei Interventionen ermöglichen, die rechtlichen Voraussetzungen korrekt erfüllen und die Gleichbehandlung der Beschäftigten sicherstellen:

„Wir haben erst diese Idee gehabt, zwei parallele Stränge zu machen und dann haben wir gemerkt, das funktioniert irgendwie nicht. Man kann nicht zwei Stufenpläne machen, weil man für Beamte [aufgrund des Disziplinarrechts] keinen Stufenplan in diesem Sinne hinkriegt. [...] Schon auf Stufe eins haben wir gemerkt, dass das nicht ging. Und da war das gut da auch tatsächlich Leute drin zu haben, die Personalarbeit machen und in der Vergangenheit eben auch schon mit Sucht zu tun gehabt haben und dann eben [...] diese Idee kam, dass man einfach [die Erläuterungen im Anhang zur RDV zu den übergeordneten rechtlichen Grundlagen der Beamten- und Disziplinargesetzgebung] macht und dann immer nur noch darauf verweist.“ 1-7-öV-ü10T-KO-BGM

Im Bereich der Verkehrsdienstleister finden sich unterschiedliche Modelle. Alle drei einbezogenen Betriebe aus diesem Bereich (vgl. [Tabelle 3](#)) haben eine BV/DV, in der die Suchtprävention und Suchthilfe für alle Beschäftigtengruppen geregelt wird. In zwei Betrieben wird – dafür stehen auch die beteiligten Beschäftigtenvertretungen – mit einheitlichen Regelungen und Vorgehensweisen gearbeitet und nur bei den Auflagen im Verfahren werden tätigkeitsbezogene Unterschiede gemacht:

„Der Personalvertretung ist wichtig, dass die Mitarbeiter gleichbehandelt werden. Also dass man nicht einen Fahrdienstmitarbeiter halt viel eher abstrafft als andere [...] Natürlich gibt es dann unterschiedliche Auflagen, die hängen ja immer irgendwie von der Tätigkeit ab und von der Person, die Auflagen. Aber denen ist diese Gleichbehandlung wichtig. Deswegen ist es auch so, dass man im Stufenplan die Stufe überspringen kann egal wo man arbeitet, nur, dass es überhaupt diese Öffnung gibt. Aber da steht nicht drin: Nur bei Fahrdienstmitarbeitern kann man Stufen überspringen.“
8-27-VD-b3T-SB

Die BV im dritten Verkehrsunternehmen sieht dagegen für Fahrzeugführer und Begleitpersonal ein verkürztes Interventionsverfahren mit rechtlich konformen Auflagen vor, gekoppelt mit dem spezifischen Hilfeangebot eines EAP-Anbieters (Employee Assistance Program), das bereits langjährig erfolgreich eingesetzt wird. Daneben enthält sie den mehrstufigen Interventionsleitfaden mit den einschlägigen Hilfeangeboten für alle anderen Mitarbeitergruppen. Die so in einer Vereinbarung verbundenen Verfahrenswege werden aktuell als optimaler Weg angesehen, ein verbindliches und transparentes Vorgehen zu gewährleisten und gleichzeitig möglichst viele Beschäftigte mit den Angeboten der Suchtprävention und Suchthilfe zu erreichen:

„Interventionsleitfaden und Hilfsangebote der [Firma]
Zur Vermeidung von Risiken und Schädigungen sowie der Sicherstellung geeigneter Hilfsangebote für Mitarbeiter mit riskanten oder problematischen Umgangsweisen mit Suchtmitteln, suchtgefährdeten oder bereits erkrankten Mitarbeitern verständigen sich die Betriebsparteien auf einen für die spezifischen Beschäftigungsgruppen differenzierten Stufenplan im Rahmen eines Interventionsleitfadens.“

➔ BV-VD-b3T-2013

Das Modell zeigt, dass im Einzelfall geprüft werden sollte, welche Vorgehensweisen zu den besten Ergebnissen führen. Das kann gerade besonders dort wichtig sein, wo einzelne Berufsgruppen bzw. Führungsebenen – aus welchen Gründen auch immer – dazu neigen, dem betrieblichen Präventionsauftrag auszuweichen und sich an der Umsetzung bzw. an Qualifizierungen

und Interventionen nicht aktiv zu beteiligen. In solchen Fällen können verbindliche Vorgaben im Rahmen der BV/DV und spezifische Angebote für einzelne Berufs- oder Funktionsgruppen die Handlungsbereitschaft fördern.

Eine Vereinbarung abzustimmen, die für alle Beschäftigtengruppen gilt oder für die verschiedenen Gruppen analog angewendet wird, setzt in manchen Fällen einen längeren Verständigungs- und Abwägungsprozess in Gang, insbesondere, wenn dabei verschiedene betriebliche Interessenvertretungen einbezogen werden müssen. Für die Akzeptanz der BV/DV und die verbindliche Umsetzung in allen Bereichen wird dies aber als wichtige Voraussetzung beschrieben:

„Die alte DV wurde nur vom Personalrat [für das technische und das Verwaltungs-Personal] mitgetragen. Der wissenschaftliche Personalrat hatte sich strikt geweigert, hatte große Bedenken, dass das von den Vorgesetzten missbraucht wird. Dass wir es dann nach einem Jahr Diskussion zusammen geschafft haben, finde ich eine sehr wichtige Sache. Und seitdem gibt es auch keine Probleme mehr auf dieser Ebene. Das finde ich ganz, ganz zentral.“ 4-1-BE-b5T-SB/NA/NA

Das Zusammenwirken verschiedener Beschäftigtenvertretungen und die Übernahme der Regelungen für alle Beschäftigtengruppen werden in der Vereinbarung über die Aufzählung der abschließenden Parteien zum Ausdruck gebracht. Die Formulierung lautet dann beispielsweise (verkürzt): „Zwischen der Firma/GmbH, vertreten durch die Geschäftsführung, dem Gesamtbetriebsrat, der Beschäftigtenvertretung 1 sowie der Beschäftigtenvertretung 2, wird folgende Gesamtbetriebsvereinbarung zur Vorbeugung von riskantem Konsum und Umgang mit suchtmittelbedingten Auffälligkeiten am Arbeitsplatz geschlossen.“

An anderer Stelle wurde die Vereinbarung vom obersten Dienstherrn mit der Gesamtpersonalvertretung, dem Gesamtrichterrat sowie der Gesamtschwerbehindertenvertretung abgeschlossen. Was zunächst nur als formale Aufzählung erscheint, ist zugleich eine breite und öffentlichkeitswirksame Positionierung des Arbeitgebers, dass er nach allen Seiten seiner Fürsorge- und Präventionspflicht nachkommen will und dabei die Gleichbehandlung der Beschäftigten im Blick hat.

3.2 Steuerung des Suchtpräventionsprogramms

Das Konzept der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe sieht eine zentrale Steuerung für die Entwicklungs- und Implementierungsphase sowie für die Sicherung der Kontinuität und Aktualität des Programms vor. Daran sollten die verhandelnden Betriebsparteien – die Leitung bzw. das Management sowie die zuständige Beschäftigtenvertretung – in jedem Fall beteiligt sein. Schließlich wirken sich die Verfahren und Angebote des Programms sowohl auf die Kultur als auch auf die Strukturen der Organisation aus (vgl. Kapitel 3.1.2); sie können Veränderungsdruck erzeugen und erfordern Ressourcen. Daher ist es nur konsequent, für die Steuerung des Programms ein Gremium vorzusehen, in dem die betrieblichen Entscheider in gemeinsamer Abstimmung mit den einschlägigen Fachkräften die Verantwortung für die Entstehung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Programms übernehmen. In vielen betrieblichen Modellen gibt es daher auch einen Arbeitskreis Sucht bzw. Alkohol, Suchtprävention, Gesundheit oder eine entsprechende Arbeits- oder Lenkungsgruppe. Zu finden sind diese Gremien selbst in Organisationen, wo ein Angebot zur Suchtprävention besteht, aber bislang noch keine Vereinbarung getroffen wurde. Auf der anderen Seite wurde nicht überall, wo ein Steuerungsgremium existiert, dieses auch in der Vereinbarung verankert.

Was die Bedeutung der Steuerung für die erfolgreiche Umsetzung des Suchtpräventionsprogramms anbelangt, gibt es durchaus verschiedene Einschätzungen bei den interviewten Fachkräften. Unstrittig ist allerdings, dass sie für die Entwicklung und Einführung eines Programms einen wesentlichen Faktor darstellt.

3.2.1 Erfolgsfaktor Steuerung des Programms durch einen Arbeitskreis bzw. ein Steuerungsgremium



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku1>

„Vor allen Dingen sind die Strukturen wichtig. Man konnte ja auf Erfahrungen zurückgreifen, wie betriebliche Forderungen am besten durchzusetzen sind. [...] Welche internen Netzwerke brauche ich, um bestimmte Sachen in Bewegung zu bringen und wie passiert das? So hieß es, am Anfang gründen wir einen Arbeitskreis. Zur Implementierung der betrieblichen Suchtprävention ist das wichtig.“ 5-16-BE-b3T-SB

Es finden sich unterschiedliche Konstruktionen von Arbeitskreisen in den Suchtpräventionsprogrammen. Grob unterschieden nehmen die einen vor allem Steuerungsfunktionen wahr, die anderen sind Teil des Helfersystems und dienen dem fachlichen Austausch (Danigel/Heegner 2016, S. 28 ff.). In den älteren Konzepten fehlte oftmals noch die Abgrenzung der Steuerungsaufgaben von denen der Beratung, so dass auch einzelne Fälle von Auffälligkeiten im größeren Kreis verhandelt wurden:

„Nach der alten DV wurden in den Arbeitsgruppen [...] auch allgemeine Aufgaben besprochen, aber die Hauptaufgabe dieser Arbeitsgruppe Sucht bestand darin, die einzelnen Fälle zu besprechen und darüber zu entscheiden, wie es damit weitergeht. Und das ist ja aus Gründen des Persönlichkeitsrechts überhaupt nicht zulässig so eine Öffentlichkeit herzustellen. Das war aber natürlich lieb gewonnene Praxis auch über Interessengrenzen hinweg. Das war schwer aufzugeben [...]. Es haben auch jetzt noch einige Arbeitskreise Mühe, für sich ein anderes Selbstverständnis zu finden [...] und ihre Rolle anzunehmen und ein Steuerungsverständnis zu entwickeln.“ 1-3-öV-ü10T-KO-BGM

Die Mischung der Aufgaben führte zu unterschiedlichen Zusammensetzungen der Mitglieder des Gremiums. Mit dem Gewicht auf die Steuerungsfunktion wird sehr viel Wert auf die Beteiligung der Entscheiderebene gelegt. Mit dem Schwerpunkt auf Aufgaben des Helferkreises überwiegen die haupt- und nebenamtlichen Beratungskräfte und Ansprechpersonen. Heute wird die Steuerungsfunktion deutlich stärker herausgestellt, was sich in der Zusammensetzung der Arbeitskreise und den Aufgabenbeschreibungen, wie sie in neueren Vereinbarungen zu finden sind, niederschlägt. Dies zeigt das folgende Beispiel aus einer Rahmenvereinbarung:

„In allen Dienststellen [des Verbandes] wird jeweils ein Arbeitskreis Gesundheit eingerichtet. Der Arbeitskreis setzt sich wie folgt zusammen:

- Dienststellenleitung oder Beauftragte/r,
- kollegiale Ansprechperson für Suchtfragen [...],
- Personalrat und Jugend- und Auszubildendenvertretung,
- Vertrauensfrau/Gleichstellungsbeauftragte,
- Schwerbehindertenvertretung,
- Betriebsarzt bzw. Betriebsärztin [...]

Folgende Aufgaben werden vom Arbeitskreis Gesundheit wahrgenommen:

- Einstimmige Benennung einer geeigneten Person zur ‚Kollegialen Ansprechperson für Suchtfragen‘,
- Konkretisierung der in dieser Dienstvereinbarung festgelegten Aufgaben der kollegialen Ansprechperson für Suchtfragen,
- ggf. Beratung über eine Absprache gem. Nr. [...] dieser Dienstvereinbarung,
- Nutzung des bereitgestellten Bildungsprogramms. Hierzu gehört insbesondere die Veranlassung der Teilnahme an Bildungsveranstaltungen zum Thema Sucht für alle Führungskräfte, für die kollegiale Ansprechperson für Suchtfragen und die sonstigen Mitglieder des Arbeitskreises Gesundheit,
- Initiierung von Aufklärungsaktionen und anderen präventiven Maßnahmen,
- Einschätzung der Situation vor Ort im Hinblick auf den Umgang mit Suchtmitteln,
- ggf. Beschlussfassung über Angebote von und Beteiligung an regionalen Netzwerken,
- Integration der Suchtprävention in das betriebliche Gesundheitsmanagement und Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement,
- Prüfung der Ursachen für einen riskanten Umgang mit Suchtmitteln, die ggf. mit dem Arbeitsplatz in Verbindung stehen könnten – z. B. Unter- oder Überforderung, ungerechte Behandlung, Mobbing, sozialer Druck usw. – mit dem Ziel geeignete Maßnahmen zu ergreifen,
- Austausch über die Ergebnisse bei der Durchführung dieser Aufgaben.

Der Arbeitskreis Gesundheit tagt nach Bedarf, mindestens einmal im Kalenderjahr [...] Die Einzelfallberatung gehört nicht zu seinen Aufgaben.“

→ Versicherungsgewerbe, 050102/251/2011

Die Größe des Gremiums variiert sehr stark – zwischen vier bis über zehn Personen – und zwar weitgehend unabhängig von dessen Aufgaben oder der Größe des Betriebes. Vielmehr spielen dabei neben strukturellen Voraussetzungen eher betriebs- und interessenspolitische Aspekte eine Rolle.

Zu unterschiedlichen Zusammensetzungen kann es auch im Laufe des Entstehungs- und Umsetzungsprozesses eines Präventionsprogramms kommen. In einzelnen Fällen sind z. B. die Vertreter der Betriebsparteien in der Entwicklungs- und Implementierungsphase der Vereinbarung, in der es oftmals um strategische und ressourcenbezogene Fragen geht, verstärkt einbezogen. Die operativen Aufgaben der Umsetzung werden in einer anderen Konstellation begleitet. In einem Fall wurde das sogar in der Bezeichnung sichtbar, als ein „Lenkungsausschuss“ für die erste Phase die Verantwortung übernahm und in der zweiten Phase der „Arbeitskreis“ zuständig wurde:

„Es sind nicht die gleichen Menschen im Arbeitskreis. Der Lenkungsausschuss war ja bis jetzt durch [die Personalleiter der Sparten und Standorte] sowie den Vorsitzenden des Betriebsrats bestimmt. Und der Arbeitskreis ist eher operativ besetzt. Also Leiter betriebliches Gesundheitsmanagement [...], die Zuständige für psychische Gesundheit, wir Suchtbeauftragte und die anderen Beteiligten. Und in Linie wird er gehen, wenn die Pilot-Vereinbarung überführt worden ist. Und dann ist der Arbeitskreis das Entscheidergremium.“
3-4-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Erleben die einen durch ein aktives und entscheidungsfreudiges Steuerungsgremium in der Entwicklungsphase eine Aufwertung und Unterstützung ihrer Arbeit, empfinden es andere im weiteren Prozess eher als wenig motiviert und hilfreich für die laufende Arbeit:

„B1: Den Arbeitskreis gibt es ja seit über 15 Jahren. Zweimal im Jahr trifft er sich. Und da sind – zumindest theoretisch – erst mal alle wichtigen Leute dabei.

B2: Praktisch nicht so.

B1: Da hören wir dann: ‚Wir können ja nichts mehr machen. Ist ja alles schon fertig.‘ [...] Und das bedeutet, dann brauche ich mich nicht mehr drum zu kümmern.

B2: Aber ehrlich: Wir wissen doch auch, dass wir uns selber lenken.

I: Ist der Arbeitskreis dann überflüssig?

B2: Aber, nein, ich finde das schon wichtig einen klaren Ort zu haben, wo ich mit den Leuten über das rede, was anliegt. [...] Wir diskutieren zum Beispiel gerade im Arbeitskreis, dass ein Gesundheitsmanager kommen soll.“ 4-17-BE-b5T-SB/NA/NA

Die größte Ambivalenz zum Arbeitskreis findet sich bei hauptamtlichen Fachkräften. Nach ihrer Erfahrung ist ein solches Gremium in der Anfangsphase von größerem Nutzen. Im laufenden Programm bindet es aber Zeitressourcen, verursacht teilweise zähere Prozesse und wird als wenig ergiebig angesehen. Sie erleben das eigene Handeln dadurch behindert oder sogar ausgebremst:

„Der Arbeitskreis hat sich bei uns irgendwann erübrigt, den haben wir abgeschafft. Man braucht das nicht mehr; der Hauptamtliche macht sowieso alles. Als es anfang mit Gesundheitsmanagement, habe ich trotzdem gesagt: ‚Wir brauchen als erstes eine Projektgruppe.‘ Und die Projektgruppe, Steuerungsgruppe, die existiert auch heute noch. Das kann sein, dass die sich irgendwann auch erübrigt, weil es eine hauptamtliche Koordinatorin gibt. Aber um solche Sachen anzustoßen, brauche ich diese Strukturen. Und da brauche ich die Zusammenfassung der Akteure, derjenigen, die was dazu zu sagen haben. Sie müssen sich partizipativ einbringen können. Und das ist ja genau das, was wir gelernt haben in der Suchtprävention. Es geht darum alle einzubeziehen.“ 5-16-BE-b3T-SB

In einer Reihe von Organisationen wurde das Suchtpräventionsprogramm in die Arbeit anderer Steuerungsgremien aufgenommen. Hier ist neben den nicht verbindlichen Arbeitskreisen Gesundheit aufgrund der Nähe zum Thema Sicherheit und Suchtprävention insbesondere der Arbeitsschutzausschuss (ASA) eine Option. Er ist nach § 11 ASiG in allen Betrieben mit über 20 Beschäftigten verpflichtend und sieht eine Beteiligung der Leitungsebene, der Beschäftigtenvertretung, der Betriebsärzte sowie der Fachkräfte und Beauftragten für Arbeitssicherheit vor:

„Wir haben den zentralen ASA und die kleinen ASAs. Und da ist natürlich die Führung dabei, da ist Health and Safety vertreten und dann die jeweiligen Arbeitssicherheitsmenschen. Und ich bin über meinen Chef vertreten. Er ist direkt dem Arbeitsdirektor untergeordnet. [...] Ich werde jeweils zu unseren Themen hinzugezogen, wenn wir zum Beispiel so ein Drogenthema oder ähnliche Aktionen vorhaben, dann lädt man mich ein. Aber zu 90 Prozent habe ich keine Berührungspunkte. Und wir sind durch die leitende Ärztin vertreten und vor allem über meinen Chef.“ 14-11-FB-ü10T-SB/NA/NA

3.2.2 Erfolgsfaktor Führung in der Verantwortung für das Gesundheitsmanagement und die Suchtprävention

„Und ein Erfolgsfaktor für diese ganze Geschichte war wirklich das Commitment, wie man so neudeutsch sagt, der Unternehmensleitung. Also der [Vertreter der Direktion] und der Personalchef sind bei jeder dieser Sitzungen der Arbeitsgruppe Gesundheit dabei. Und es gibt insofern kurze Wege, das heißt die Sachen werden sofort in der Sitzung beschlossen.“ 11-17-KH-ü10T-SB

Auszumachen ist die Tendenz, die Steuerung der Suchtprävention und Suchthilfe zu erweitern in Richtung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. sie als einen Auftrag in die für das BGM geschaffenen Steuerungsstrukturen zu integrieren. Das betriebliche Gesundheitsmanagement wird definiert als die systematische Steuerung aller auf die Mitarbeitergesundheit und die Gestaltung gesunder Arbeit gerichteten Aktivitäten im Betrieb (vgl. Wienemann 2012). Es schließt also die Prävention und Suchthilfe mit ein. Es ist es eine explizite Managementaufgabe. Zusammen mit der Erweiterung des betrieblichen Präventionsauftrags kann deshalb auch eine stärkere Beteiligung von Führungskräften im BGM erwartet werden.

Die Erhebung macht deutlich, wie wichtig die verbindliche Mitarbeit von Führungskräften in den Steuerungsgremien des BGM und der Suchtprävention ist. Sie sind in der Lage, auf den hierarchisch notwendigen Ebenen für die Sache zu sprechen und Entscheidungen über Ressourcen für Präventions-, Beratungs- und Hilfeangebote einzuholen sowie die strategischen Voraussetzungen für strukturelle und kulturelle Veränderungen herzustellen.

Die Dynamik, die sie als Schlüsselpersonen in die Entwicklungs- und Abstimmungsprozesse von Vereinbarungen sowie deren Umsetzung einbringen, trägt wesentlich zu deren Erfolg sowie zur Motivation der Beteiligten bei:

„Den Arbeitskreis hat es schon gegeben als ich herkam. Und das war zu Anfang so ein ganz ungeliebtes Kind. Darin ist unter anderem vorgesehen ein Vertreter des Vorstandes, der Chef der Personalabteilung; also die sind regelmäßig nicht gekommen. Da haben dann die Gutwilligen gesessen, die Betriebsärztinnen und Mitglieder der Beschäftigtenvertretung. Und insofern waren wir so ein zahnloser Tiger, im Grunde so ein Jammerverein. Man hat dann immer da gesessen und gesagt: ‚Man könnte ja und man müsste aber ...!‘ Das hat sich dann durch Zufall verändert, als die Leitung der Personalabteilung gewechselt hat. Und der neue Personalchef ist von Anfang an gekommen. Wir haben dann immer noch gesagt, ‚man müsste und man könnte‘ und so weiter. Also wir waren da weiter in unserer Jammerlaune. Und dann hat der auf einmal gesagt: ‚Ja, warum machen Sie denn nicht?‘ Und seitdem ist alles anders. Und dieser Arbeitskreis Sucht ist jetzt die Arbeitsgruppe BGM geworden.“
11-14-KH-ü10T-SB

Selbst Akteure, die den Steuerungsstrukturen innerhalb des Suchtpräventionsprogramms eher skeptisch gegenüberstanden, erkennen die Vorteile, die sich im Zusammenspiel mit dem Gesundheitsmanagement und der Gesundheitsförderung erzielen lassen und sehen darin einen Erfolgsfaktor für ihren Handlungsbereich:

„Und dieser Arbeitskreis Sucht, der jetzt die Arbeitsgruppe BGM geworden ist, hat erst einmal eine Bestandsaufnahme gemacht. [...] Es gab ja unheimlich viele Leute, die schon mit dem Thema Mitarbeitergesundheit beschäftigt waren, aber teilweise voneinander nichts wussten. [...] Unsere Arbeitsgruppe ist in dieser Art seit 2010 Steuerungskreis. Und da entstand der feste Wille, nun zusammenzuarbeiten, systematischer vorzugehen, nicht eine Sache dreimal zu machen und irgendwas anderes gar nicht. Und weil ich vorher den Arbeitskreis Sucht geleitet habe, habe ich dann auch die Arbeitsgruppe BGM geleitet, einfach historisch gewachsen. [...] Und der ist einfach ziemlich gut eingeschlagen in dem Sinne, dass die Akteure der

Gesundheitsförderung, die vorher alle so vor sich hin gewurschtelt hatten, den Eindruck haben, sie profitieren sehr davon.“ 11-17-KH-ü10T-SB

Die Einbindung ins BGM und die Präsenz des Managements im Steuerungsgremium hebt nicht nur den Stellenwert des Suchtpräventionsprogramms, sondern kann auch dazu beitragen die Wirkungsmöglichkeiten der Fachkräfte zu erweitern:

„Wir hatten einen Arbeitskreis Sucht, aber jetzt gibt es einen Arbeitskreis Gesundheit, der von meinem Chef, dem Stabsstellenleiter, geleitet wird. Und daran nimmt auch ein Unternehmensbereichsleiter teil, das ist bei uns die zweite Führungsebene nach dem Vorstand. Also es ist jetzt nicht nur eine Expertenrunde, sondern eine Runde, wo die Beteiligten zugleich Multiplikatoren sind, die wieder in anderen Runden mitarbeiten. Und da ist Sucht dann immer mal wieder Thema. Und in diesem Arbeitskreis ist dann beschlossen worden, die Vereinbarung zur Sucht zu überarbeiten. Auch auf mein Betreiben hin wurde das gemacht. Darüber kann ich was bewegen.“ 8-25-VD-b3T-SB

„Also was ich hier gelernt habe [...] es geht gar nichts ohne die Unterstützung von ganz oben. Und da müssen wir einfach gucken, dass man das irgendwie schafft, irgendwo anzudocken, so dass das tatsächlich von oben mitgetragen wird. Also ansonsten schreibst du hier Konzepte für die Schublade.“ 11-34-KH-ü10T-SB

3.2.3 Erfolgsfaktor Verbindliche Programm- und Prozessbegleitung durch die Beschäftigtenvertretungen



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherchemöglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku1>

„Ich kann wirklich nur jedem Personalrat oder Betriebsrat raten, sich des Themas Suchtprävention anzunehmen, es aber auch nicht isoliert zu betrachten. Weil dieses Thema ganz viele Schnittstellen hat, und das eine Chance ist, auch in anderen Bereichen sehr sensibel darauf zu schauen, was kann ich für Kolleginnen und Kollegen positiv im Unternehmen bewegen?“ 10-21-VB-ü10T-GPR

Im Prozess der Entwicklung und Ausgestaltung eines Suchtpräventionsprogramms sowie vor allem bei der Abstimmung einer BV/DV ist die Beteiligung der Beschäftigtenvertretung unverzichtbar. Sie ist die Betriebspartei, die als Verhandlungspartner des Arbeitgebers durch Ausschöpfen der rechtlichen Möglichkeiten erheblichen Einfluss auf die betriebliche Gesundheitspolitik nehmen kann (Danigel/Heegner 2016, S. 100 ff.). Vor dem Hintergrund des Präventionsauftrags kann sie als Impulsgeber und Mitgestalter für die Einrichtung der Suchtprävention und Suchthilfe fungieren und dies auch in der Vereinbarung selbst zum Ausdruck bringen:

„Auf Basis dieser gemeinsamen Zielsetzungen verständigen sich die Betriebsparteien darüber, wie im [Betrieb] Intervention und Suchthilfe als Teil des ganzheitlichen Gesundheitsmanagements und als Beitrag zur Gesundheitsförderung durchgeführt wird.“

➔ Maschinenbau, 050102/250/2016

Neben dem Abschluss der Vereinbarung über die strukturelle sowie inhaltliche Ausgestaltung des Programms fällt der Beschäftigtenvertretung auch die Aufgabe zu, die personellen und materiellen Ressourcen dafür auszuhandeln:

„Die ganze Rahmenvereinbarung ist ja auf Veranlassung der Beschäftigtenvertretung auf den Weg gebracht worden. Und ich glaube, das sieht das Gremium ganz genauso, das ist auf jeden Fall ein ganz großer Erfolg. [...] Die erfolgreiche Umsetzung hängt dann vielfach von handelnden Personen ab. Wir haben es aber, glaube ich, geschafft, mit diesem Ansprechpartner Suchterkrankung, den wir vor Ort überall installiert haben.“ 10-3/5-VB-ü10T-GPR

Über die Mitbestimmung nehmen die Beschäftigtenvertretungen in der Konzeptionsphase der Vereinbarung zum einen die Interessen der Beschäftigten

wahr, wirken zum anderen aber auch auf die Anwendung der rechtlichen und fachlichen Standards hin, die als gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen sind:

„Zielsetzung

(1) Diese Vereinbarung zielt darauf ab, einen Beitrag zur Erhaltung, Entwicklung und Förderung der Gesundheit, Leistungsfähigkeit sowie individuellen und sozialen Kompetenz der Beschäftigten der [Einrichtungen] zu leisten. Die Vereinbarung ist eine Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Personalpflege als Handlungsfeld der Personalentwicklung.

(2) Die Vereinbarung basiert auf den ‚Qualitätsstandards zur Betrieblichen Suchtprävention und -hilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)‘ vom Nov. 2010 sowie der Rahmenempfehlung zur Suchtprävention und Suchthilfe in der [...] Landesverwaltung [...] und hinsichtlich des Umgangs mit psychischen Auffälligkeiten auf den Empfehlungen des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen und des Bundesfachverbandes Betriebliche Sozialarbeit e.V.“

➔ Bildungseinrichtung, 050102/248/2011

Als gesetzte Mitglieder im Steuerungsgremium sollten die dort aktiven Beschäftigtenvertretungen die Rolle eines Garanten für Verbindlichkeit und Kontinuität des Programms übernehmen. Aber auch in der alltäglichen Praxis können sie das Thema weiter voranbringen, indem sie die Informations- und Beratungsroutinen mit der Arbeitgeberseite auch zur Klärung anstehender Fragen sowie zur Abstimmung aktueller Vorhaben zur Suchtprävention und Suchthilfe nutzen:

B1: „Also es ist schon deine Rolle, dass du der Motor bist und über eure turnusmäßigen Gespräche mit der Geschäftsführung die wichtigen Informationen für unsere Arbeit immer wieder in diese Richtung bringst.“

B2: „Ja dadurch haben wir eben den Zugang zur Geschäftsführung. Wir treffen uns jede Woche, die Geschäftsführung mit Personalvertretern [...]. Da hat man einen kurzen Austausch, und dann kann man immer beharrlich nachfragen. Also bis zur Unterschrift der BV, ich weiß nicht, wie oft wir angefragt haben: ‚Wie weit sind wir denn?‘ Aber dadurch läuft das dann, wenn es auch langsam geht.“

9-37-KH-b1T-NA/BR

In der Umsetzungsphase ist die Beschäftigtenvertretung dann verstärkt in der Rolle als Unterstützer gefragt. Das gilt zum einen für die Fachkräfte und Ansprechpersonen, die sich anregende Impulse für die Prävention, aber auch Rückendeckung für ihre Vorhaben wünschen sowie eine kritisch-konstruktive Begleitung der Prozesse im Steuerungsgremium. Zum anderen erwarten viele Personalverantwortliche im Rahmen der Suchtprävention und Suchthilfe den Zuspruch der Beschäftigtenvertretung, wenn sie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben Gespräche mit Mitarbeitern führen. Unterstützung wünschen sich natürlich auch viele Beschäftigte, wenn es zu einem Interventionsverfahren bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz kommt. Für diesen Teil der Aufgabe ist es von Vorteil, wenn es im Gremium Mitglieder gibt, die an einer Qualifizierung für Ansprechpersonen für Suchtfragen (AfS) teilnehmen oder bereits eine spezielle Ausbildung mitbringen:

„Ich bin zurzeit freigestellt für den Betriebsrat und habe vorher einen Bereich geleitet. Zur Suchtprävention bin ich gekommen, weil ich eine betroffene Mitarbeiterin bekommen habe, die kein anderer im Haus mehr nehmen wollte. Da habe ich natürlich meine Erfahrung gemacht, dass es ohne Unterstützung nicht klappt. Und hatte dann das Glück, dass in der Fachstelle für Suchtfragen [...] gerade ein Kurs auf die Beine gestellt wurde für Suchtkrankenhilfe.“
9-1/2-KH-b1T-NA/BR

Das gestufte Gesprächskonzept für sucht(mittel)bedingt auffällig gewordene Beschäftigte stellt einen Kernbestandteil der betrieblichen Suchtpräventionsprogramme dar. Es ist als Unterstützungsangebot für Betroffene angelegt, das bei Fehlverhalten oder Verstößen gegen arbeitsvertragliche Pflichten durch riskanten Gebrauch von Suchtmitteln oder Suchtgefährdung sicherstellen soll, dass frühzeitig lösungsorientierte Hilfeangebote aufgezeigt werden und nicht nur Sanktionen ausgesprochen werden.

Obwohl die Wirksamkeit dieses Stufenverfahrens im Hinblick auf die – möglichst frühzeitige – Unterbrechung einer gesundheitlichen Gefährdung belegt ist, fällt es vielen in der Rolle der Beschäftigtenvertretung nicht leicht, das Konzept mitzutragen. Immerhin sind im fortgeschrittenen Stufenplan bei Vorliegen der arbeitsrechtlichen Voraussetzungen auch Sanktionen bis hin zur Kündigung vorgesehen:

„Am Anfang gab es kontroverse Diskussionen, weil es ganz konkret in dieser Dienstvereinbarung [...] auch Punkte gab, die aus Sicht der

Personalvertretung schwierig waren [...]. Ihr Blickwinkel ist natürlich immer der des Schützenwollens [...]. Aber Schützen heißt nicht immer nur, in Watte packen [...], den Weg zu ebnen, sondern an bestimmten Stellen auch deutlich zu machen, der Weg geht nicht mehr und wir müssen jetzt mal versuchen, in eine andere Richtung zu gehen [...]. Bei einer solchen Erkrankung erfordert es eben auch eine gewisse Konsequenz in der Vorgehensweise, sonst tue ich demjenigen keinen Gefallen. Diese Diskussion haben wir aber auch sehr ausgiebig geführt und nach meinem Gefühl [...] haben wir die allermeisten auch davon überzeugt [...].“ 10-6-VB-ü10T-GPR

Es kann wichtig sein, vom standardgemäßen Vorgehen abzuweichen und Modifikationen vorzusehen, um Widerstand zu vermeiden oder auf betriebs-spezifische Besonderheiten Rücksicht zu nehmen. Im vorliegenden Fall beschriftet die Beschäftigtenvertretung den Weg, in der Rahmenvereinbarung neben Fürsorge- und Klärungsgesprächen ein Stufenverfahren mit insgesamt sechs Stufen vorzusehen. Damit sollte eine Brücke gebaut werden für diejenigen in der Beschäftigtenvertretung, die ansonsten ihre Zustimmung wegen der befürchteten Gefahr vorschneller Kündigung versagt hätten. Auch bei den Mitarbeitenden hoffte man auf diesem Wege, die Akzeptanz des Suchtpräventionsprogramms zu erleichtern:

„Mein Gefühl war und ist, dass es einfach für die Akzeptanz des ganzen Themas und für die Umsetzung hilfreicher war. Im Bereich der Interessenvertretung auf jeden Fall. [...] Auf der Führungsseite wäre es der einen oder anderen Führungskraft vielleicht lieber gewesen das Thema schneller durchzuziehen. Aber ich muss ja nicht nur die Interessenvertretung davon überzeugen, dass es eine sinnvolle Vorgehensweise ist, sondern vor allen Dingen die Beschäftigten. Und da war es in meinen Augen sehr hilfreich [...]. Zum jetzigen Zeitpunkt sage ich ganz klar, es war und ist auch noch die richtige Entscheidung.“ 10-13-VB-ü10T-GPR

Für ein sachgerechtes Vorgehen bei Interventionen ist eine angemessene Qualifizierung der Beschäftigtenvertretungen vorzusehen. Über das einschlägige Basiswissen sollten alle Mitglieder verfügen, während diejenigen aus dem Gremium, die als Vertretung im Arbeitskreis fungieren oder Interventionsverfahren begleiten, über eine umfassendere Qualifizierung – vergleichbar der für die nebenamtliche betriebliche Suchtarbeit – verfügen sollten:

„Also die Personalvertreter wirken unterstützend, sind aber fachlich auch nicht alle drin. Die bringen schon manchmal durcheinander, was ist denn ein auffälliges Verhalten oder ein kritisches Verhalten und was ist vielleicht Erkrankung.

Da ist aber auch immer die Rollenproblematik beim Betriebsrat [...]. Nicht jeder Betriebsrat würde den Druck [des Stufenplans] mitmachen. Es gibt aber auch Betriebsratsmitglieder, die fachlich gut sind [...].

Manche kommen hierher und lassen sich beraten und sagen: ‚Ich weiß gar nicht, ob ich da den Druck mitmachen kann, ich fühle mich jetzt unsicher.‘ Das machen die, die schon fitter sind. Die anderen poltern erst einmal rum: ‚Hier, dem wird nichts gesagt!‘ Das gibt es auch noch.“ 8-27-VD-b3T-SB

Angesicht der verschiedenen Interventionsverfahren und der dabei jeweils zu berücksichtigenden inhaltlichen aber auch formalen Vorgehensweisen stellen praxisbezogene Handlungsleitfäden und Formularvorlagen eine gute Unterstützung für die Arbeit von Beschäftigtenvertretungen dar. Ihre Wirkung sollte nicht unterschätzt werden, denn sie tragen gerade auch in dezentralen Organisationen wesentlich dazu bei, die Qualität und Transparenz der Prozesse zu sichern:

„Also wir haben die Rückmeldung, dass sie [die Örtlichen Personalräte] alle oder fast alle mit den Mustern gearbeitet haben und es als sehr hilfreich betrachten. Sonst hätten wir die örtlichen Personalvertretungen auch überfordert. Weil wir [der Gesamtpersonalrat] waren ganz tief in die Thematik eingestiegen. Wir wussten genau, was ist wichtig, worauf muss man achten. Die örtlichen Personalvertretungen aber nicht. Es war gut ihnen diese Vordrucke, diese Muster an die Hand zu geben. Die waren sehr froh und haben die auch genutzt, teils mit kleinen Abwandlungen, wo der Bezug zu regionalen Besonderheiten notwendig wurde. Aber ansonsten ist das auch eins zu eins so übernommen worden.“ 10-17-VB-ü10T-GPR

Denn schließlich gehört es zu den Pflichten der Beschäftigtenvertretung, den ordnungsgemäßen Ablauf des Verfahrens zu verfolgen und sicherzustellen, dass nach der BV/DV vorgegangen wird. Dabei sind durchaus auch Lösungen für komplexere Fragen zu klären:

„Ich muss dem Mitarbeiter die Möglichkeit geben, sich auch wieder reinzuwaschen und sicherstellen, dass dieser Vorgang aus der Personalakte [entfernt] wird [...] analog zu einer Abmahnung [...]. Jetzt haben wir im Zuge einer elektronischen Personalakte wieder die Diskussion: Wie kann man das wo ablegen? Jetzt müssen wir mal gucken, ob wir das kontrollen können [...], ob das raus ist oder nicht.“ 3-47-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Auch die Durchführung und Auswertung der Evaluation einer Vereinbarung sollte im Interesse der Beschäftigtenvertretung liegen. Gegebenenfalls sind daraufhin das Verfahren bzw. die Vereinbarung an veränderte Erfordernisse anzupassen. Bei einer neuen bzw. aktualisierten Vereinbarung kann es auch empfehlenswert sein, einen Pilotzeitraum für die Erprobung vorzusehen:

„Das liegt hier auch in der Natur der Sache, dass man Dinge, die neu installiert werden erst einmal in einer Pilotvereinbarung etabliert, um dann zu gucken, wo stecken denn die Kinderkrankheiten, wo muss man noch mal nachjustieren? Also das ist eher so eine Gepflogenheit [...] hier am Standort.“ 3-7-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Die Nachwirkung der Vereinbarung sollte in jedem Fall gesichert sein, um Abbrüche oder Unterbrechungen im Suchtpräventionsprogramm zu vermeiden.

3.2.4 Erfolgsfaktor Koordination mit Kompetenzen in Strategie und Beratung



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherchemöglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku1>

„Die positive Erfahrung [mit dem Arbeitskreis als Steuerungsgremium] hat mich überzeugt, an den strategischen Entscheidungen anzusetzen und nicht nur am operativen Erfahrungsaustausch. Weil

sonst dieser Management-Anteil, die Möglichkeit das Thema in der Organisation weit nach oben zu platzieren, unter Umständen zu kurz kommt. Und das ist auf Dauer ein Nachteil. Also der größte Erfolgsfaktor war im Endeffekt der Mix von operativen und strategischen Entscheidungen.“ 3-49-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Die aktuellen Personalmanagementstrategien und die Verknüpfung mit dem BGM erfordern über die traditionelle Praxis der Suchtprävention und Suchthilfe hinaus eine stärkere Ausrichtung auf strategische Fragen. In diesem Zusammenhang wurden in den letzten Jahren für die Steuerung verstärkt Personen herangezogen, die – angesiedelt im BGM, im Personalwesen oder auch in der Interessenvertretung – aus ihrer Funktion heraus die Entwicklung und Umsetzung des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms koordinieren. Aus dem Kreis der internen Beratungskräfte und Ansprechpersonen kommen andere, die den strategischen Auftrag neben den „operativen“ Präventions- und Beratungsaufgaben wahrnehmen.

Die Koordinatoren müssen zum einen inhaltlich die Brücke schlagen von der Suchtprävention und Suchthilfe zu den betriebspolitischen Zielen der Prävention und Gesundheitsförderung; zum anderen die strukturelle Einbindung in die aktuellen Managementsysteme sicherstellen und zum dritten um die erforderlichen Ressourcen ringen, was angesichts der Dominanz des ökonomischen Denkens in der Organisation eine Belastung darstellen kann:

„Im Moment würde ich es eher als Herausforderung beschreiben, die wir im Gesundheitsmanagement generell spüren: Was ist der Nutzen all der schönen Aktivitäten, die wir hier machen, was ist der Beitrag zur Unternehmensentwicklung und zum Unternehmensergebnis? [...] Ist das eigentlich eine Investition, die sich rechnet auf Dauer?“ 3-57-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Dass dabei nicht allein die ökonomische Rationalität eine Rolle spielt, kann man in der Praxis immer wieder feststellen und wird auch im Interview betont:

„Und das gelingt vielleicht eher über Fallbeispiele als über Zahlen und Plausibilitätsketten [...]. Wir hatten neulich Arbeitsausschusssitzung. Da war Suchtprävention dran. Da wurden auch ein paar aktuelle Fälle anonymisiert geschildert. Und da hast du gemerkt, die gan-

zen hart gesottenen Jungs hier, die sind still wie ein Mäuschen und hören zu und sagen: ‚Mensch, toll!‘ Die Betroffenheit ist natürlich fragil. Aber wenn es immer wieder gelingt, Verständnis und Akzeptanz zu schaffen, den Sinn und die Richtigkeit der getroffenen Entscheidung [zum Projekt Suchtprävention] sichtbar zu machen, dann ist das wieder ein Erfolgsfaktor.“ 3-57-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Neben ausgeprägten fachlichen und strategischen Fähigkeiten werden in der Koordinationsrolle auch spezifische soziale und persönliche Kompetenzen eingesetzt, um Erfolge erzielen zu können:

„Was ich am meisten für notwendig halte ist Geduld und Ausdauer. So damit klar zu kommen, dass man [...] wechselnde Leitungen hat, die [...] einmal große Unterstützer sind, einen manchmal aber einfach nur hängen lassen [...]. Diese schnellen Wechsel ertragen zu können. Und nicht so schnell aufzugeben, sich anzueignen, permanent penetrant zu sein [...], den Leuten immer wieder auf die Füße zu treten. Sonst hätte ich nichts erreicht.“ 5-35-BE-b3T-SB

Zum notwendigen Repertoire gehört in dieser Rolle aber auch, die eigenen Fähigkeiten, Kompetenzen und Möglichkeiten einerseits und die eigenen Kapazitäten oder persönlichen Grenzen andererseits realistisch einzuschätzen, um sich – wenn notwendig – rechtzeitig abgrenzen und vor Überforderung schützen zu können:

„Es war ein guter Moment. Diese Arbeitsgruppe BGM ist sehr erfolgreich, nachdem es hier so viele gescheiterte Versuche gegeben hat, ein BGM zu implementieren [...] Es muss ja auch so zusammenkommen, die richtigen Personen an den richtigen Stellen, da wurde das sehr erfolgreich. Und dann war da der Wunsch, die Vereinbarkeit Familie und Beruf sollte von der Arbeitsgruppe auch noch mit in den Blick genommen werden. [...] Da habe ich gestreikt und habe gesagt: ‚Das schaffen wir so ja alles schon gar nicht.‘ Daraufhin ist ein zweiter Arbeitskreis gegründet worden, der jetzt eben Vereinbarkeit von Beruf und Familie steuert. Und ein dritter, die Arbeitsgruppe Führung und Qualifizierung, ist dann noch gefolgt. Es gibt jetzt diese drei Arbeitskreise, die alle, so heißt das hier, beschäftigtenorientierte Personalpolitik als Ziel haben.“ 11-18-KH-ü10T-SB

Es geht jedoch nicht nur darum den Rahmen des quantitativen Aufgabenvolumens realistisch zu stecken, sondern auch die Energie gezielt so einzusetzen, dass die Bemühungen nicht ins Leere laufen:

„Ja. Und es ist immer gut sich zu überlegen, wer ist jetzt hier ein Widersacher, wer ist Unterstützer? Wer ist neutral? Und dann die Energie auf die zu lenken, wo man denkt, da kann man auch irgendwas bekommen oder bewegen. Und nicht die ganze Zeit gegen eine Tür zu rennen, die sowieso nicht aufgeht.“ 11-34-KH-ü10T-SB

Die Koordination und strategische Arbeit erfolgt nicht selten aus einer gehobenen Linienfunktion heraus oder wird von einer Stabstelle betrieben. Damit daraus keine Einzelkämpfer-Karrieren werden, ist eine enge Anbindung an das Steuerungsgremium sinnvoll:

„Und das war eigentlich der größte Ansporn, jetzt etwas zu tun, das nicht mehr nur an einer Person hängt. Auch wenn das sehr schmeichelhaft wäre, wenn man es an die eigene Person binden würde.“ 3-9-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

In einigen Fällen wird die strategische Arbeit auch von (Mitgliedern) der Beschäftigtenvertretung vorangetrieben. Sie haben nicht unbedingt den formalen Auftrag zur Koordination, übernehmen diese Funktion aber aus ihrer Rolle heraus:

„Da sind wir letztendlich auch kontinuierlich bei. Da ist ja nicht nur das Thema Sucht, sondern psychische Erkrankungen, BEM, also da gibt es ja ganz viele Themengebiete, bei denen die Führungskräfte eine ganz große und wichtige Rolle spielen, und deren Handeln eine wichtige Rolle spielt. Und insofern sind wir eigentlich kontinuierlich immer wieder dabei, Stellschrauben zu bewegen.“ 10-7-VB-ü10T-GPR

Eine wichtige Voraussetzung dafür ist die Akzeptanz der Akteure und das Vertrauen in das Gremium bzw. zu den anderen Beteiligten in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe, dass sie die angestrebten Ziele engagiert und effektiv verfolgen.

Bisher wurden in die Vereinbarungen noch relativ selten Regelungen für die Koordination aufgenommen. Das unten zitierte Modell findet sich in der Rahmendienstvereinbarung einer großen Organisation mit relativ eigenständigen dezentralen Organisationseinheiten:

„Koordination der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe

Bei der [Organisationseinheit] wird eine Koordinierungsstelle für betriebliche Suchtprävention und -hilfe eingerichtet. Die Aufgaben umfassen:

- Ressortübergreifende Angelegenheiten der Suchtprävention, wie z.B. Weiterentwicklung der Dienstvereinbarung, Konzeption und Fortschreiben von Grundsätzen, Handlungshilfen und Arbeitsmaterialien für die betriebliche Suchtprävention und -hilfe,
- Planung, Leitung und Auswertung von zentralen und dezentralen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Suchtprävention,
- Koordination der dezentralen Maßnahmen und Beratungsangebote mit dem Ziel der Gewährleistung eines einheitlichen Vorgehens in der Beratung und Hilfe von Betroffenen,
- Beratung von Dienststellen in Fragen von Organisation und Qualifizierung der Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe,
- Vernetzung der internen Einrichtungen für Suchtprävention und -hilfe und
- Entwicklung und Sicherung von qualitativen Standards in der betrieblichen Suchtprävention im [betrieblichen Zuständigkeitsbereich].“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

4 HANDLUNGSKOMPETENZ DER PERSONAL- VERANTWORTLICHEN UND VERBINDLICHE INTERVENTIONEN

Für eine erfolgreiche Umsetzung der BV/DV zur Suchtprävention und Suchthilfe ist die Kompetenz von Führungskräften und anderer Personalverantwortlicher von eminenter Bedeutung. Deshalb soll an dieser Stelle der Zusammenhang entlang einiger Begriffe genauer aufgezeigt werden.

Der Begriff **Kompetenz** umfasst nicht nur Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die eine Person zur Verfügung hat, sondern bezieht auch deren erfolgreiche und verantwortliche Anwendung dieser Ressourcen zur Lösung von Problemen in herausfordernden Situationen und zur Bewältigung von Anforderungen mit ein (vgl. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung 2006).

In den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen wurde deshalb schon früh darauf Wert gelegt, dass nicht nur das grundlegende Wissen zur Suchtprävention und Suchthilfe vermittelt wird. Die Anwendung des Gelernten in Fürsorge- und Klärungsgesprächen sowie in Interventionsprozessen ist ein Bestandteil der Qualifizierung. In Seminaren zur Gesprächsführung wird z. B. das Gelernte in konkreten Anwendungssituationen modellhaft erprobt. Ziel ist es, neben der Handlungskompetenz vor allem auch die Handlungsbereitschaft zu fördern. Aus diesem Grunde macht es auch Sinn, dass die entsprechenden Qualifizierungsangebote in enger Kooperation mit den hauptamtlichen Beratungskräften oder den nebenamtlichen Ansprechpersonen stattfinden, um die Kompetenzen in den jeweiligen Rollen zu erläutern und zugleich abzugrenzen.

Handlungskompetenz hat fachliche und persönliche Anteile: Auf der fachlichen Seite stellt sie sich dann ein, wenn eine Person die Fähigkeiten zum Handeln erworben hat, das heißt sie verfügt über das notwendige Wissen, kennt die einschlägigen Methoden, Verfahren und Regeln und kann diese anwenden, kritisch reflektieren und sie veränderten Bedingungen anpassen.

Die **Handlungsfähigkeit** trägt auch dazu bei, die vorhandenen Handlungsmöglichkeiten zu erkennen – oder wenn nötig auch herzustellen – und zu nutzen.

Zur Handlungskompetenz wird auf der persönlichen Seite die **Handlungsbereitschaft** beigetragen. Wie stark sie eingesetzt wird, hängt u. a. vom

Selbst- und Rollenbild, von den Erwartungen des Umfeldes sowie von persönlichen Einstellungen, Haltungen und Ermutigungen ab.

Schließlich bedarf es auch noch der **Handlungssicherheit**, um wirklich tätig zu werden. Sie besteht aus Handlungskompetenz und dem Vertrauen, dass ein Verhalten rechtlich abgesichert, sozial erwünscht und förderlich ist und keine Sanktionen zur Folge hat. Die Handlungssicherheit fördert die Handlungsbereitschaft. Beide basieren weitgehend auf den subjektiven Einschätzungen und Erfahrungen der handelnden Personen (vgl. Grebe et al. 2016).

Auch eine gut arbeitende interne Beratungseinrichtung (vgl. Kapitel 5) kann weder die Rolle fürsorglich und verbindlich handelnder Führungskräfte aufwiegen, noch hat sie einen vergleichbaren Einwirkungsradius. Vorgesetzte halten regelmäßig Kontakt zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in ihrem Arbeitsumfeld. Wenn sie kompetent und sachgerecht handeln, haben sie gelernt, die Anzeichen für Schwierigkeiten und Gefährdungen frühzeitig zu erkennen und richtig zu deuten. Dann können sie aus einer Problemsituation heraus gezielt Impulse zur Veränderung setzen sowie betriebliche Hilfeangebote in Gang setzen.

Die Qualifizierung der Personalverantwortlichen und insbesondere der Führungskräfte ist deshalb ein Kernelement der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe ebenso wie die Handlungsanleitungen für Interventionen und Stufenverfahren oder die Leitfäden zur Gesprächsführung für Vorgesetzte. Bereits frühzeitig wurden hierfür Konzepte vorgelegt und Standards entwickelt (vgl. Liepmann et al. 1987, NABS 1999, Wienemann 2000, Wienemann/Müller 2005).

Erheblich verändert haben sich im Laufe der Zeit jedoch Inhalte und Ausrichtung der Schulungen: Das Hilfeangebot bei Suchterkrankung und ein Appell an die Wahrnehmung der Fürsorgepflicht standen anfangs im Vordergrund der Qualifizierung. Vermittelt wurde das Wissen über Verlauf und Symptome von Suchterkrankungen insbesondere der Alkoholabhängigkeit sowie über den Umgang mit alkoholkranken Beschäftigten. Bei Auffälligkeiten sollten diese über die Stufenplangespräche unter Anwendung des „konstruktiven Drucks“ zur Annahme des Hilfeangebots – bestehend aus Beratung und Therapie – bewegt werden. Dafür wurde ihnen betriebliche Unterstützung zugesichert.

Heute besteht die Aufgabe von Führungskräften darin, im Rahmen des gesetzlichen Präventionsauftrags Gefährdungen für das Leben und die physische und die psychische Gesundheit zu vermeiden und unterstützende Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit zu ergreifen. Die Ansatzpunkte für fürsorgliches Handeln liegen daher deutlich früher und sind auch breiter an-

gelegt. Zu vermeiden ist z.B. bereits, dass durch psychische Belastungen der Suchtmittel- und Medikamentengebrauch steigt oder Gefährdungen bei der Arbeit durch riskanten Konsum entstehen. Führungskräfte benötigen Kompetenzen, um frühe Anzeichen von entstehenden Problemen bewerten zu können und bei anhaltenden Veränderungen im Arbeits- und Leistungsverhalten Gespräche mit Beschäftigten zu führen, wobei sie als Lotse zu den Angeboten des Gesundheits- und Sozialwesens fungieren. Durch gezielte Interventionen bei Auffälligkeiten wie Fürsorge-, Klärungs- und Stufengespräche unter Einbeziehung des betrieblichen Unterstützersystems sollen Fehlentwicklungen frühzeitig unterbrochen und Lösungen auf den Weg gebracht werden.

Als Fazit lässt sich festhalten: Um die Handlungskompetenz der Führungskräfte in der Suchtprävention und Suchthilfe sicherzustellen, sind Informationen und Übungen zum Stufenverfahren und zur Hilfe bei Suchtgefährdung weiterhin ein zentraler Baustein. Ihren verbindlichen Fürsorgepflichten können die Vorgesetzten zudem nur gerecht werden, wenn sie in den Schulungen darüber hinaus mit dem rechtlichen Auftrag und den Ansätzen der Prävention sowie mit den Verfahrensweisen zum vorbeugenden Handeln vertraut gemacht werden.

Dazu gehört die obligatorische Wissensvermittlung über mögliche Gefährdungspotenziale am Arbeitsplatz durch riskanten Konsum von Suchtmitteln oder Medikamenten oder durch suchtbedingte Verhaltensweisen. Nach § 15 Satz 2 ArbSchG tragen die Führungskräfte eine besondere Verantwortung, weil von ihren Handlungen oder Unterlassungen auch weitere Beschäftigte betroffen sein können. Vorgesetzte haben unter anderem nach § 12 ArbSchG eine Unterweisungspflicht zu erfüllen. Sie müssen nach § 7 der DGUV Vorschrift 1 feststellen, ob Beschäftigte, die möglicherweise unter dem Einfluss von Suchtmitteln stehen, überhaupt geeignet sind, ihrer Arbeit nachzugehen ohne sich oder andere zu gefährden. Des Weiteren sind sie verpflichtet, auffällige Personen gegebenenfalls vom Arbeitsplatz zu entfernen und deren sichere Heimkehr zu organisieren.

Für die Entwicklung der erforderlichen Handlungskompetenzen und um die an sie gerichteten Erwartungen und Pflichten erfüllen zu können, sollten Führungskräfte im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms deshalb a) eine inhaltlich und zeitlich angemessene Schulungsmöglichkeit erhalten und b) konkrete Handlungshilfen und Leitfäden zur Verfügung gestellt bekommen sowie c) ein funktionierendes betriebliches Unterstützersystem (vgl. Kapitel 5) vorfinden. Es handelt sich um eine Investition in grundlegenden Kompetenzen zur gesundheitsorientierten Führung und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten.

4.1 Qualifizierung der Personalverantwortlichen



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku2>

„Rolle und Qualifizierung der Führungskräfte
[...]

Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben werden bedarfsorientiert Bildungsmaßnahmen für Führungskräfte und Praxisausbildungen angeboten. Diese sind zur Teilnahme verpflichtet, insbesondere um

- Auffälligkeiten am Arbeitsplatz zu erkennen und bewerten zu können,
- auf riskanten Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtes Verhalten angemessen reagieren zu können,
- Gespräche mit betroffenen Beschäftigten nach den Anlagen dieser Dienstvereinbarung zielorientiert führen zu können,
- das interne Hilfesystem und die externen Beratungsangebote kennen zu lernen und nutzen zu können.“

→ Versicherungsgewerbe, 050102/251/2011

Angesichts der von Führungskräften erwarteten Kompetenzen erstaunt es, wenn in den Vereinbarungen für Qualifizierungsangebote nur selten ein so klarer und verbindlicher Rahmen angegeben wird wie in der vorstehend zitierten Vereinbarung. Daher entstehen in der Praxis immer wieder Diskussionen und sind erneut Entscheidungen darüber notwendig, ob überhaupt Seminare durchgeführt werden können und welche Ressourcen dafür bereitstehen. Wenn ja, muss geklärt werden, ob die Schulungen in verpflichtender Form oder ausschließlich auf freiwilliger Basis angeboten werden. Das wird mehrfach in den Interviews als ein zäher und nicht immer erfolgreicher Prozess beschrieben:

„Einige Ansprechpersonen müssen da hartnäckig ihre Leitungen immer wieder darauf ansprechen [ein Seminar anzusetzen] und irgendwann tun sie es dann. Es gibt auch den Weg, dass die Dienst-

stellenleitung sagt, das ist wichtig. Aber das ist eher die Ausnahme.“
1-15-öV-ü10T-KO-BGM

Wird es den Personalverantwortlichen nicht ausdrücklich nahegelegt, an der Qualifizierung teilzunehmen, sondern bleibt es bei ihrer freiwilligen Teilnahme, ist oftmals nur durch begleitende Maßnahmen sicherzustellen, dass das Angebot auch tatsächlich angenommen wird. Die mangelnde Nachfrage bei freiwilligen Angeboten wird dann sogar häufig als Begründung dafür herangezogen, dass es in der Organisation keinen Bedarf für Schulungen gibt. Letztlich werden so aber Chancen vergeben, die Handlungskompetenz der Verantwortlichen zu steigern und die Effizienz bei der Umsetzung von Vereinbarungen zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe zu erhöhen.

4.1.1 Erfolgsfaktor Verbindliche Schulung der Vorgesetzten



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku2>

„Was ich als Schlüssel[-Faktor für eine erfolgreiche Umsetzung der BV/DV] [...] erlebe, ist die Schulung von Vorgesetzten [...]. Die Mehrheit der Schulungen ist verpflichtend. [...] Dort, wo systematisch Schulungen gemacht worden sind, da läuft es gut. Da werden Auffälligkeiten angesprochen [...] da funktioniert das auch mit den Stufengesprächen und auch, dass die [Ansprechpersonen] angesprochen werden.“ 1-14/15-öV-ü10T-KO-BGM

Auf die herausragende Bedeutung eines systematischen verbindlichen Schulungsangebots für die Umsetzung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe im konkreten Führungshandeln wird in den Interviews mehrfach hingewiesen:

„Führungskräfte-schulungen sind in den letzten Jahren flächendeckend für alle Bereiche durchgeführt worden. Für neue Führungs-

kräfte werden sie im laufenden Bildungsprogramm weiter fortgesetzt [...]. Das zweitägige verpflichtende Basisprogramm wird sehr gut angenommen und das Feedback ist durchweg positiv. Für die Teilnehmer ist das super, weil sie dadurch Handlungssicherheit bekommen.“ 12-2/1-VD-ü10T-BA

Die Qualifizierung der Führungskräfte wirkt sich weitreichend aus, unter anderem wenn es um die die Anwendung der Interventionsverfahren oder die Nutzung der Präventionsangebote geht. Darüber hinaus verändern sich oftmals Haltungen und Einsichten, was z.B. verstärkt zur Sensibilisierung für gesundheitsorientierte Führung sowie zur Akzeptanz des Präventionsprogramms führt, was dessen Verzahnung mit anderen betrieblichen Konzepten wiederum voranbringt:

„Die Führungskräfte werden geschult [...]. Interessanterweise fangen wir morgens um neun Uhr bei Sucht an. Und gegen zehn Uhr sind wir beim Thema Führung, Kultur und was macht die Organisation überhaupt? [...] Und das ist höchst spannend. Das Thema der Suchtprävention braucht – meiner Ansicht nach – Führungskräfte, die wahrnehmen und bewerten, um dann entsprechend zu handeln. [...] Also man startet eine Suchtprävention im Betrieb und du hast zugleich eine Personalentwicklung und eine Organisationsentwicklung.“ 7-8-VD-b3T-KO-BGM

Die folgende Formulierung in einer betrieblichen Vereinbarung geht auf einige der angesprochenen Faktoren ein und hebt außerdem die spezifische Vorbildrolle von Führungskräften heraus:

„Prävention, Information und Schulung
[...]

Führungskräfte sind Vorbild und prägen mit ihren Einstellungen und ihrem Verhalten wesentlich die Kultur des Umgangs mit Suchtmitteln am Arbeitsplatz. Damit Führungskräfte ihre Aufgaben in der Suchtprävention und im Umgang mit Suchtproblemen angemessen wahrnehmen können, sind sie zur Teilnahme an speziellen Schulungen verpflichtet, um

- riskanten Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtes Verhalten frühzeitig zu erkennen,

- entsprechende Auffälligkeiten zu bewerten,
- die Gesprächsführung mit betroffenen Personen nach dem Interventionsleitfaden zu erlernen.“

➔ Gesundheit und Soziales, 050102/245/2014

Verbindliche Veranstaltungen im Rahmen der Suchtprävention werden von vielen Vorgesetzten zunächst vielleicht als lästige Pflicht betrachtet. Das heißt aber nicht, dass sie deshalb wirkungslos sind:

„Es ist ein Erfolg, dass wir es schon zum zweiten Mal geschafft haben, Führungskräfte zu schulen. Es ist eine Pflichtveranstaltung, aber es ist ein Erfolg, dass aus dieser Pflichtveranstaltung alle ganz positiv rausgegangen sind.“ 9-7-KH-b1T-NA/BR

Die Teilnahme wird als sinnvoll erachtet, wenn ein Gewinn für das eigene Handeln erkennbar wird. Das erfolgt aber häufig erst im Schulungsprozess selbst und nicht bereits beim Lesen der Ankündigung. Am Beispiel des vorgestellten Modells lässt sich gut belegen, wieso sich der Nutzen erst mit dem Kompetenzgewinn im Laufe der Qualifizierung erschließt. Die Teilnehmenden würden die Inhalte „aufsaugen wie ein Schwamm“, beschreiben die im Seminar anwesenden Ansprechpersonen, weil es noch sehr viel Unsicherheit gebe, wie mit Auffälligkeiten umzugehen sei.

Wer sich also vorher mit dem Thema noch nicht eingehender befasst hat, reagiert auf eine Einladung zum „Suchtseminar“ vielfach mit zusätzlicher Verunsicherung. „So ein Problem gibt es bei uns gar nicht“, sei eine typische Äußerung zu Beginn eines Seminars, wird in einem Interview festgestellt. Am Anfang von verpflichtenden Seminaren gelte es, diese Widerstände zunächst zu überwinden. Die Erfahrung zeige, dass am Ende der zwei Tage die meisten der anfangs Ablehnenden einen anderen Standpunkt einnehmen würden.

Die Empfehlung zur Teilnahme an den Seminarangeboten durch jene Führungskräfte, die den Nutzen für sich bereits festgestellt haben, stellt eine gute Unterstützung für eine erfolgreiche Umsetzung betrieblicher Regelungen dar. Sie kann erstens andere Personalverantwortliche ermutigen teilzunehmen und zweitens eine Fortsetzung des Schulungsangebots erheblich erleichtern:

„Wir haben praktisch immer nur die Chefärzte, die Stationsleitung oder die Bereichsleitungen geschult. Und die haben fast alle gefragt:

„Und was ist mit meiner Vertretung?“ Das fanden wir sehr gut und haben das aufgenommen. Das weiß die Geschäftsführung auch schon und hat gesagt: „Ja, okay, machen wir.““ 9-14-KH-b1T-NA/BR

Je nach Führungskultur in den Betrieben werden Seminare zum Teil auch nach fachlichen Führungsbereichen (z.B. Ärzte, Pflege, Verwaltung) oder nach Führungsebenen (Hierarchiestufen) getrennt angeboten, um auf diesem Wege die Schwelle für die verbindliche Teilnahme zu senken:

„B1: Die werden in unterschiedlichen Gruppen geschult. Die Führungskräfte der Ärzte für sich und dann eben halt Führungskräfte aus dem Pflegebereich. Und auch für die ist das eine Pflichtveranstaltung.“

B2: Und ich finde, da können wir stolz sein, denn das haben wir beide erreicht, dass die kommen.“ 9-14-KH-b1T-NA/BR

Ein anderer Weg wird dort beschritten, wo die Seminare zur Suchtprävention und Suchthilfe in ein breiteres Qualifizierungskonzept für Führungskräfte eingebunden werden, was nicht nur zur Verbindlichkeit, sondern auch zur Attraktivität des Angebots beitragen kann.

Denn durch das Zusammenwirken mit anderen betrieblichen Bereichen wie etwa der Personalentwicklung oder dem Gesundheitsmanagement kann sowohl der Stellenwert gesteigert als auch der Zugang zu Ressourcen erleichtert werden:

„Die Seminare werden sehr positiv wahrgenommen [...]. Wir haben Pflichtenträgerschulungen und dazu gehört auch unser Suchtseminar, ein Zweitagesseminar. Dieses muss jeder Vorgesetzte absolvieren. Wir haben das gerade umstrukturiert und gehen jetzt auch in eine Klinik [...]. Das ist ein Riesen-Highlight für die Vorgesetzten, wenn sie in einer Suchtfachklinik mit Patienten sprechen können.“
14-3-FB-ü10T-SB/NA/NA

Ein verpflichtendes Schulungsangebot für Vorgesetzte, das in der BV/DV geregelt wird, sichert alleine auf Dauer die Teilnahme nicht. Wenn die Verbindlichkeit von der Leitung nicht ernsthaft und immer wieder erneut eingefordert wird und strukturell verankert wurde, verlieren auch Pflichtveranstaltungen in letzter Konsequenz ihre bindende Wirkung:

„Also wir haben relativ früh angefangen mit Qualifizierung [...]. Zum Glück stand damals schon in der ersten Fassung der DV von 1990, dass die Führungskräfte qualifiziert werden müssen. [...] Damals haben alle Führungskräfte der Verwaltung und der zentralen Einrichtungen eine Schulung durchlaufen. Wir haben das anschließend auf der Basis freiwilliger Schulung weitergeführt. Das ist danach immer weiter als Angebot gelaufen, aber dann natürlich nicht mehr so angenommen worden.“ 5-12-BE-b3T-SB

Da die spezifischen Seminare zur Suchtprävention und Suchthilfe auf freiwilliger Basis nicht mehr so nachgefragt wurden, entschied man sich im vorliegenden Fall dazu, innerhalb anderer Seminarangebote des Personal- und Gesundheitsmanagements entsprechende Bausteine zu integrieren:

„Wo ich mit dem Thema Suchtprävention noch dabei bin, sind die Seminare Gesundheitsorientierte Führung, die wir teilweise auch als Pflichtseminare durchgeführt haben. [...] Da ist der Umgang mit Suchtproblemen und psychischen Erkrankungen in einem Themenbereich mit aufgenommen worden.“ 5-30-BE-b3T-SB

Die Kombination mit weiteren Themen der Prävention, z.B. der Umgang mit psychisch belasteten oder auffälligen Beschäftigten, steigert manchmal sogar die Akzeptanz, sich verbindlich den Fragen zur Suchtprävention und Intervention zuzuwenden:

„Inzwischen bieten wir ein Zwei-Tages-Seminar für Führungskräfte an und kombinieren darin psychische Erkrankung und [das Thema Suchtprävention und -gefährdung]. Das bieten wir einmal im Jahr an. Das ist ein obligatorisches Seminar. Also das muss jede Führungskraft machen. Das ist jetzt nicht so ‚nice to have‘ [...]. Aber einer der Gründe, warum dieses Seminar so viel Zuspruch findet, ist das Thema, das heißt, weil wir es zu psychischen Erkrankungen machen.“ 8-17/43-VD-b3T-SB

In solchen Fällen, wo die BV/DV keine verpflichtenden Qualifizierungsmaßnahmen vorsieht, kommen gelegentlich taktische Varianten zum Einsatz, die für eine erhöhte Bereitschaft zur freiwilligen Teilnahme der Personalverantwortlichen sorgen. Dazu gehören z.B. die Einladung durch die Geschäftsführung, die Anwesenheit oder Vertretung der obersten Führungsebene oder zu-

mindest die durch einen ihrer Vertreter durchgeführte Begrüßung der Seminarteilnehmenden:

„Wirklich gute Erfahrungen gibt es damit, dass dienststellenintern organisierte Seminare von den jeweiligen Dienststellenleitungen als Pflichtveranstaltung deklariert werden. Oder aber die andere Variante [...], dass diese schriftlich einladen und selbst unterschreiben, nicht der Arbeitskreis oder die Ansprechperson für Suchtfragen. Das wird dann eigentlich schon als Ansage verstanden. Da braucht man schon eine sehr gute Entschuldigung, wenn man nicht hingeht. Oder wenn die Dienststellenleitung am Anfang [zur Begrüßung und Begründung des Seminars] ein paar Worte sagt, das funktioniert auch.“ 1-14-öV-ü10T-KO-BGM

In einigen Fällen wird der freiwillige Besuch der Seminare zur Suchtprävention über personalpolitische Varianten gesteuert, indem z. B. die Teilnahme an der Qualifizierung bei der Beurteilung der Führungskraft herangezogen wird oder in deren Zielvereinbarung einfließt oder die Übernahme einer Führungsfunktion daran gebunden ist, dass die einschlägigen Schulungen absolviert wurden.

Neben den beschriebenen Modellen guter Praxis wird jedoch an verschiedenen Stellen in den Interviews auch darauf hingewiesen, dass sich Personalverantwortliche trotz intensiven Werbens für eine Teilnahme oder sogar bei verpflichtenden Seminaren der Qualifizierung entziehen. Das betrifft nicht nur einzelne Führungskräfte, sondern auch ganze Berufsgruppen, denen in der Organisation ein besonderer Status zugeschrieben wird. Angesprochen werden Professoren, Führungskräfte aus dem ärztlichen Bereich, aber auch aus dem Personalmanagement. Es wird angenommen, dass sie seltener das Schulungsangebot wahrnehme – entweder, weil sie in ihrer Personalführungsrolle dafür keinen Bedarf sehen oder sich bereits als ausreichend kompetent einschätzen. Bestenfalls sind sie soweit informiert, dass sie spätestens bei anstehenden Interventionen im eigenen Umfeld auf die Kompetenzen der internen Beratungseinrichtungen zugreifen, um sich die notwendige Handlungssicherheit auf individuellem Wege im direkten Kontakt mit Beratungskräften oder Ansprechpersonen zu verschaffen (vgl. Kapitel 5.3.1):

„Professoren für Schulungen zu erreichen ist zum Beispiel schwierig. Die kommen einfach nicht zu unseren Angeboten, wenn sie nicht selber Druck haben [...]. Aber sie wissen schon, wo sie uns fin-

den [...]. Das ist nicht so, dass die uns ignorieren, nur so, dass sie die Angebote nicht wahrnehmen, es sei denn, es ist ganz konkret was in ihrem Bereich.“ 4-18-BE-b5T-SB/NA/NA

Tatsächlich fehlt aber oftmals die Sensibilisierung von Führungskräften, was sich einschränkend auf die Handlungsfähigkeit und -bereitschaft bei Auffälligkeiten in ihrem Mitarbeiterkreis auswirkt. Dadurch verbleiben vor allem die präventiv sinnvollen frühzeitigen Interventionen. Probleme werden so erst aufgegriffen, wenn der Druck schon für alle Beteiligten spürbar ist und Konflikte eskalieren.

4.1.2 Erfolgsfaktor Handlungssicherheit der Führungskräfte

„Wir haben auch obere Führungskräfte mit an Bord [...]. Da ist ein Stück Handlungssicherheit geschaffen worden [...].“ 3-60-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Die Kompetenzerweiterung durch Qualifizierung der Personalverantwortlichen alleine garantiert noch nicht, dass sie bereit sind, ihrem Auftrag innerhalb des Suchtpräventionsprogramms auch tatsächlich nachzukommen. Erst wenn sie durch die Leitung des Betriebes explizit zur Umsetzung der BV/DV ermutigt werden, entsteht in der Wahrnehmung vieler Führungskräfte die Handlungssicherheit, die sie motiviert, konkret tätig zu werden:

„Da haben wir über verschiedenste Seminare dieses Thema im Bereich Führung hineingetragen, thematisiert; auch Handlungsempfehlung an die Hand gegeben: ‚Wie kann ich mit dem Thema als Führungskraft umgehen?‘ Das machen viele gut. Bei einigen gibt es aber eben immer noch diese Hemmschwelle. [...] Das gilt nicht nur für das Thema Suchterkrankung, sondern überhaupt, wenn Führungskräfte das Gefühl haben, sie dringen in das Privatleben eines Beschäftigten ein, dass sie nicht so genau wissen: ‚Steht mir das überhaupt zu? Darf ich das? Und wenn ja, wie mache ich das?‘ Und da gibt es noch Verbesserungspotenziale, um mehr Sicherheit zu schaffen.“ 10-4-VB-ü10T-GPR

Von Seiten der Organisation empfiehlt es sich, Gelegenheiten zu schaffen, bei denen unmissverständlich die Position und daran gekoppelte Erwartun-

gen der Leitung, aber auch die rechtlichen Grundlagen zum suchtp Präventiven Handeln dargelegt werden.

Der angegebene Gewinn an Handlungssicherheit bei den beteiligten Führungskräften steigert immer zugleich die Gesundheitskompetenz im Betrieb – das heißt die Fähigkeit der Organisation, gesundheitsbezogene Aktivitäten und Gespräche gezielt einzusetzen, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten. Dadurch können Präventionsgespräche – nicht nur bei such- oder suchtmittelbedingten Auffälligkeiten – frühzeitiger angesetzt, betroffene Beschäftigte schneller zielgerichtet unterstützt und Interventionsprozesse in koordinierter Weise und damit stressfreier abgewickelt werden. Das sind wesentliche Aspekte, die bei der Evaluation des Nutzens von Suchtp Präventionsprogrammen berücksichtigt werden sollten und selbst bei einer erweiterten Kostenrechnung zu Buche schlagen können:

„Das bringt mich auf den Gedanken, dass vielleicht sogar ein Nutzen in der Handlungssicherheit der Führungskräfte gesehen werden könnte [...] durch diese Prozesse, die in einer Betriebsvereinbarung beschrieben und definiert werden [...]. Das kannst du gar nicht beziffern, wie viel Stress und Durcheinander dadurch erspart wird.“
3-60-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Der Förderung von Handlungsbereitschaft und Handlungssicherheit dient darüber hinaus ein spezieller Baustein in den Schulungen, der z. B. „Betriebsrunde“ oder „runder Tisch“ genannt wird. Er wird meist gegen Ende der Seminare angeboten. In dieser Einheit wird Vertretern und Vertreterinnen des Steuerungsgremiums und/oder des betrieblichen Unterstützersystems die Gelegenheit gegeben, ihre Aufgaben bzw. Angebote in der Suchtp Prävention und Suchthilfe vorzustellen sowie zu den Nachfragen der Teilnehmenden Stellung zu nehmen. Der Gewinn liegt vor allem darin, dass die betrieblichen Beratungs- und Unterstützungsangebote transparent gemacht werden können und für ihre aktive Nutzung geworben werden kann. Im gleichen Zuge lässt sich so ihre Attraktivität weiter steigern:

„In der Betriebsrunde sitzen die Betriebsärzte, der Sozialdienst, Suchtkrankenhelfer. Da geht es unter anderem um Nachfragen zum Thema Sucht, aber auch zu den Verantwortlichkeiten, und die Klärung der jeweiligen Rollen. Wenn möglich ist auch immer der Bereichsleiter oder ein Abteilungsleiter oder jemand, der hierarchisch möglichst hoch angesiedelt ist, dabei. Da legen wir Wert drauf, da-

mit die Teilnehmer wissen, es ist gewollt, dass sie möglichst frühzeitig tätig werden und sie haben dann auch die Unterstützung. Wir denken, dass die Bereitschaft, die Mitarbeiter präventiv anzusprechen, dadurch angeregt wird und steigt.“ 12/2-4-VD-ü10T-BA

Die Vorstellung der Angebote aus dem betrieblichen Unterstützersystem in den Betriebsrunden senkt nicht nur die Schwelle, diese den Mitarbeitenden zu empfehlen, sondern regt zugleich die Führungskräfte an, sie auch selbst wahrzunehmen. Es ermutigt sie schließlich zur Inanspruchnahme von Beratung und Begleitung, insbesondere in Verbindung mit den Interventionsverfahren:

„Es ist auch Thema in der Betriebsrunde, dass wir ansprechbar sind, dass wir auch den Führungskräften beratend zur Seite stehen. Und da stellen wir fest, da sind die auch immer dankbar für. Das größte Hemmnis, tätig zu werden, ist ja die Angst davor, „was trete ich los, wenn ich den Mitarbeiter jetzt anspreche?“ Deshalb ist es wichtig zu wissen, wo sie sich dazu Unterstützung holen können.“ 12/2-5-VD-ü10T-BA

Dabei können neben fachlichen Aspekten auch Erfahrungen mit der Kooperation sowie Reibungsverluste in den Verfahrensabläufen aufgegriffen und Missverständnisse geklärt werden:

„Da wird dann manchmal auch die Enttäuschung angesprochen, dass der Informationsfluss zwar von den Vorgesetzten zum Betriebsarzt läuft, aber aufgrund der Schweigepflicht keine Information an sie zurückfließt. Also Datenschutz und Schweigepflicht ist da auch immer ein Thema.“ 12/2-5-VD-ü10T-BA

Somit können die Fragen auch als Anregung für die Weiterentwicklung des Programms und vor allem der Handlungshilfen für die Personalverantwortlichen eingesetzt werden:

„Am Schluss ist jemand vom Projektteam gekommen und hat die noch offenen Fragen beantwortet, welche die Trainerinnen nicht beantworten konnten. Und da ging es dann meist noch einmal heißer [...]. „Warum haben wir denn kein absolutes Alkoholverbot?

Und was tun wir, wenn der Mitarbeiter den Heimtransport ablehnt? Solche Fragen [...], die dann wieder in diese FAQ-Liste eingemündet sind, wo sie transparent für alle zum Nachlesen bereitstehen.“ 3-13-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Um die Handlungssicherheit zu stärken, bietet ein Unternehmen den Führungskräften mit einem zeitlichen Abstand zu den verpflichtenden Basisschulungen ein weiteres sogenanntes Refresher-Seminar an: Es richtet sich jeweils gezielt an diejenigen Führungsebenen, die innerhalb eines Betriebes zusammenwirken müssen:

„Damit soll gewährleistet werden, dass alle sicher sein können, dass sie auf dem gleichen Stand sind und jeder am selben Strang zieht. Die Vorgesetzten brauchen die Sicherheit, dass sie Unterstützung bekommen, wenn sie tätig werden. Deshalb geht es in diesen Seminaren auch noch einmal um die Klärung der verschiedenen Rollen, damit jeder weiß, was er zu tun hat und was er von den anderen [Beteiligten] erwarten kann [...]. Und wir bemühen uns, dass auch immer einer von der obersten Führungsebene des Bereichs dabei ist. Wir denken, dass es den Führungskräften leichter fällt, frühzeitig einzugreifen, wenn sie wissen, das wird mitgetragen und ist so gewollt.“ 12/2-2-VD-ü10T-BA

4.1.3 Erfolgsfaktor Hoher Durchdringungsgrad geschulter Führungskräfte und innovative Qualifizierungskonzepte

„Was ich als Erfolg allem voranstellen möchte, ist das Schulungs- und Qualifizierungskonzept für unsere Führungskräfte. Wir haben es geschafft [...], eine hohe Durchdringungsquote zu erreichen [...] 80 Prozent aller Führungskräfte waren in der Infoveranstaltung und 40 Prozent in der Tagesschulung. Das ist ein Durchdringungsgrad, von dem sie hier sagen: ‚Das hatten wir noch nie hier am Standort.‘“ 3-10/60-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Ein Faktor für die erfolgreiche Umsetzung der BV/DV ist ein großer Durchdringungsgrad mit geschulten Führungskräften, die in der Lage sind, bei

Hinweisen auf mögliche Gefährdungen die empfohlenen Gesprächsfolgen und Interventionen einzusetzen und Beschäftigte mit weitergehendem Unterstützungsbedarf in die Angebote der Prävention und Hilfe zu vermitteln. Vorrangig geht es darum, die Gesundheit sowie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden zu erhalten. Ziel ist es also, die Handlungsbereitschaft der Vorgesetzten zu fördern. Was sich in überschaubaren Betriebsgrößen noch relativ einfach verwirklichen lässt, wird mittlerweile auch in Großbetrieben angestrebt: Ein möglichst großer Teil der Führungskräfte soll zur Suchtprävention und zur Intervention informiert und geschult werden.

Das ist alleine durch eine Verankerung verpflichtender Schulungen in den Vereinbarungen nicht zu erreichen. Es bedarf zudem immer wieder eines deutlichen Signals durch die höheren Hierarchieebenen, dass diese von den Führungskräften mit Personalverantwortung eine Qualifizierung zu den Themen Suchtprävention und Intervention bei Auffälligkeiten erwarten.

Offensichtlich können aber auch spezifische, teils innovative Informations- und Schulungskonzepte, die an die Prozesse in der Organisation und an ihre Kulturen angepasst werden, dazu beitragen, eine höhere Teilnahmebereitschaft zu erhalten. Im Folgenden werden einige Modelle und Impulse aus den Interviews, die in diese Richtung weisen, vorgestellt.

Das erste Beispiel zeigt, wie neben den Seminaren auch Führungsroutinen genutzt werden können, um durch gezielte Informationen für das Thema Suchtprävention und Suchthilfe zu sensibilisieren oder es aufzufrischen:

„Bei uns haben sie [systematische Führungskräfte Schulungen] stattgefunden, unter anderem im Rahmen der Monatsinfos, an denen alle Abteilungsleiter teilnehmen. Diese finden einmal im Monat statt und haben immer einen gewissen Themenschwerpunkt. Und dazu war das letzte Mal auch eine externe Referentin eingeladen. Sie hat dort den Vortrag zum Vorgehen nach der DV [zur Suchtprävention] gehalten und auch ein bisschen die Werbetrommel für die Ausbildung [der AfS] gerührt.“ 13-27-öV-b5H-NA/NA/NA

In den Interviews war eine Tendenz festzustellen, wonach längere Seminarangebote in den letzten Jahren eher verkürzt wurden (von drei auf zwei Tage bzw. von zwei Tagen auf einen Tag) oder ersetzt worden sind durch eine Kombination aus kürzeren Informationsveranstaltungen (zwei bis drei Stunden) und ergänzenden Intensiv- oder Gesprächsführungstrainings (von einem Tag bis eineinhalb Tagen), wie im zweiten Beispiel ausgeführt wird:

„Die Informationsveranstaltungen waren für zwei Stunden geplant, um a) [...] die Kernpunkte der BV vorzustellen mit Fokus auf den Interventionsprozess und b) im Anschluss noch Fragen zu sammeln, die dann in einer FAQ-Liste aufgenommen wurden, die auch lebt [...]. Die Informationsveranstaltung war begrenzt auf 50 Personen maximal und wurde immer von einem Tandem – einem Projektmitglied und einem Personalleiter – gefahren. Wir haben das hochkarätig besetzen wollen, um auch zu verdeutlichen, dass das Unternehmen hinter diesem Projekt steht und es mitträgt. Im Nachgang dazu gab es die Möglichkeit für ein eintägiges Intensivtraining zur Gesprächsführung mit suchtmittel- bzw. belastungsauffälligen Mitarbeitern. Dafür haben wir uns Fachexperten eingekauft vom [regionalen] Bildungswerk, die wir in einem Auswahlverfahren ausgesucht haben. Die Informationsveranstaltung war Voraussetzung zur Teilnahme an diesem Gesprächstraining. Das Training zur Gesprächsführung war auf 12 Personen begrenzt.“ 3-11-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

In dem hier beschriebenen Fallbeispiel ging die Entwicklung des Schulungskonzepts aber noch weiter. Da nicht alle Führungskräfte im ersten Informationsdurchlauf erreicht werden konnten – unter anderem bedingt durch die in großen Unternehmen üblichen Führungswechsel – wurde in jüngerer Zeit ein „Web-based Training“ zur Suchtprävention in den Regelschulungsbetrieb integriert. Dieses steht seither den Führungskräften neben der bereits erwähnten FAQ-Liste im Intranet zur Verfügung:

„B1: Es gibt ein Web-based Training für Führungskräfte, das eine halbe Stunde dauert, wo erst einmal sensibilisiert wird zum Thema. Da wird über die Konsumregel aufgeklärt, es gibt was zum Ablauf des Interventionsprozesses und am Schluss noch weiterführende Hilfen [...].

B2: Man baut mit diesem Web-based Training eine Brücke zu dem Intensivtraining [zur Gesprächsschulung] [...]. Da soll es dann in der Seminarbeschreibung schon drinstehen. [...] Und kurz bevor es losgeht, wollen wir von unserer Seite aus eine Mail mit dem Link losschicken mit der Bitte, dass sie daran teilnehmen sollen.“ 3-52-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Die verschiedenen Wege, die aufgezeigt wurden, um die Verbindlichkeit von Qualifizierungen zu steigern und die Erweiterung der Handlungskompetenzen der Führungskräfte auf breiter Basis sicherzustellen, dienen zum einen der Prävention und der Erfüllung der Fürsorgepflichten. Es geht den Betrieben aber nicht nur darum gesundheitliche Gefährdungen zu senken und die Schutzfaktoren zu erhöhen. Es geht immer auch um das Ziel, krankheitsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren und Störungen der Abläufe zu vermeiden. Mit dem Blick auf diesen Zweck, das wird in den Interviews angemerkt, ist es häufig leichter, die notwendigen Ressourcen für Seminare oder auch innovative Informations- und Schulungskonzepte auszuhandeln und bei Bedarf auch externe Fachleute einzubinden.

4.1.4 Erfolgsfaktor Schulung weiterer für die Prävention Zuständiger sowie in Interventionsprozesse Einbezogener



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku2>

„Wir haben jetzt die [Personalreferenten] in die Prozesse mit eingebunden. Dadurch können wir sie ganz anders mitnehmen, gerade wenn es Auffälligkeiten gibt [...]. Das gilt auch für die [Beschäftigtenvertretungen]. So ist es wesentlich transparenter; das wäre früher nie möglich gewesen. Wir binden sie mit ein in den Austausch und in die Schulung. Dafür haben wir extra ein Format geschaffen für den HR-Bereich [...].“ 7-7-VD-b5T-KO-BGM

In einigen Betrieben werden die spezifischen Qualifizierungsangebote zur Wahrnehmung der Präventions- und Interventionsaufgaben nicht auf die Führungskräfte beschränkt, sondern explizit auch für andere Funktionsträger und Fachkräfte angeboten. Das gilt insbesondere für solche, die a) aus ihrer beruflichen Rolle heraus in eingeschränktem Maße Personalverantwortung tragen wie z. B. Fachvorgesetzte, Personalreferenten, Gruppen-/Schichtleitungen, Be-

auftragte des Arbeitgebers, die b) als Interessenvertretung gegebenenfalls eingebunden sind wie z.B. Beschäftigtenvertretungen, Jugend- und Auszubildenden-, Schwerbehinderten- und Frauenvertretung oder die c) Zuständigkeiten im Gesundheits- und Arbeitsschutz oder in der Prävention wahrnehmen:

„Qualifizierung

Die Vorgesetzten in ihrer besonderen Rolle innerhalb des Interventionsprozesses, die Personalreferenten, wie auch die Mitglieder des Betriebsrats, der Schwerbehindertenvertretung, der [Jugend- und Auszubildendenvertretung] sowie die nebenamtlichen Helfer in Suchtfragen werden durch geeignete Schulungsangebote qualifiziert. Ziele hierbei sind die Sensibilisierung zum Erkennen von Auffälligkeiten, die Vermittlung der Inhalte der Betriebsvereinbarung sowie die Aufklärung im Zusammenhang mit riskantem Suchtmittelgebrauch.“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

Neben der Sicherstellung eines einheitlichen Kenntnisstandes über das Suchtpräventionsprogramm sowie die Verfahrensweisen bei Auffälligkeiten haben vor allem gemeinsame Seminare auch noch den Effekt, dass es unabhängig vom konkreten Einzelfall schon im Vorfeld von Interventionsverfahren zu einer Verständigung über die notwendigen Schritte und Haltungen kommt. Das begünstigt in der Regel auch die Entwicklung gegenseitigen Vertrauens, was für die Umsetzung der BV/DV und deren Akzeptanz von erheblicher Bedeutung sein kann.

Bei Verkehrsdienstleistern haben Qualifizierungen im Zusammenhang mit der Arbeits- und Verkehrssicherheit einen besonderen Stellenwert. In einer Vereinbarung wurde festgehalten, dass nicht nur die Führungskräfte, ihre Vertretungen und der Arbeitskreis Suchtprävention geschult werden sollen, sondern auch die Beschäftigten. Es besteht die Erwartung, dass auf diese Weise eine größere Aufmerksamkeit auf das Problem des riskanten Konsums gerichtet und die Bereitschaft zu Intervention verstärkt wird:

„Schulungen

[...]

Beschäftigte und Führungskräfte werden unter Nutzung des Seminarangebotes über Problemstellungen im Zusammenhang mit dem riskanten Konsum von Suchtmitteln aufgeklärt. Sie sollten anschlie-

ßend in der Lage sein, Anzeichen für einen riskanten Konsum von Suchtmitteln zu erkennen und das Thema inhaltlich vertreten.

Für Führungskräfte bis zur 4. Führungsebene und deren Vertretung und für die Mitglieder des ‚Arbeitskreises Suchtprävention‘ ist die Teilnahme an diesen Schulungen obligatorisch. Die 5. Führungsebene mit Personalverantwortung nimmt ebenfalls obligatorisch teil, ohne Personalverantwortung optional [...].

Die Teilnahme von Mitgliedern der Arbeitnehmervvertretungen an den Schulungen ist ausdrücklich erwünscht.“

→ Landverkehr, 050102/234/2014

Zur Erfüllung der Pflichten aus dem Arbeitsschutz wurden in einem anderen Verkehrsunternehmen die Schulungsangebote auf spezifische Funktionsgruppen ausgeweitet:

„Wir führen auch ein Seminarangebot für Aufsichtsbedienstete – so heißen die hier – durch. Das sind Leute, die offiziell keine Führungskräfte sind, aber so was wie [Führungsaufgaben wahrnehmen] [...] und fast ausschließlich fahrdienstnah arbeiten. [...] Das kam als Bedürfnis von Führungskräften aus dem Fahrdienst. [...] Das Problem im Fahrdienst ist ja, dass eine Führungskraft manchmal tage- und wochenlang seine Mitarbeiter nicht sieht. Oder – wenn überhaupt – höchstens beim Herein- und Rausgehen. Die holen irgendwo ihren Zettel und dann geht es los [...]. Und da stellt sich eben die Frage: Wo fallen die denn vielleicht auf? Oder wer sieht sie öfter? Und das sind die sogenannten Aufsichtsbediensteten.“ 8-18-VD-b3T-SB

Die Aufsichtsbediensteten ebenso wie die Hofdienste lernen Auffälligkeiten, die in Verbindung mit Suchtmittelgebrauch stehen können, beim fahrzeugführenden Personal anzusprechen und die zuständigen Vorgesetzten auf mögliche Gefahren hinzuweisen:

„Wir machen diese Schulung auch zum Beispiel für Hofdienste. Das sind Leute, die rund um die Uhr auf einem Betriebshof sind, wo die Fahrer hinkommen und wo die Bahnen und Busse losfahren. Die Fahrer haben dort auch ihre Fächer. Die Hofdienste übergeben den Fahrern zum Beispiel persönlich etwas: ‚Hier ist Ihre Fahrplankarte‘

oder ‚Hier ist das und das‘, so dass sie die immer sehen. Und die riechen womöglich eine Fahne. Oder die bemerken, wenn jemand schlichtweg auffällig ist. [...] Und wir schulen die in dem Sinne, dass sie das weitergeben, wenn ihnen was auffällt – übrigens auch im Hinblick auf psychische Erkrankungen. So, dass die einen gewissen Kenntnisstand dazu haben und das nicht unter dem Teppich halten. Sie sollen mit den Kollegen auf gleicher Stufe darüber reden und sagen: ‚Jetzt gehen wir aber mal zum Chef oder zum Gruppenleiter.‘“ 8-18-VD-b3T-SB

An dieser Stelle werden die Pflichten der Arbeitnehmer nach § 16 ArbSchG mit den Pflichten des Arbeitgebers aus § 7 DGUV Vorschrift 1 präventionswirksam verbunden, um bei Auffälligkeiten durch eine möglichst frühzeitige Intervention der zuständigen Führungskraft die Sicherheit zu gewährleisten.

4.2 Leitfäden für Gespräche und Interventionen



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku2>

„Erhebliche Bedeutung für den Erfolg hat auf jeden Fall der Sucht-interventionsplan. Im Grunde genommen ist es die darin enthaltene Verpflichtung für die Führungskräfte: ‚Wir haben ein bestimmtes Verfahren, das angewendet werden muss!‘ Von daher finde ich es sehr wichtig, diese Struktur [für Interventionen] zur Verfügung zu stellen. Ich finde es auch richtig, dass diese Struktur geöffnet oder erweitert worden ist durch die Fürsorge- und Klärungsgespräche, um einen frühen Einstieg zu ermöglichen.“ 5-26-BE-b3T-SB

Das Konzept der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe bezieht seine Stärke im Wesentlichen aus den Handlungsanleitungen zur Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die speziell für den Einsatz im Betrieb ent-

wickelt worden sind. Die gestuften Gespräche sollten sicherstellen, dass bei Auffälligkeiten frühzeitig interveniert und Hilfe zur Lösung von Suchtproblemen verbindlich angeboten wird. Um die Interventionskette herum sind erst die Alkohol- und später die Suchtpräventionsprogramme entstanden und ausgebaut worden (vgl. Wienemann 2000).

Die Handlungsanleitungen gehören ohne jeden Zweifel zu den zentralen Erfolgsfaktoren der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. Ähnlich wie die Steuerungsstrukturen wurden auch sie übertragen in andere Bereiche des betrieblichen Gesundheitsmanagements (z. B. Arbeitskreis Gesundheit), der Prävention (z. B. Gespräche bei psychischen Auffälligkeiten) und der Personalarbeit (z. B. Fehlzeitengespräche). Die nicht nur formalen, sondern fachlich angereicherten Leitfäden für Gespräche und Interventionen haben geradezu programmatischen Charakter. Über ihre Anwendung wurde das Wissen, dass Alkoholismus eine Krankheit ist und dass durch die Kombination von konsequentem Verhalten und Hilfeangeboten ein Weg aus der Abhängigkeit gewiesen wird, zunächst in den Betrieb hineingetragen und über die Beschäftigten in andere gesellschaftliche Bereiche. Auch, dass Suchtgefährdungen durch verantwortlichen Konsum oder Veränderung suchgefährdenden Verhaltens vermieden werden können, prägt sich vielen Erwachsenen vor allem durch betriebliche Informationen und Regelungen ein.

Die Gesprächs- und Interventionsleitfäden sind – zumeist erläuternde – Handlungsanleitungen für Personalverantwortliche und andere Gesprächsführende bei Auffälligkeiten von Beschäftigten. Sie ordnen sich folgendermaßen zueinander (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7

Übersicht über die Handlungsanleitungen zur Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb

Handlungsanleitungen zur Suchtprävention und Suchthilfe

Gesprächsleitfäden		Interventionsleitfäden	
Leitfaden Fürsorgegespräch	Leitfaden Klärungsgespräch	Leitfaden Stufenplangespräche bei sucht(mittel)bedingter Auffälligkeit	Leitfaden Ansprache und Vorgehen bei akuter Beeinflussung durch Suchtmittel
Präventivgespräch, gesunde Führung	Absprachen zur Verhaltensänderung	Interventionskette, gestuftes Verfahren	Arbeitssicherheit, fehlende Eignung

Quelle: eigene Darstellung nach Standards der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der DHS (2011)

Als Bestandteil einer BV/DV legen die Leitfäden rechtliche sowie qualitative Standards im Umgang mit betroffenen Beschäftigten fest. Sie tragen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz bei, indem sie einen verbindlichen Handlungskodex im Betrieb verankern, an dem sich persönliches Führungshandeln ausrichten kann. Auf diese Weise wirken die Handlungsanleitungen zur Suchtprävention und Suchthilfe tief in betriebliche Führungskulturen hinein. Die Leitfäden schaffen Handlungssicherheit und fördern bei den Personalverantwortlichen die Bereitschaft, Haltungen zu verändern, Verantwortung zu übernehmen und schließlich Gespräche zu führen und zu intervenieren, wenn es darum geht Sicherheitsrisiken zu vermeiden und Suchtgefährdungen abzuwenden.

Der Stufenplan als Interventionsleitfaden ist das bekannteste Element der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe:

„Ansprache von Auffälligkeiten am Arbeitsplatz und Interventionsverfahren

[...]

Bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz ist gemäß diesem Interventionsleitfaden vorzugehen. Ziel des Interventionsverfahrens ist es, die betroffenen Beschäftigten in einer abgestuften Vorgehensweise zu motivieren, ihr Verhalten zu ändern, um damit ihre Arbeitsfähigkeit sowie ihren Arbeitsplatz zu erhalten. Dabei hat sich die Anwendung und Abfolge des Interventionsleitfadens am konkreten Einzelfall auszurichten, um den Betroffenen hinreichend Zeit und Möglichkeiten zu geben, die erforderlichen Verhaltensänderungen herbeizuführen.“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

Schon bei der Entwicklung des Stufenverfahrens für Interventionen bei alkohol- und suchtbefragten Problemen am Arbeitsplatz wurden zwei Ziele gleichzeitig verfolgt (vgl. Wienemann 2000).

Erstens sollten Beschäftigte, die bei der Arbeit auffällig geworden waren, die Chance bekommen, in einem überschaubaren Zeitraum ihren riskanten oder schädigenden Konsum aufzugeben, ehe weiterreichende betriebliche Sanktionen wie etwa die Kündigung ergriffen wurden. Die Stufengespräche mit der konstruktiven Kombination aus Hilfeangeboten und disziplinarischen Konsequenzen bei Auffälligkeiten erwiesen sich als wirksames Instrument, um einerseits die Betroffenen dazu zu motivieren, ihr gefährdendes

Verhalten aufzugeben und dafür gegebenenfalls Beratung und Therapie in Anspruch zu nehmen. Andererseits verpflichtete sich die betriebliche Seite, ihre Personalverantwortlichen zu fürsorglichem und zugleich konsequentem Handeln zu bewegen.

Die Leitfäden zur Intervention bei Suchtgefährdung oder suchtmittelbedingten Auffälligkeiten haben vielfach Modell gestanden bei der Entwicklung von Handlungsleitfäden für andere betriebliche Problembereiche. Sie finden in modifizierter Form unter anderem Anwendung bei weiteren gesundheitlichen, insbesondere psychischen Auffälligkeiten am Arbeitsplatz. Dabei ist zu bedenken, dass die Leitfäden der Suchtpräventionsprogramme vor dem Hintergrund der spezifischen Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen abgefasst wurden. Mit zunehmender Intensität und Dauer des Suchtmittelkonsums oder eines exzessiven Verhaltens droht die Fähigkeit, den Konsum oder das Verhalten bewusst zu steuern, verloren zu gehen. Die Interventionen sollen betroffene Beschäftigte veranlassen, frühzeitig umzusteuern und das beanstandete Verhalten abzustellen. Wem das aus eigener Kraft nicht mehr möglich ist, weil sich bereits eine Abhängigkeit oder Sucht entwickelt hat, bekommt im Verlauf des Stufenplans wiederholt Unterstützung zugesichert, um sich in Beratung und Therapie zu begeben und damit die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Auf andere Erkrankungen und Gefährdungen lässt sich diese Vorgehensweise jedoch nicht einfach übertragen. Eine unkritische Übernahme insbesondere der Stufenkonzepte ist deshalb bedenklich.

Zweitens war es den Experten wichtig, eine Verfahrensweise zu entwickeln, mit der sucht(mittel)bedingte Gefährdungen durch Personalverantwortliche angesprochen werden könnten, sobald sie durch Auffälligkeiten am Arbeitsplatz sichtbar geworden sind oder zumindest angenommen werden können. Für diese Interventionen wurde eine verbindliche transparente Stufenfolge entwickelt mit sehr konkreten Anleitungen, die von geschulten betrieblichen Laien im Alltag konsequent angewandt und nachhaltig verfolgt werden kann. Zugleich musste sie flexibel genug angelegt sein, um auf die individuellen Gefährdungssituationen Betroffener sowie stoff- oder verhaltensbezogener Suchtdynamiken angemessen reagieren zu können.

In Deutschland werden Stufenpläne zur Prävention und Hilfe bei alkohol- und später suchtbedingten Auffälligkeiten am Arbeitsplatz seit den 1970er-Jahren eingesetzt. Die an sich für ein frühes Eingreifen entwickelte Gesprächsfolge des Stufenplans zeigte im Praxiseinsatz einen entscheidenden Makel: Das Instrument wurde häufig erst sehr spät, oft erst bei weit fortgeschrittenen Suchtproblemen angewandt. In vielen Vereinbarungen wurden

Führungskräfte zwar aufgefordert frühzeitig, aber eben erst „bei Anzeichen für eine Suchterkrankung“ tätig zu werden. Frühe Auffälligkeiten und deutliche Verhaltensänderungen ohne konkrete Abhängigkeitssymptomatik blieben deshalb häufig unberücksichtigt. Sie wurden vielfach als nicht ausreichend angesehen, um Interventionen im Hinblick auf eine Suchtgefährdung oder Suchterkrankung zu legitimieren.

Außerdem scheuten viele Vorgesetzte den Einstieg in den Stufenplan, weil dieser vor allem als Instrument zur Disziplinierung betrachtet und weniger als konsequentes Hilfeangebot begriffen wurde – obwohl er am Anfang ein Vier-Augen-Gespräch vorsieht, das einen Impuls zur Verhaltensänderung setzen soll, bevor Sanktionen folgen. Andere Vorgesetzte starteten zwar mit dem Vier-Augen-Gespräch in der ersten Stufe, wiederholten es sogar, unterließen es aber, konsequent die weiteren Stufen einzuleiten, sofern keine positive Veränderung eintrat und keines der Hilfeangebote wahrgenommen wurde.

In den 1990er-Jahren rückte der Präventionsgedanke in den Vordergrund und die Sensibilität für Gefährdungen der Sicherheit und Gesundheit durch Suchtmittel und suchtbedingte Verhaltensweisen stieg. In den betrieblichen Netzwerken und Fachkreisen diskutierte man über die Fragen: Wie könnte das bestehende Instrument des Stufenplans weiterentwickelt werden, um damit das Ziel der frühen Intervention zu erreichen? Welche weiteren Handlungsanleitungen für die Praxis wären in die BV/DV einzubringen?

So entstand als Ergänzung zum Stufenverfahren eine Handlungsanleitung für Interventionen bei akuter Gefährdung der Arbeitssicherheit durch Gebrauch von Alkohol, anderen Drogen oder Medikamenten in Verbindung mit den „Allgemeinen Vorschriften zur Prävention“ im Arbeitsschutz (heute §§ 7/15 DGVV Vorschrift 1). Sie sieht die verbindliche Intervention bei akuter Gefährdung der Arbeitssicherheit vor.

Es folgte die Einführung von Leitfäden zu Fürsorge- und Klärungsgesprächen über die Standards zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe (vgl. DHS 2011). Diese ermöglichen frühzeitige Gespräche und Interventionen bei oft noch unspezifischen Anzeichen für Gefährdungen der physischen und psychischen Gesundheit. Damit können heute leichter Auffälligkeiten angesprochen werden, die möglicherweise in Verbindung mit Medikamentengebrauch, suchtbedingten Verhaltensweisen aber auch mit psychischen Belastungen zu sehen sind:

„Wir haben festgestellt, dass die Seminare langsam fruchten. [...] Es gibt natürlich immer noch die Vorgesetzten, die auf eine Alkoholfahne warten, aber es gibt mittlerweile auch Führungskräfte, die

frühzeitiger einschreiten. Gerade auch mit dem Verdacht, „da ist doch irgendwas oder sind es vielleicht Medikamente?“ Wir stellen also fest, dass Mitarbeiter früher angesprochen werden als vorher. Damals haben die Führungskräfte ja wirklich immer diese Extremfälle gehabt. Da sind sie schon deutlich sensibler geworden.“

14-18-FB-ü10T-SB/NA/NA

4.2.1 Erfolgsfaktor Frühzeitige Gespräche und Interventionen bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku2>

„Ich halte es [das Gesprächskonzept mit Fürsorge-, Klärungs- und Stufengesprächen] für ein sehr sinnvolles Instrument [...]. Ich glaube, es nimmt Führungskräften und auch anderen Kolleginnen, Kollegen, die jetzt nicht akut betroffen sind, die aber etwas wahrnehmen, die Hemmschwelle, bestimmte Dinge anzusprechen, weil eben nicht sofort die Gefahr besteht, dass es arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich zieht. Es bleibt erst mal in einem Rahmen, wo ich thematisieren kann: ‚Mir ist was aufgefallen, lass uns mal drüber reden.‘ Und deswegen wird es genutzt.“ 10-12-VB-ü10T-GPR

Mit Fürsorge- und Klärungsgesprächen wurden zwei neue eigenständige Elemente in die Handlungsanleitungen aufgenommen. Dadurch sollen wahrgenommene oder sich abzeichnende Probleme frühzeitig angesprochen werden, um zu vermeiden, dass sie sich verfestigen oder in verstärktem Maße Medikamente und Suchtmittel zu ihrer Bewältigung eingesetzt werden:

„Ansprache von Auffälligkeiten am Arbeitsplatz – frühzeitige Intervention

In Umsetzung der gesundheitsorientierten Führung sind Auffälligkeiten am Arbeitsplatz frühzeitig anzusprechen.

[...]

(1) Fürsorgegespräch

Zeigt eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter ein Verhalten, das persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme vermuten und bei Fortsetzung die Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten erwarten lässt, führt die unmittelbare Führungskraft ein vertrauliches Gespräch mit dem oder der betroffenen Beschäftigten. Eine tatsächliche oder auch nur vermutete Suchtgefährdung oder Suchterkrankung ist keine Voraussetzung für das Fürsorgegespräch. In dem Fürsorgegespräch wird dem/der betroffenen Beschäftigten das auffällige Verhalten aufgezeigt, es wird Fürsorge zum Ausdruck gebracht und Unterstützung angeboten. Das Fürsorgegespräch wird nicht dokumentiert.

(2) Klärungsgespräch

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten, die nicht oder nicht eindeutig im Zusammenhang mit einem Suchtmittelkonsum oder Suchtverhalten gesehen werden, führt die unmittelbare Führungskraft das Klärungsgespräch. In dem Klärungsgespräch wird ein Feedback zu den Auffälligkeiten gegeben, die Erwartungen an das künftige Verhalten werden benannt, konkrete Veränderungsschritte werden vereinbart und Beratungs- und Unterstützungsangebote werden aufgezeigt. Ein Rückmeldetermin über die weitere Entwicklung in etwa sechs bis acht Wochen wird festgelegt (Rückmeldegespräch). Sofern die betroffene Person den Pflichten aus ihrem Arbeitsvertrag wieder nachkommt, wird ihr im Rückmeldegespräch eine positive Rückmeldung gegeben.“

➔ Versicherungsgewerbe, 050102/251/2011

Fürsorge- und Klärungsgespräche sind nicht unmittelbar mit den Stufengesprächen verbunden, können diesen aber vorausgehen oder in anderer Weise mit ihnen verknüpft sein, wie der folgende Ausschnitt aus einem Leitfaden zum Interventionsverfahren für Führungskräfte deutlich macht:

„Fürsorgegespräch

Das Fürsorgegespräch ist ein vertrauensvolles Vieraugengespräch zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter, das ausschließlich der

Fürsorge dient und somit keinerlei arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich zieht. Es hat zum Ziel, wahrgenommene Veränderungen im Arbeits- und Leistungsverhalten des Mitarbeiters – die in Verbindung mit gesundheitlichen oder sozialen Problemen der Person gesehen werden – anzusprechen und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Auch zunehmende Beschwerden aus dem Arbeitsumfeld können zu einem Fürsorgegespräch führen. Wird vermutet, dass die Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Substanzkonsum bzw. suchtbedingten Verhaltensweisen stehen, ist der Stufenplan in Form einer Mitarbeiterbroschüre auszuhändigen, mit dem Hinweis auf mögliche Konsequenzen bei Gefährdung der Arbeitssicherheit und/oder weiterer Verletzung arbeitsvertraglicher Pflichten. Ein Rückmeldegespräch ist konkret zu vereinbaren mit dem Ziel dem Mitarbeiter ein Feedback über positive Veränderungen zu geben und ihm Verbindlichkeit zu verdeutlichen.

➔ Maschinenbau, 050102/250/2016

Fürsorge und Klärungsgespräche wurden in einer Reihe der neueren betrieblichen Vereinbarungen – zum Teil auch unter anderen Bezeichnungen wie Orientierungsgespräch oder Präventivgespräch – aufgenommen. Sie werden in einigen Betrieben auch im Umgang mit psychisch belasteten oder kranken Beschäftigten und in Verbindung mit dem Verfahren zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) eingesetzt. Auch in solchen Zusammenhängen können sie manchmal suchtpreventive Wirkung erzeugen:

„Die Verfahren, die wir haben, die sind alle miteinander verbunden. Wir haben [...] sehr viele Arbeitsunfähigkeitsfälle und die sind dann im BEM-Verfahren [...], wo wir in einem fürsorglichen Gespräch schon die Gelegenheit bekommen nachzufragen: ‚Wie können wir unterstützend tätig werden?‘ Andererseits wird mit den Problembereichen, die im BEM-Verfahren zur Sprache kommen, oft erst sichtbar, was sonst noch an Problemen anliegt. Da sind Suchtfälle dabei und da sind die anderen psychischen Erkrankungen dabei. Und da überlegt man also: Wie geht man damit um?“ 5-27-BE-b3T-SB

Fürsorge- und Klärungsgespräche werden dort, wo sie zum Einsatz kommen, von Seiten der Führungskräfte geschätzt und nach Aussagen der Interviewbeteiligten oft als Gesprächseinstieg gewählt:

„B1: Ich kann das nur bestätigen. Es gibt Menschen, die sich aufgrund eines Fürsorgegesprächs mit uns [den Suchtbeauftragten] in Verbindung setzen. Die Führungskraft hat etwas angesprochen. Dadurch ergab sich eine Öffnungsphase, in der der Mitarbeiter fragte: ‚Kannst du mir Hilfe besorgen?‘

B2: Da muss man [als Vorgesetzter] noch nicht offiziell werden. Das ist halt der Charme an dem Fürsorgegespräch. Also es gibt da oftmals schon klare Indizien für ein erstes Stufengespräch. Aber dann ist es halt nur ein Fürsorgegespräch geworden. Aber oftmals reicht es dann echt aus.“ 3-43-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Trotz der positiven Erfahrungen mit diesem ergänzenden Gesprächsangebot setzen sie sich in den betrieblichen Programmen erst allmählich durch. Ohne eine explizite Regelung zum Einsatz frühzeitiger Präventions- und Interventionsgespräche in der BV/DV ist es selbst heute oft noch schwierig, die Personalverantwortlichen vom Nutzen frühzeitiger Interventionen zu überzeugen:

„Im Fahrdienst ist es so, dass wir den Führungskräften sagen: ‚Wenn der sich überhaupt verändert, wenn vielleicht seine Dienstkleidung schmutziger aussieht oder der auf einer Privatfeier oder einer Betriebsfeier viel trinkt und man noch ein paar andere Auffälligkeiten damit in Verbindung bringen kann, dann sollte man jemanden mindestens wegen der Möglichkeit des riskanten Konsums ansprechen.‘ Das fällt den Leuten trotzdem schwer. Die finden, das ist ein Eingriff in die Privatsphäre. Uns geht es aber darum, das vorher abzufangen, damit das nicht auf Stufe 3 [des Stufenverfahrens] landet.“ 8-10-VD-b5T-SB

Es ist also weiterhin notwendig im betrieblichen Zusammenhang immer wieder hervorzuheben, dass frühzeitige Interventionen für die betroffenen Beschäftigten wirklich eine Hilfestellung sind. Ob die zuständige Führungskraft sich für ein präventives Fürsorge- oder Klärungsgespräch entscheidet oder ein Gespräch der ersten Stufe des Stufenplans wählt, ist von der Situation abhängig, aber für die Wirkung nicht unbedingt entscheidend. Wichtig ist es, dass sie den Kontakt überhaupt aufnimmt, ihre Wahrnehmungen anspricht und im Sinne einer Lotsenfunktion auf die Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb des Betriebs bzw. auf die außerbetrieblichen Hilfeangebote verweist.

Für riskant konsumierende oder potenziell suchtgefährdete Beschäftigte sind solche frühen Interventionen eher ein Glücksfall, als ein Risiko oder gar eine Strafe. Denn solange sie ihr Verhalten noch selbstständig umsteuern können, sind sie auch in der Lage, weiteren Gefährdungen und Beeinträchtigungen aus dem Wege zu gehen und sich dafür Beratung zu holen:

„Und so ein Fürsorgegespräch hat dann auch schon mal am Telefon stattgefunden indem Vorgesetzte ihren Mitarbeiter angerufen haben. ‚Wie geht es dir denn?‘ Und dabei haben sie schon angesprochen: ‚Sag mal, ich habe echt ein komisches Gefühl.‘ Mir fallen jetzt spontan [...] Fälle aus den letzten zwei Monaten ein, wo das funktioniert hat, dass die Mitarbeiter sich dann Hilfe geholt haben [...].“
3-53-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Erst recht sind diejenigen, die ihren Konsum oder ihr Verhalten abhängigkeitsbedingt nicht mehr ohne weiteres willentlich steuern können, auf fachgerechte Hilfe angewiesen. Durch Ansprache und frühe Interventionen bei Auffälligkeiten haben sie die Chance, mit Unterstützung des Betriebes – wenn nötig – Beratung, Behandlung und Therapie aufzunehmen, ehe längere krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeiten anfallen oder der Arbeitsplatz durch fortgesetzte Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten gefährdet ist:

„Ob sich da was verändert hat? Ja. Es wird frühzeitiger angesprochen [...]. Dadurch, dass Beschäftigte früher angesprochen werden, wenn sie auffällig geworden sind, müssen wir wirklich nicht immer bis zur tiefsten Stufe der gestuften Vorgehensweise gehen. Also das ist wirklich eine Hilfestellung, wenn die Vorgesetzten frühzeitig intervenieren.“ 14-21-FB-ü10T-SB/NA/NA

Im Interventionskonzept ist vorgesehen, dass Fürsorge- und Klärungsgespräche vor allem dann gewählt werden, wenn noch nicht oder nicht eindeutig ein Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder zu suchtbedingtem Verhalten hergestellt werden kann. Sofern letzteres der Fall ist, wird mit dem Gespräch der ersten Stufe des Stufenverfahrens eingestiegen. Dies hat ebenfalls vorrangig fürsorglichen und präventiven Charakter. Es findet zwischen der Führungskraft und dem/der Beschäftigten statt und hat zum Ziel, die wahrgenommenen Auffälligkeiten nicht nur zu benennen, sondern darüber hinaus auch den (vermuteten) Bezug zu einem riskanten Verhalten bzw. Sucht-

mittel- und/oder Medikamentengebrauch herzustellen. Außerdem wird die angesprochene Person über das weitere Vorgehen im Stufenverfahren aufgeklärt, sofern die Auffälligkeiten fortbestehen oder erneut auftreten. Fürsorge- und Klärungsgespräche können und sollen dieses erste Stufengespräch sowie die weiteren Gespräche im Stufenverfahren mit ihrer nachdrücklichen Wirkung gerade bei fortgeschrittenen Suchtproblemen in keinem Fall ersetzen:

„Aber es ist leider immer noch so, dass in der früheren Phase Fürsorge- und Klärungsgespräche und die Erstgespräche geführt werden, aber dann die folgenden Gespräche teilweise nicht weitergeführt werden.“ 5-26-BE-b3T-SB

Das Instrument der gestuften Intervention verliert aber seine motivierende Wirkung zur Veränderung, sobald eine Fortsetzung des Verfahrens nach frühzeitigen Interventionen von den Personalverantwortlichen vermieden wird:

„Es ist halt ärgerlich, wenn man im Evaluationsgespräch mitbekommt, es wurden drei, vier Fürsorgegespräche geführt und dann kommt die Frage, ja, wann können wir den denn jetzt rausschmeißen? Wenn also dann nicht die Konsequenz gezogen wird in ein Stufengespräch zu gehen.“ 3-44-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Es gibt aber immer häufiger auch Vorgesetzte, die bei Auffälligkeiten konsequent frühzeitig das Gespräch suchen und damit ein Beispiel geben, wie mit Unterstützung der internen Beratung und/oder der AfS wichtige Impulse für Verhaltensänderungen gesetzt werden können:

„Es gibt immer wieder gute Beispiele [...]. Wenn die Führungskraft straight genug ist, den Prozess ohne Hilfe oder Unterstützung der Personalabteilung durchzuziehen, dann läuft das meist gut. Nicht immer hundertprozentig, aber wesentlich besser als an anderen Stellen. Da kommt dann auch mal eine Mail oder ein Anruf: ‚Wie mache ich das denn jetzt?‘ Da wird der Rat gesucht, das ist okay, aber dann gehen die den Weg. Und dann kommt da der Mitarbeiter zu uns [in die Beratung] und sagt, er braucht jetzt Hilfe. Da sind oft gar keine weiteren Interventionsschritte mehr notwendig.“ 3-17-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

4.2.2 Erfolgsfaktor Regelung des Vorgehens bei akuter Beeinträchtigung der Arbeitssicherheit



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku2>

„Natürlich verhalten sich die Menschen nicht immer alle so, wie wir uns das vorstellen. Und deshalb versuchen wir, gerade mit diesem Ablaufplan sehr konsequent zu sein [...]. Wenn der Mitarbeiter angetrunken ist [...], wird nur festgestellt: ‚Sie können nicht mehr arbeiten, Sie werden jetzt nach Hause gebracht.‘ Und dann wird in der Regel am nächsten Tag – also zeitnah – ein Gespräch geführt. Und teilweise ist es dann tatsächlich auch die Stufe 1 der gestuften Vorgehensweise.“ 14-23-FB-ü10T-SB/NA/NA

Mit der Einführung der Verfahrensregel zum Vorgehen bei akuter Beeinflussung durch Alkohol, illegale Drogen und andere die Wahrnehmung und Reaktion verändernde Mittel wurde in der betrieblichen Suchtprävention ein neuer Weg beschritten. Die Interventionen nach dem Stufenverfahren wurden bis dahin in erster Linie bei Hinweisen auf Suchtgefährdung oder Suchterkrankung eingeleitet. Nunmehr begründeten auch Verstöße gegen die Arbeitssicherheit, durch die eine Gefährdung für sich und andere entstehen konnte, ein verbindliches Eingreifen. Bis dahin wurde bei entsprechenden Vorkommnissen sehr uneinheitlich verfahren. In Betrieben mit Konsumverboten für Alkohol und andere Drogen wurden sie als Verstoß gegen die Ordnung gewertet und hatten meist Sanktionen, spätestens im Wiederholungsfall eine Abmahnung zur Folge. Bei akuter Alkoholisierung wurde das Geschehen aber sowohl vom Kollegenkreis als auch von den Vorgesetzten häufig noch gedeckt. Denn anders als beim Gebrauch von illegalen Drogen, wo schnell zu härteren Maßnahmen gegriffen wurde, galten selbst Verstöße gegen die Arbeitssicherheit unter Alkoholeinfluss im Betrieb oftmals noch als Kavaliersdelikt. Bei fehlender Eignung für die Tätigkeit im Sinne der heutigen DGUV Vorschrift 1 sind die Führungskräfte aber verpflichtet zu intervenieren. Das gilt in Fällen, wo die Arbeitssicherheit durch den riskanten Kon-

sum von Suchtmitteln – ab 2004 auch explizit durch Medikamente – nicht mehr gewährleistet werden kann. Die in der BV/DV zur Suchtprävention aufgenommene Regel stellt den Ablauf des Verfahrens transparent dar und unterstützt die Vorgesetzten darin, rechtlich verbindlich einzugreifen und für die Sicherheit der Beschäftigten zu sorgen. Vorgesehen ist auch, den Betroffenen die Möglichkeit zum Gegenbeweis zu geben.

Obwohl der Verstoß gegen die Arbeitssicherheit eine massive Auffälligkeit in Verbindung mit einem Suchtmittelgebrauch darstellt, wurde das hier beschriebene Verfahren in der Anfangszeit nicht mit dem Stufenverfahren in Verbindung gebracht.

Seitdem sich aber der Gedanke durchgesetzt hat, die Stufenpläne auch als Instrument für frühzeitige Interventionen einzusetzen, finden sich in den Vereinbarungen auch die unmittelbaren Verknüpfungen, die ebenso in die Standards (vgl. DHS 2011) eingeflossen sind:

„Gefährdung der Arbeitssicherheit – Vorgehen bei Ansprache im Akutfall und Aussprache eines Beschäftigungsverbotes

[...]

Wurde aufgrund eines Akutfalles ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen, müssen die zuständige Personalabteilung und der Betriebsrat sowie die Beratungsstelle für Sucht und Soziales unverzüglich informiert werden. Die Personalabteilung hat sich ab dem Zeitpunkt der Kenntnis über das Beschäftigungsverbot mit dem zuständigen Vorgesetzten in Verbindung zu setzen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Sofern bisher keine suchtbezogenen Auffälligkeiten vorlagen, ist bei fehlendem oder positivem Testergebnis der Einstieg in den Stufenplan (Stufe I-Gespräch) mit dem Vorgesetzten vorzubereiten. Anderenfalls ist der bereits angelaufene Stufenplan weiterzuführen. Die Gespräche sollen zeitnah, das heißt 1 bis 3 Arbeitstage nach dem Vorfall, erfolgen.“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

Die Aufnahme der Verfahrensregelung in der BV/DV ist vor allen Dingen von den Führungskräften begrüßt worden. In der Vergangenheit hatte es nach Interventionen, vor allem bei Aussprache eines Beschäftigungsverbots, immer wieder Konflikte gegeben, die große Verunsicherung bei den Vorgesetzten hinterlassen hatte. Mit der Einführung des abgestimmten Vorgehens

mit dem Angebot des Gegenbeweises ist nicht nur die Handlungssicherheit der Führungskräfte in Akutfällen gestiegen. Auch die Bereitschaft, frühzeitiger zu intervenieren, konnte nach Aussagen in Interviews durch die Regelung in der Vereinbarung gefördert werden: „Das Angebot des Gegenbeweises, durch den sich Beschäftigte entlasten können, wenn sie sich zu Unrecht angesprochen fühlen, hat vielen Vorgesetzten die Angst genommen, man könnte jemanden fälschlicherweise beschuldigen.“

Die Tatsache, dass sie nun mit fachlicher Unterstützung aus dem Betrieb rechnen können und die Beschäftigtenvertretungen das Verfahren nach der BV/DV mittragen, hat zum Einsatz und zum Erfolg dieses Instruments zur frühen Intervention beigetragen:

„Also wenn jemand akut auffällig wird, dann halten wir die Vorgesetzten an, sich an den medizinischen Dienst und/oder an die Suchtberatung zu wenden und den BR sowie die Personalabteilung mit einzuschalten. Das hat beim BR und auch bei HR erste Priorität. Wir nennen diesen Prozess ‚Ablaufplan‘ [...].“ 14-2-FB-ü10T-SB/NA/NA

Auch die Verbindlichkeit des Verfahrens für alle Beteiligten konnte durch die abgestimmte Vorgehensweise erheblich gesteigert werden. Mittelbar wirkt es sich sogar positiv auf die Akzeptanz des Suchtpräventionsprogramms insgesamt aus:

„Dieses klare Vorgehen ist aus Negativerfahrungen entstanden. Es kam vor, dass HR häufig nicht eingebunden wurde und nichts von einem Vorfall mitbekommen hat. Wenn vielleicht noch ein Vorgesetztenwechsel stattfand, konnten die Mitarbeiter in der Vergangenheit, mehrfach akut auffällig werden und nirgends war irgendwas notiert. Von den Führungskräften wird es als positiv wahrgenommen, dass es jetzt so einen Prozess gibt.“ 14-2-FB-ü10T-SB/NA/NA

Nicht in allen Betrieben werden die Verfahren bei akuter Beeinträchtigung bereits so systematisch abgewickelt. In einem Fall hatten die Suchtbeauftragten es in die Hand genommen ein Formular und eine Checkliste zu entwickeln, die helfen sollten, das Verfahren vereinbarungsgemäß und transparent abzuwickeln, nachdem sie mehrfach erst verspätet und unvollständig über Beschäftigungsverbote informiert worden waren:

„Wir haben jetzt darauf reagiert und ein Formular erstellt. Da können sich die Führungskräfte beim Aussprechen eines Beschäftigungsverbotes durchhangeln und für sich die Auffälligkeiten aufschreiben. Da steht auch drin: Ich habe den Personalreferenten, den Betriebsrat informiert. Und ich habe [die betroffene Person] informiert, dass sie sich [zur eigenen Entlastung] testen lassen kann. Und ganz am Schluss steht dann ein Verteiler, auf dem sind wir jetzt mit aufgeführt [...]. Und wir und der Personalreferent – der bekommt das auch – wir können dann gucken, dass der Prozess eingehalten wird. Dass auch dann wirklich in den Stufenplan eingetreten wird.“
3-35-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Durch entsprechende vertragliche Absprachen kann die Verfahrensregelung sogar bei Beschäftigten von externen Dienstleistern, die im Betrieb tätig sind, angewandt werden:

„Und wenn so was passiert, hat jeder mit Dienstleistungsvertrag einen Ansprechpartner hier vor Ort [...]. Und wenn da von einer Führungskraft in der Abteilung festgestellt wird, da ist jemand alkoholisiert, dann geht das, wenn es akut ist, über die Werksicherheit. Ansonsten wird der verantwortliche Schichtführer [...] angerufen. Und dann wird der sofort vom Arbeitsplatz entfernt.“ 3-33-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Für die dann möglichst folgende Intervention nach dem Stufenverfahren ist in diesem Fall allerdings wieder das Dienstleistungsunternehmen zuständig, bei der die Person im Beschäftigungsverhältnis steht.

4.2.3 Erfolgsfaktor Stufenplan als Leitfaden für Interventionen bei Suchtgefährdung



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherchemöglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku2>

„Ein Erfolgsfaktor ist auf jeden Fall die Beschreibung der Stufengespräche [...]. Das ist so ein Kochbuch für die Verantwortlichen, dass sie einen roten Faden, eine Orientierung haben, wie das mit den Gesprächen laufen soll. [...] Es ist hilfreich auch für die Ansprechpersonen [...] und auf Seiten der Personalabteilung angenehm. Alle können sich an diesem Leitfaden orientieren.“ 1-6-öV-ü10T-KO-BGM

Die Funktion des Stufenplans als Handlungsleitfaden kann gar nicht zu hoch eingeschätzt werden. Mit dem vereinbarten Stufenplan wird eine rechtsverbindliche Grundlage für das Führungshandeln im Interventionsverfahren hergestellt:

„Also aus meiner Sicht ist der Erfolg wahrscheinlich, wenn die Führungskräfte sensibilisiert sind und sie die Sicherheit haben, da gibt es auch eine Struktur, in der ich mich bewege.“ 6-3-VB-b5H-SU

Außerdem lässt sich darüber ein koordiniertes Vorgehen mit allen Beteiligten verbindlich organisieren. Mit der konkreten Beschreibung der einzelnen Schritte entlang der im Betrieb abgestimmten Gesprächsfolge, in der die Verantwortlichkeiten der Beteiligten, die Voraussetzungen und Inhalte der Interventionen festgelegt wurden, liefert der Leitfaden die Basis für Rollenklarheit und Handlungssicherheit unterschiedlicher Akteure:

„Einstieg in den Stufenplan bei Auffälligkeiten oder arbeitsvertraglichen Pflichtverletzungen in Verbindung mit Suchtmittelgebrauch oder durch suchtbedingtes Verhalten

[...]

Den Anstoß für eine Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz und für ein Angebot von Hilfe und Unterstützung gibt immer der Vorgesetzte. Sofern ein Fürsorgegespräch geführt wurde oder ein Akutfall vorliegt, muss auf Grundlage dieser Betriebsvereinbarung der Stufenplan angewendet werden. Der Einstieg in den Stufenplan (Anlage [...] ‚Gesprächsleitfaden zum Interventionsprozess‘) erfolgt immer in Verbindung mit Suchtmittelgebrauch oder dem suchtbedingten Verhalten, mit dem eine arbeitsvertragliche Pflichtverletzung oder eine Störung am Arbeitsplatz einhergeht.“

➔ Maschinenbau, 050102/250/2016

Der Leitfaden für das gestufte Vorgehen schafft also nicht nur Handlungssicherheit im Umgang mit auffälligen gewordenen Beschäftigten, sondern erzeugt auch wichtige Binnenwirkungen innerhalb des Betriebes:

„Durch dieses Vorgehen ist die Sicherheit, ‚rechts und links machen sie das auch so, es wird von oben gewollt, zumindest von meiner direkten Führung‘ ein wesentlicher Punkt. Und es wird von den Sozialpartnern auch eingefordert. Also die kommen jetzt nicht um die Ecke und sagen: ‚Was macht ihr denn jetzt hier?‘ Sondern die erwarten das sogar.“ 7-18-VD-b5T-KO-BGM

In der Regel wird in den Leitfäden bereits festgelegt, wer außer der zuständigen Führungskraft zu den einzelnen Stufengesprächen hinzugezogen werden soll. Dabei sollte Wert daraufgelegt werden, die zuständigen Interessenvertretungen zu beteiligen, um Konflikte und rechtliche Widersprüche im Nachgang der Interventionen zu vermeiden. Für die Teilnahme von Mitgliedern der Interessenvertretungen an den Stufengesprächen ist allerdings das Einverständnis der betroffenen Beschäftigten einzuholen. Diese rechtliche Voraussetzung gilt im Rahmen des Personalgesprächs auch für andere hinzugezogene Personen (Betriebsarzt/Sozialberatung/AfS und andere), mit Ausnahme der vom Arbeitgeber beauftragten Führungs- und Fachkräfte. In den jüngeren BV/DV wird darauf auch oftmals explizit hingewiesen:

„Stufenplan

Zweites Gespräch:

Beteiligte:

- Mitarbeiter/in,
- unmittelbare/r Vorgesetzte/r,
- Abteilung 1.1 (Personal),
- Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung (nur mit Zustimmung der betroffenen Person),
- auf Wunsch der/des Betroffenen auch die interne Suchtberatung.“

→ DV-öV-b5H-2014 (Anlage)³

³ Leider hat der Interviewpartner die Vereinbarung nicht zur Verfügung gestellt. Diese Vereinbarung liegt im Archiv Betriebliche Vereinbarungen nicht vor.

In einer Vereinbarung fand sich dazu das folgende Modell, nach dem die betroffenen Beschäftigten die Gesprächsbeteiligten für die Stufe 2 und den weiteren Verlauf des Stufenplans aus einer Liste infrage kommender Personen bzw. Funktionen (z. B. Personal- bzw. Schwerbehindertenvertretung, Sozialberatung, AfS, Person des Vertrauens) selbst zusammenstellen können:

„Hilfsangebote bei Feststellung einer Suchtproblematik (Stufenplan)

[...]

Stufe 2

Bei erneuter Auffälligkeit schaltet die Führungskraft die übergeordnete Führungskraft in den Prozess ein und terminiert ein weiteres Gespräch, dessen Teilnehmer der/die Betroffene [...] bestimmt. Dieser Teilnehmerkreis wird dann auch in das weitere Verfahren einbezogen, sofern die/der Betroffene nicht ausdrücklich andere Teilnehmer bestimmt. [...] Weitere Einzelheiten zum Teilnehmerkreis und zu den Gesprächsinhalten sind in der Checkliste (siehe Ziffer [...]) zusammengefasst.“

→ Landverkehr, 050102/234/2014

Generell sollte die Zahl der einbezogenen Personen im Verfahren eher niedrig gehalten werden. In den höheren Stufen tritt jedoch regelmäßig ein erweiterter Kreis zusammen. Dabei treffen auch Personen aufeinander, die aufgrund ihrer jeweiligen Funktion im Betrieb nicht nur mehr oder weniger mit dem Thema Suchtgefährdung vertraut sind, sondern unterschiedliche Interessen mitbringen. Für die erfolgreiche Umsetzung von Stufengesprächen sind die Rollen und die Positionen der Beteiligten zu den Hilfeangeboten und gegebenenfalls Sanktionen bereits im Vorfeld zu klären um Irritationen in den Stufengesprächen zu vermeiden:

„Was wichtig ist [für den Erfolg]? [...] Klare Rollenverteilung natürlich zwischen Führungskräften, Personalbereich, Mitarbeiterberatung, Betriebsarzt. Das gerät aber trotzdem manchmal durcheinander.“ 8-47-VD-b5T-SB

Modelle einer differenzierten Rollenbeschreibung in Verbindung mit der DV Suchtprävention finden sich in einer Verfahrensanleitung im Qualitätshandbuch einer Krankenhausorganisation jeweils für den Fall der „akuten Intoxikation“ wie auch bei Verdacht auf Abhängigkeitsgefährdung:

„Umgang mit Suchtmittelproblemen am Arbeitsplatz

[...] Verdacht auf eine Abhängigkeitsproblematik

Direkter Vorgesetzter:

- beurteilt die Arbeitsleistung und die Auffälligkeiten
- hat die Gesprächsführung in allen Interventionsgesprächen
- berät sich mit dem Suchtbeauftragten vor Einleitung der Stufe 2
- lädt den Suchtbeauftragten sowie einen Vertreter des Personalrates (ab Stufe 2) und den zuständigen Teamleiter [Personal] (ab Stufe 3) zu den Interventionsgesprächen ein
- führt ggf. ein Wiedereingliederungsgespräch mit dem Beschäftigten

Nächsthöherer Vorgesetzter:

- nimmt frühestens ab Stufe 2 und spätestens ab Stufe 4 an den Interventionsgesprächen teil
- unterstützt den direkten Vorgesetzten in dem Verfahren

[Personalabteilung]:

- weist Vorgesetzte bei Kenntnisnahme von möglicherweise suchtbedingtem Fehlverhalten von Beschäftigten auf die Interventionskette hin
- der zuständige Teamleiter nimmt ab Stufe 3 an den Gesprächen teil
- setzt ggf. die arbeitsrechtlichen Sanktionen um

Suchtbeauftragte:

- berät den Vorgesetzten in der Beurteilung des Arbeitsverhaltens und der Auffälligkeiten
- nimmt (das Einverständnis des Beschäftigten vorausgesetzt) ab Stufe 2 an den Interventionsgesprächen teil und berät bei Bedarf über Behandlungsmöglichkeiten
- trägt die innerhalb des Interventionsverfahrens einvernehmlich beschlossenen Maßnahmen und Sanktionen mit
- steht dem Beschäftigten für eine vertrauliche Suchtberatung zur Verfügung
- nimmt ggf. an dem Wiedereingliederungsgespräch mit dem Beschäftigten teil und begleitet die Nachsorge

Vertreter des Personalrats:

- nimmt (das Einverständnis des Beschäftigten vorausgesetzt) ab Stufe 2 an den Interventionsgesprächen teil
- überwacht das Verfahren im Hinblick auf Fairness und Rechtmäßigkeit
- steht dem Beschäftigten beratend zur Seite

- trägt die innerhalb des Interventionsverfahrens einvernehmlich beschlossenen Maßnahmen und Sanktionen mit.“

➔ Gesundheit und Soziales, 050102/252/2003

Generell sollten Stufengespräche gut vorbereitet werden, möglichst unter Hinzuziehung der Einrichtung zur Suchtprävention und Suchthilfe. Spätestens sobald sich der Kreis der Beteiligten in den Stufengesprächen vergrößert ist eine vorherige Abstimmung des Gesprächsablaufs dringend zu empfehlen. Diese gemeinsame Vorbereitung kann bereits im Verfahren selbst mit eingeplant werden wie das folgende Modell zeigt:

„Interventionsleitfaden für Gespräche bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz

Drittes Gespräch:

Beteiligte: a) betroffene Person, b) unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächst höhere/r Vorgesetzte/r und – ab jetzt obligatorisch – die Personalstelle c) Personalrat, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung d) Betriebliche Suchtberatung [...] auf Wunsch der betr. Person)

[...] 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.“

➔ Bildungseinrichtung, 050102/206/2007

4.2.4 Erfolgsfaktor Akzeptanz und Verbindlichkeit des Stufenverfahrens im Handeln der Führungskräfte



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku2>

„Was ich wahrnehme: Anhand des Stufenplans wird auch das konsequente Verhalten der Führungskraft sichtbar [...]. Inwieweit nimmt sie eine klare Haltung ein [...]?“ 7-18-VD-b5T-KO-BGM

So zentral der Stufenplan als Instrument und Handlungsleitfaden für den Erfolg der betrieblichen Suchtprävention eingeschätzt wird, so sehr vermissen viele Interviewte in der praktischen Umsetzung noch das verbindliche Vorgehen bei den Stufengesprächen. Erst dadurch lässt sich aber der Erfolg des Interventionsverfahrens gewährleisten.

Im Folgenden wird deshalb die Bedeutung der Faktoren „Akzeptanz“ und „Verbindlichkeit der Anwendung des Stufenverfahrens“ für den Erfolg von Suchtpräventionsprogrammen – auch wenn es ungewöhnlich erscheint – anhand ihres Fehlens in entscheidenden Situationen beschrieben, so wie es in den beteiligten Betrieben vielfach zum Ausdruck gebracht worden ist.

In den Interviews wurde davon ausgegangen, dass viele Führungskräfte das gestufte Verfahren als sinnvoll ansehen und akzeptieren. Dennoch ist von Zögern, Vermeiden und Ausweichen die Rede, wenn es darum geht, konkret in die Stufengespräche einzusteigen oder das Verfahren konsequent weiterzuverfolgen:

„B1: Na ja, die Akzeptanz ist insofern noch unterschiedlich [...]. Da gibt es durchaus sehr Aktive und noch ein bisschen Zurückhaltende [...].

B2: Und nicht bei jedem kommt es authentisch rüber, so dass sich da ein Mitarbeiter öffnen kann und möchte [...].

B3: Wenn du eine Person hast, die [...] generell schon an das Team denkt und sich auch hat ausbilden lassen und Kenntnisse mitbringt. [...] Die geht ganz anders an so eine Sache ran. Für die ist das überhaupt keine Schwierigkeit, ein Problem anzusprechen. Andere, die sich noch nie damit beschäftigen wollten, die gehen da gar nicht erst ran, weil sie denken, das schaffe ich nicht.“ 13-23-öV-b5H-NA/NA/NA

Eine erhebliche Rolle spielen die Führungstraditionen und -kulturen der jeweiligen Organisation, wenn es um die Verbindlichkeit geht. In Verbindung mit dem Stufenplan wird zum Teil noch einmal betont auf den Zweck des Interventionsverfahrens hingewiesen, um zur Akzeptanz beizutragen. Im vorliegenden Fall orientiert man sich dabei am rechtlichen Auftrag und an den Zielen des BEM:

„Betriebliche Interventionen im Rahmen der Suchthilfe

[...]

Die Vorgesetzten sind dafür verantwortlich, dass bei Verstößen gegen dienstrechtliche und arbeitsvertragliche Verpflichtungen im Zusammenhang mit vermutetem riskanten Konsum von Suchtmitteln oder süchtigen Verhaltensweisen die notwendigen Verfahrensschritte eingeleitet und Gespräche geführt werden.

[...]

Ziel des Interventionsverfahrens soll sein, die Betroffenen in einem abgestuften Konzept zu motivieren, ihr Verhalten zu verändern und damit ihre Arbeitsfähigkeit sowie ihren Arbeitsplatz zu erhalten.“

➔ Bildungseinrichtung, 050102/248/2011

Wie bereits in [Kapitel 4.1.3](#) aufgezeigt wurde, hängt die Bereitschaft zur Anwendung des Interventionsverfahrens von der Kompetenz und der Handlungssicherheit der Personalverantwortlichen ab, die dafür speziell geschult werden. Verschiedene Faktoren tragen dazu bei, dass es trotzdem immer wieder zu einem verzögerten Einstieg in die gestufte Gesprächsfolge kommt:

„Aufgrund der hohen Arbeitsdichte versuchen die meisten Führungskräfte den Kopf in den Sand zu stecken: ‚Ich kann das nicht schaffen.‘ Sie lassen das im Prinzip treiben. Bis dann ein Punkt erreicht ist, an dem man einfach nicht mehr wegschauen kann. Aber dann ist es schon in einem Stadium, das wirklich extrem schwierig zu handeln ist. Das passiert hier, trotz unserer Vereinbarung und trotz der Schulungen, die angeboten werden.“ 9-32-KH-b1T-NA/BR

Die zusätzliche zeitliche, soziale und emotionale Belastung der Führungskräfte durch schwierige und möglicherweise häufiger notwendige Personalgespräche ist ein Grund, der für das Hinauszögern des Einstiegs in den Stufenplan genannt wird. Das Wissen um die Verbindlichkeit der gegebenenfalls folgenden Schritte im Verfahren mit den dann anzudrohenden und umzusetzenden Konsequenzen macht Vorgesetzte häufig unsicher:

„In einzelnen Stufen werden entsprechende Maßnahmen ergriffen [...]. Da war ich bei einem Gespräch dabei, als es darum ging: Welche Konsequenzen ziehen wir denn jetzt? Es war schon interessant,

wie zögerlich die Vorgesetzte überhaupt Maßnahmen ergreifen wollte. Die Geschäftsführung war ganz klar [...], aber die Vorgesetzte fragte: ‚Kann man das denn machen?‘ Die hat sich schwergetan.“
9-16-KH-b1T-NA/BR

Es geht häufig um Unsicherheiten in der Frage, inwieweit das konsequente Vorgehen in dieser Form legitim ist und wirklich eine Hilfe für die Betroffenen darstellt oder ihnen vielleicht doch schadet:

„Manche Führungskräfte haben das schon erlebt, dass die Mitarbeiter, die eine Therapie gemacht haben, sich nachher bei ihrer Führungskraft bedanken, dass diese sie angesprochen hat: ‚Das hat mir wirklich geholfen.‘ [...] Das hören und das dann selbst zu tun, das scheint für viele sehr schwierig zu sein. Auch für solche, die ich durchaus als reflektiert erlebe, ist das irgendwie ein schwieriger Prozess.“ 8-40-VD-b5T-SB

Es ist auch eine Frage der Führungskultur des Betriebes sowie des eigenen Rollenverständnisses als Führungskraft, wie Hilfeangebote und Sanktionen in den Stufengesprächen so eingebracht werden, damit sie als konstruktive Unterstützung begriffen werden können:

„Es ist der Schreck vor den Konsequenzen. Weil da müssen sie [...] in die Führungsrolle gehen, das heißt dieses ambivalente Verhalten (ablegen) und Konsequenzen zulassen. Da werden dann alle möglichen Brücken gebaut, um aus dieser Nummer wieder herauszukommen.“ 7-18-VD-b5T-KO-BGM

Solange keine Klarheit über den Auftrag in der Führungsrolle besteht oder wenn sich die Führungskraft noch wenig Gedanken darüber gemacht hat, wie sie diese Rolle ausfüllen will, löst die Gefahr sich, als Vorgesetzter unbeliebt zu machen, weitere Bedenken aus:

„Gerade auf diesen [entfernteren Stationen], da sind die Führungskräfte [...] in einer extremen Sandwich-Position. Da hat man zugleich so einen Corpsgeist. [...] Und jetzt soll man diesen Prozess stören durch das Eintreten in den Stufenplan [...].“ 7-18-VD-b5T-KO-BGM

„Da ist eine Gruppe von Leuten, die hier lange zusammenarbeiten. Dann steigt irgendwer auf und muss, wenn er Pech hat, seinen Kumpel ansprechen.“ 8-40-VD-b5T-SB

Bei allen Unsicherheiten, die er mit sich bringt, bietet genau derselbe Stufenplan den Führungskräften schließlich aber auch die Brücke, über die ein Weg aus dem Dilemma wieder herausführt:

„Andererseits, wenn sich jemand an gewisse Dinge nicht mehr hält [...], dann fällt es natürlich wesentlich leichter, in diese Stufenpläne einzusteigen und dabei zu wissen, dass der Stufenplan im ersten Gespräch keine disziplinarischen Konsequenzen vorsieht, sondern einfach nur erst einmal ein Gespräch.“ 7-18-VD-b5T-KO-BGM

Es sind nicht immer die individuellen Einschätzungen und Bedenken der jeweilig zuständigen Führungskraft, die den Einstieg in das Stufenverfahren unnötig verzögern. In einer Reihe von Fällen liegt es auch an den Kriterien, die in der BV/DV für die Aufnahme von Stufengesprächen genannt werden. Wenn es dort wie z. B. im folgenden Fall heißt, bei „Anzeichen für eine Abhängigkeit oder eine Suchterkrankung“ ist ein Gespräch anzusetzen, fehlt den Personalverantwortlichen verständlicherweise die Sicherheit, bereits bei frühen Auffälligkeiten durch riskanten Suchtmittelgebrauch ein erstes Stufengespräch anzuberaumen, um weitere Gefährdungen zu vermeiden:

„Das ist tatsächlich so eine Ambivalenz. Die ist mir bisher nicht aufgefallen [...]. Wenn ich [als Sozialberatung] im Rahmen einer Interventionskette dazu komme dann ist das meistens eine Abhängigkeit. [...] Das habe ich bisher auch nicht in Frage gestellt. Aber das ist ja eigentlich Quatsch, die sollten diese Interventionsgespräche schon mal früher durchführen. In der Beratung ist das für mich immer ganz klar. Wenn die Vorgesetzten kommen und sagen: ‚Soll ich das ansprechen? Aber ich bin mir noch gar nicht sicher‘, dann sage ich: ‚Ja, klar. Je früher, desto besser.‘ Dann ist es für die Person leichter. Aber es stimmt, in der Interventionskette, da geht es um Abhängigkeit. Das ist mir in dem Sinne noch nicht aufgefallen. Da ist eine Ungenauigkeit drin oder sogar eine doppelte Botschaft. Ich glaube, die spiegelt hier auch die Realität wider [...]. Ich denke, dass in der Tendenz hier immer noch zu spät reagiert wird.“ 11-29-KH-ü10T-SB

Solche auf die Suchterkrankung hin formulierten Kriterien, die vor allem in den Vereinbarungen älteren Datums noch häufig zu finden sind, können sogar dann noch nachwirken, wenn die aktuelle BV/DV bereits die frühen Interventionen unterstützt:

„Wir möchten die Vorgesetzten dahin bringen, dass sie früh Verhaltensauffälligkeiten ansprechen. Wenn ein Vorgesetzter einen Verdacht hat, soll er den auch äußern. In der Regel handeln Führungskräfte zu spät, wenn sie auf einen Beweis – die Fahne – warten. Bei Medikamenten und Drogen gibt es diese nicht. Wenn Beschäftigte denn tatsächlich so auffällig geworden sind, dass sie sich alkoholisiert oder unter anderen Drogen stehend im Betrieb zeigen, dann kommen sie natürlich auch schon in eine höhere Stufe. Also je nach Verstoß erhalten die auffälligen Kollegen, weil sie gegen die Betriebsordnung verstoßen, eine Abmahnung. Dann habe ich natürlich die frühe Intervention schon verschossen.“ 14-24-FB-ü10T-SB/NA/NA

Das vorliegende Beispiel zeigt noch einmal deutlich, welchen Vorteil das früh angesetzte Stufenplangespräch für die bzw. den Betroffene/n hat. Sie/er bekommt die Chance, das problematische Verhalten abzustellen, ehe weitergehende Sanktionen, die sich auf das Arbeitsverhältnis auswirken, notwendig werden.

Wie beim Einstieg kann es auch beim Übergang in die weiteren Verfahrensschritte durch Versäumnisse der Gesprächsführenden zu Verzögerungen kommen:

„Es gärt [...]. Es ging darum, dass man noch nicht in der Stufe 2 gelangt ist. Wenn man sich die Unterlagen dann genau anguckt, stellt man fest, da ist nicht sauber gearbeitet worden. Obwohl wir ganz deutlich gesagt haben: ‚Aufschreiben und wiederholen, das und das ist passiert. Darum spreche ich das jetzt hier [im Stufengespräch] an.‘ Aber das war nicht sauber dokumentiert. Und so sind wir halt in Stufe 1 stehengeblieben. [...] Aber da bleiben wir am Ball.“ 9-39-KH-b1T-NA/BR

4.2.5 Erfolgsfaktor Akzeptanz und Verbindlichkeit des Stufenverfahrens im Handeln der Personalabteilungen

„Es werden nicht die Prozesse eingehalten, aber dafür werden Abfindungsverträge angeboten. Und so was kriegt man dann [als Beratungseinrichtung nur zufällig] mit.“ 3-22-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Es sind keineswegs immer nur die Führungskräfte, die dem verbindlichen Vorgehen ausweichen. Vielmehr kommt es vor, dass zumindest der unmittelbare Erfolg des Stufenverfahrens auch durch andere beteiligten Stellen gespielt oder erschwert wird. Abstimmungsprobleme scheint es in einigen Betrieben immer wieder mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Personalabteilungen zu geben:

„Wir wissen das auch, dass die Vereinbarung eventuell zu spät greift. Also der Mitarbeiter [...] war zum Beispiel schon mehrmals auffällig gewesen und ist auch nicht [in die Sozialberatung] gekommen [...]. Das hat der Personalbereich nicht so gehandelt, wie es sein sollte. Die haben dem zwar Auflagen gemacht, die Auflagen aber nicht kontrolliert. Sowohl die Führungskraft als auch der Personalbereich haben das nicht in einer zeitlichen Wiedervorlage festgehalten. Das sind immer inkonsequente Auflagen und dann passiert das. Es kommt irgendwann ein Personalreferent und sagt: ‚So, jetzt geht es aber nicht weiter.‘ Dann wird die Keule rausgeholt. Das ist, muss man sagen, suboptimal.“ 8-36-VD-b5T-SB

Ein Grund für die unzureichende Abstimmung des Vorgehens der Fachkräfte aus den Personalabteilungen mit den in der BV/DV Suchtprävention vereinbarten Verfahren scheint – wie in [Kapitel 4.1.3](#) beschrieben – darin zu liegen, dass sie nicht unbedingt über den für die Interventionen erforderlichen Qualifizierungsstandard verfügen:

„Was uns ein bisschen fehlt, ist der Rückhalt der Personalabteilung, die ab einem Punkt [der Stufenplangespräche] eigentlich der Prozessstreiber sein muss. Sie tun sich aber oft schwer, sich an die Betriebsvereinbarung zu halten. [...] Jüngere, die noch nichts wissen

von der Thematik; Ältere, die noch sehr eingefahren sind in einem anderen Fahrwasser [...]. Der eine traut sich noch nicht ran. Und die anderen sagen: ‚Ja, das haben wir schon immer so gemacht.‘ Und da ist es nicht leicht, ein neues Grundverständnis in die Menschen reinzukriegen.“ 3-12-15-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

So werden z.B. Abfindungsangebote gemacht, mit denen das Stufenverfahren umgangen wird, so dass die betrieblichen Hilfen nicht mehr zum Einsatz kommen. Vor allem unterbleiben die Gespräche, die den Betroffenen eine Perspektive geben sollen, das beanstandete Verhalten zu verändern, gesundheitliche Gefährdungen abzubauen oder sich in Therapie zu begeben und so den Arbeitsplatz zu erhalten:

„Es gibt da schon unterlaufene Stufenverfahren. Das läuft dann an einem vorbei. Da ist ein Auflösungsvertrag gemacht worden. [...] So nach dem Motto: ‚Der war gar nicht krank.‘ Sie sagen dann einfach, der war nicht krank. Das hat es letztens gegeben [...]. Die konfrontieren den, der sagt: ‚Ich bin nicht krank.‘ – ‚Na ja, dann können wir dir auch kündigen.‘ Wenn es gut läuft, sagt dem noch ein Betriebsrat: ‚Pass mal auf, wenn du krank bist, dann hast du einen anderen Schutz.‘ Aber, ‚nein, ich bin aber nicht krank.‘ Das [der Auflösungsvertrag] hat nicht diesen Vorlauf wie der Stufenplan. Deswegen haben wir ja den Stufenplan, damit sich das jemand in Ruhe überlegen kann und sich dann noch mal berät [...].“ 8-34-VD-b5T-SB

An den genannten Beispielen wird deutlich, dass die Personalabteilungen und andere Personalverantwortliche die Verbindlichkeit eines in der BV/DV vereinbarten Stufenplanes bzw. gestuften Leitfadens (vgl. [Tabelle 7](#)) in solchen Fällen nicht ausreichend im Blick haben und dann zuungunsten der Betroffenen vorschnell einen Aufhebungsvertrag anbieten, der in ihren Augen das vermeintlich sozial verträglichste Instrument der Sanktion darstellt. Der konstruktive Weg über das Stufenverfahren, den das Suchtpräventionsprogramm vorsieht, wird damit jedoch verbaut:

„B1: Da heißt es dann: ‚Ich habe schon so und so viele Fürsorgegespräche geführt.‘ Und wir: ‚Wo ist [der Auszubildende] denn jetzt?‘ ‚Der hat einen Aufhebungsvertrag unterschrieben.‘ [...] Die Jugendlichen sind ja besonders vor Kündigung geschützt. Deshalb gehen

die [Personalverantwortlichen] dort nicht gescheit in die Stufengespräche rein. Und dann bekommen sie eben alle einen Aufhebungsvertrag.

B2: Bei einem Aufhebungsvertrag ist es nicht mehr steuerbar, weil es – anders als bei Kündigung – keine Beteiligung [des BR] bei einem Aufhebungsvertrag gibt. Das ist dann schade, da sind die Jugendlichen so sehr geschützt und dadurch letztlich gar nicht mehr geschützt.“ 3-45-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Die verbindliche Anwendung des Stufenverfahrens, wo anstehende Sanktionen mit dem Hilfeangebot gekoppelt werden, sollte Teil des professionellen Handelns der Personalabteilungen in solchen Situationen sein. Es sollte deshalb zukünftig noch mehr Wert darauf gelegt werden, dass auch die Personalfachkräfte in Fällen von Auffälligkeiten durch riskanten Konsum oder Suchtgefährdung die Bereitschaft entwickeln und in der Lage sind, an dem konstruktiven Weg mitzuwirken, den das Suchtpräventionsprogramm vorsieht. Im Folgenden, bereits in [Kapitel 4.1.4](#) zitierten Beispiel wird der positive Effekt von speziellen Qualifizierungen beschrieben:

„Wir haben jetzt die [Personalreferenten] in die Prozesse mit eingebunden. Dadurch können wir sie ganz anders mitnehmen, gerade wenn es Auffälligkeiten gibt [...]. Das gilt auch für die [Beschäftigtenvertretungen]. So ist es wesentlich transparenter; das wäre früher nie möglich gewesen. Wir binden sie mit ein in den Austausch und in die Schulung. Dafür haben wir extra ein Format geschaffen für den HR-Bereich [...].“ 7-7-VD-b5T-KO-BGM

Zur Verbindlichkeit des Stufenverfahrens gehört auch die Tatsache, dass es in der letzten Stufe der Gesprächsfolge zu einer Kündigung kommen kann, sofern weder Unterstützungsangebote noch Sanktionen zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung geführt haben. Voraussetzung bei einer verhaltensbedingten Kündigung ist, dass entsprechende Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten nachgewiesen sind. Lassen sich diese auf eine Abhängigkeits-erkrankung zurückführen, so kann eine personenbedingte Kündigung ausgesprochen werden, wenn dazu eine negative Prognose im Hinblick auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Bei Beamten wird ein Disziplinarverfahren zur Entfernung aus dem Dienst bzw. zur vorzeitigen Versetzung in den Ruhestand eingeleitet.

Die Kündigung oder das dienstrechtliche Vorgehen erfolgen im Rahmen etablierter Suchtpräventionsprogramme, bei denen die gestufte Gesprächsfolge frühzeitig eingeleitet und konsequent verfolgt wird, nur noch relativ selten:

„Wir hatten Entlassungen. Das sind aber Entlassungen mit Wiedereinstellungszusage, wenn derjenige erfolgreich eine Therapie macht. Und die meisten schaffen es auch danach hierzubleiben, nachdem sie wieder eingestellt worden sind. Aber es gibt den einen oder anderen, der uns dann auch endgültig verlässt.“ 14-21-FB-ü10T-SB/NA/NA

Die Möglichkeit der Wiedereinstellung nach einer Kündigung im Rahmen des Stufenverfahrens unter bestimmten Voraussetzungen ist in einer Reihe von BV/DV geregelt. Sie scheint ein konsequentes Vorgehen gegebenenfalls unter Anwendung sämtlicher Stufengespräche auch eher zu begünstigen:

„Es steht in unserem Stufenplan, dass gegebenenfalls eine Entlassung möglich ist. Eine Entlassung passiert aber erst, wenn der Stufenplan am Ende angekommen ist. Da kann aber auch noch besprochen werden oder gesondert abgemacht werden, dass eine Wiedereinstellungsoption besteht.“ 8-4-VD-b5T-SB

Die Kündigung wird deutlich als Ultima Ratio betrachtet, wenn keine Hilfeangebote mehr fruchten oder Beschäftigte nicht bereit sind, an den notwendigen Veränderungen mitzuwirken:

„Also es gibt schon Möglichkeiten, wenn jemand einen Rückfall hat, dann kann es auch zu einer Kündigung kommen. Oder wenn man der Meinung ist: ‚Wir haben hier schon drei Runden gedreht, und zwar auf Stufe 5 im Stufenplan [...]‘. Also alle paar Jahre wird jemandem gekündigt.“ 8-4-VD-b5T-SB

4.2.6 Erfolgsfaktor Unterstützung für den erfolgreichen Einsatz der Interventionsverfahren

„Wenn ich denke, die sagen sich jetzt: ‚Was soll das?‘ dann gebe ich nur den Hinweis: ‚Sie haben hier die Arten der Gesprächsführung. Das müssen Sie sich jetzt nicht alles merken. Aber Sie wissen nun, sollte in Zukunft mal etwas auftreten, an wen Sie sich wenden können.‘ Und damit entlaste ich die [...]. Manche drücken das explizit aus: ‚Gut, dass ich das jetzt weiß.‘“ 2-12-BE-b5T-SB

Die Führungskräfte sollten möglichst im persönlichen Gespräch z. B. in Seminaren oder in Verbindung mit vorbeugenden Aktivitäten, zumindest aber durch schriftliche Informationen bereits auf die Handlungsleitfäden des Suchtpräventionsprogramms aufmerksam gemacht werden. Dabei kann zugleich für das Angebot der internen Beratung bzw. der AfS geworben werden, im Anwendungsfall die Personalverantwortlichen auch unterstützend zu begleiten. In einigen Vereinbarungen wird dies sogar explizit empfohlen:

„Verantwortlichkeiten im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms

[...]

Führungskräfte mit Disziplinarverantwortung

Die Überwachung der sicherheitsrelevanten Bestimmungen und Anforderungen des Arbeitsschutzes sowie der Leistungserbringung ist eine nicht delegierbare Führungsaufgabe. Bei allen Regelverstößen oder Auffälligkeiten in Verbindung mit berauschenden Suchtmitteln ist daher die Führungskraft zur Intervention verpflichtet. Darüber hinaus nehmen sie durch direkte Ansprache und das Gespräch die unternehmerisch geforderte Fürsorgeverantwortung wahr. Sie können sich jederzeit vom Bereich Human Resources, dem Suchtkoordinator oder einem der Ansprechpartner für ihre Intervention beraten lassen.

➔ BV-VD-b3T-2013

Die internen Beratungskräfte können Hilfestellung geben, damit die Gespräche bei Auffälligkeiten zeitnah aufgenommen werden und die Verfahrensabläufe konsequent und für alle Beteiligten nachvollziehbar vorstattengehen:

„In der Regel wenden sich die Vorgesetzten an die örtlichen Suchtberater [AfS], aber auch an mich [Sozialberatung]. Die Gesprächsvorbereitung der Vorgesetzten machen unsere Suchtberater sehr gut. Was spreche ich als Vorgesetzter an? Was spreche ich lieber nicht an?“ 14-20-FB-ü10T-SB/NA/NA

Unterstützung benötigen häufig Vorgesetzte, die bislang noch keine Erfahrungen mit Interventionen gemacht haben, nur oberflächlich informiert sind und deshalb bei Auffälligkeiten mit großer Unsicherheit oder gar nicht reagieren:

„Auf die können wir als Multiplikatoren einwirken [und Informationen weitergeben]. Dafür sind wir als AfS ja da.“ 13-23-öV-b5H-NA/NA/N

„Wenn eine Führungskraft noch nicht so ganz sicher ist, empfehlen wir vorsorglich zum Gespräch die Suchtberatung [AfS] oder die Sozialberatung hinzuzuziehen.“ 14-19-FB-ü10T-SB/NA/NA

Wie im vorstehenden Statement bereits als Möglichkeit beschrieben, sieht ein Teil der Beratungskräfte seine Rolle auch darin, die Vorgesetzten in den Stufengesprächen selbst zu unterstützen, damit sichergestellt ist, dass die Auffälligkeiten benannt und angemessene Hilfeangebote ausgesprochen werden:

„Und der Suchtbeauftragte kann eine enorm entlastende Funktion haben, vor allem im Gespräch mit den Betroffenen. Ich kann mich da [als Suchtbeauftragter] stärker zurückhalten. Aber ich habe das Gefühl, dass es sonst noch mehr Fälle gibt, wo der Vorgesetzte sich wegduckt und deshalb nichts hochkommt und die Fälle auch nicht angegangen werden.“ 6-4-VB-b5H-SU

In Einrichtungen, in denen haupt- und nebenamtliche Kräfte tätig sind, werden teilweise Modelle praktiziert, in denen die Rollen entsprechend aufgeteilt werden können. Im nachstehenden Beispiel wurde dies sogar in der BV/DV festgeschrieben:

„[Koordination]

Wenn aufgrund von Auffälligkeiten im Mitarbeiterverhalten bei

den Führungskräften Beratungsbedarf für die notwendigen Interventionen und Schritte im Rahmen der BV besteht, ist der Suchtkoordinator in diesen Fällen erster Ansprechpartner für Beratung und Coaching von Führungskräften.

Der Suchtkoordinator nimmt an den jeweiligen Gesprächen im Rahmen des Interventionsleitfadens teil. Um Rollenkonflikte zu vermeiden, übernimmt der Suchtkoordinator keine Einzelfallberatung von auffälligen Mitarbeitern.“

→ BV-VD-b3T-2013

An anderer Stelle beschreibt eine Beratungskraft im Interview, wie sie eine „Manöverkritik“ unter den Gesprächsführenden im Anschluss an jedes Stufengespräch angeregt hat.

So erfolgt unmittelbar Rückmeldung darüber: Was ist gut gelaufen im Gespräch? Wo hat es gehakt? Was sollte besser gemacht werden? Diese Rückmelderunde im geschützten Rahmen wird zu einem Learning-by-Doing-Modell, weil alle die Erfahrungen aus dem vorausgehenden Gespräch noch unmittelbar nachvollziehen können.

Die Sicherheit der Gesprächsführenden und das Vertrauen untereinander kann wachsen durch das, was in den gegebenenfalls noch folgenden Gesprächen positiv nachwirkt:

„Manchmal habe ich dann schon den Eindruck, dass eher noch ein bisschen Vertrauen darin fehlt so vorzugehen [...]. Oder dass sie sich eben halt schnell ins Bockshorn jagen lassen von der anderen Seite. Aber ich sage dann, es gibt da keine Alternative [zum Vorgehen nach dem Stufenplan].“ 9-20-KH-b1T-NA/BR

Die Beratungseinrichtung fungiert in einigen Situationen auch als Prozessverantwortliche, indem sie mehr oder weniger im Hintergrund nachsteuernd in das Stufenverfahren eingreift oder zeitweise die Prozesssteuerung übernimmt:

„Jetzt bin ich [Sozialberatung] von den Suchtberatern [AfS] hinzugezogen worden. Nun gehe ich auch zu den Personalleitern, die ihren HR-Mitarbeitern die Wichtigkeit und Deutlichkeit des Nachhaltens dieser Gespräche vor Augen führen sollen. So, dass die Führungskraft dann auch von mehreren Seiten erinnert wird. Letztend-

lich ist es Führungsaufgabe. Aber wir wollen die Hände nicht in den Schoß legen, weil das den Betroffenen nicht hilft. Und deshalb sagen wir, stoßen wir von verschiedenen Seiten immer wieder die Führungskräfte an.“ 4-19-FB-ü10T-SB/NA/NA

Als unterstützend erweist sich zudem die Erstellung weiterer Führungshilfen und Formulare für die Standardroutinen. Die Einführung des BEM-Verfahrens, in dem solche Vorlagen üblich sind, ergab, dass Letztere zu einem verbindlichen und rechtlich korrekten Vorgehen beitragen. Solche Formulare und Vorlagen, wie z. B. Anleitungen zur Gesprächsvorbereitung, Protokollvorlagen, Gesprächsvermerk für den Akutfall, können seitens der betrieblichen Einrichtungen für Suchtprävention und Suchthilfe zur Verfügung gestellt oder mit ihnen gemeinsam entwickelt werden:

„Was uns klar geworden ist, dass diese Dokumentation der Vorfälle so wichtig ist. Der Betroffene versucht natürlich sich aus dieser Umklammerung zu lösen. Für den Vorgesetzten ist es deshalb ganz, ganz wichtig, dass er tatsächlich einen Überblick hat, wie oft ist es denn passiert, oder wann ist es denn passiert? Und für den Betroffenen, dass er dann weiß, die haben das auf dem Schirm, das wird auch angesprochen. [...] Das sind natürlich sehr wichtige Sachen.“ 9-38-KH-b1T-NA/BR

„Und das Musterprotokoll finde ich ist auch hilfreich [...], um deutlich zu machen: Nur das darf da rein, mehr wollen wir gar nicht. So eine Protokollvorlage ist ganz nützlich.“ 1-6-öV-ü10T-KO-BGM

4.2.7 Erfolgsfaktor Ansprache von Gefährdungen aus dem Kollegenkreis



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherchemöglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku2>

„Ich bin der Meinung, dass [von den Kollegen] schon ein deutliches Wort gesprochen werden sollte, bevor ein Hilferuf kommt oder von anderer Seite Aktivität erfolgt. Wenn einer sagt: ‚Ich komme hier nicht mehr klar mit dem‘, dann kann man ganz anders agieren. Aber dieser alte Sippenschutz, wo es heißt, ‚ich scheiß den nicht an‘, selbst wenn die Betroffenen leiden, den sehe ich als Problem an.“
13-34-öV-b5H-NA/NA/NA

In den aktuellen Vereinbarungen zur Suchtprävention und Suchthilfe finden sich vielfach Passagen, nach denen „alle Beschäftigten aufgefordert sind, tätig zu werden“. Das heißt, sie sollen Probleme in Verbindung mit Suchtmittel- oder Medikamentengebrauch oder suchtbedingten Verhaltensweisen im kollegialen Gespräch direkt ansprechen und auf die betrieblichen Hilfeangebote hinweisen. Es ist ein Appell an die Übernahme sozialer Verantwortung im eigenen Arbeitsumfeld:

„Ansprache von Auffälligkeiten am Arbeitsplatz und Interventionsverfahren

[...]

Für das Ansprechen von Suchtproblemen in der Arbeitswelt gibt es grundsätzlich zwei Ebenen, zum einen die Ebene des kollegialen Gesprächs, zum anderen die Ebene von arbeits- bzw. dienstrechtlich notwendigen Gesprächen im Rahmen eines strukturierten Interventionsverfahrens.“

➔ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

In welcher Form und mit welchem Ziel dieses kollegiale Ansprechen erfolgen soll, bleibt allerdings in vielen Vereinbarungen unkonkret. Eine präzise Formulierung findet sich in folgendem Modell:

„Betriebliche Interventionen im Rahmen der Suchthilfe

Wenn Beschäftigte wiederholt im Arbeitsalltag so auffallen, dass ein riskanter Konsum von Suchtmitteln oder suchtbedingtes Verhalten nahelegt, sind grundsätzlich alle unmittelbar beteiligten Kolleginnen und Kollegen aufgerufen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten tätig zu werden. Dies kann geschehen, indem sie Betroffene auf ihr Verhalten ansprechen und auf Hilfemöglichkeiten hinweisen. Wer einen riskanten Umgang mit Suchtmitteln toleriert und deckt, trägt

vielfach zur Entstehung und zur Verlängerung von Suchtproblemen bei.“

→ I Bildungseinrichtung, 050102/248/2011

Der Impuls, der durch solche meist fürsorglichen Gespräche gesetzt werden kann, ist nicht zu unterschätzen. Er hat schon vielen geholfen, ihr Verhalten zu überdenken und zu verändern. Deshalb empfiehlt es sich, im Betrieb einen kurzen Leitfaden für das kollegiale Gespräch zu Verfügung stellen. Eine Broschüre mit weitergehenden Informationen, an denen man sich orientieren kann, ist bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. zu beziehen (vgl. DHS 2017).

Die Ansprache einer auffälligen Kollegin oder eines auffälligen Kollegen und der Hinweis auf Hilfeangebote sind die eine Sache; die Weitergabe der Information über beobachtete Auffälligkeiten und Verstöße an den zuständigen Vorgesetzten jedoch eine andere.

Hinweise auf Auffälligkeiten und Gefährdungen bei Personen aus dem Kollegenkreis, die von Mitarbeitenden an die Führung herangetragen werden, unterliegen im Arbeitsleben einem Tabu, weil sie vermeintlich immer zum Nachteil für den Kollegen oder die Kollegin ausgelegt werden und deren Status oder sogar ihren Arbeitsplatz gefährden könnten. In Betrieben ohne ein Suchtpräventions- und Suchthilfeprogramm sind solche negativen Auswirkungen auch nicht von der Hand zu weisen. Im schlechtesten Fall erfährt die- bzw. derjenige, die/der die Information der Führungskraft zugetragen hat, selbst Nachteile dadurch oder verliert den guten Ruf und das Vertrauen im Kollegenkreis, weil sie bzw. er jemanden „denunziert“ hat:

„Es ist bei den Leuten immer noch im Kopf: ‚Ich scheiße doch meine Kollegen nicht an.‘ Da habe ich es natürlich durch meine Ausbildung [zur AfS] mit meinen Leuten einfacher gehabt als viele andere, denen klarzumachen, dass das nichts mit Anscheißen zu tun hat, sondern mit Hilfe. War ein schwieriges Thema, diese Unsicherheit jemanden bloßzustellen oder wie immer wir das bezeichnen wollen.“ 4-10-BE-b5T-SB/NA/NA

Was die meisten Beschäftigten nicht wissen: Im Rahmen des Arbeitsschutzes unterliegen sie bereits seit einigen Jahren der Pflicht, mögliche Gefährdungen in ihrem Umfeld anzusprechen und die Verantwortlichen zeitnah darüber zu informieren: „Die Beschäftigten haben dem Arbeitgeber oder dem zu-

ständigen Vorgesetzten jede von ihnen festgestellte unmittelbare erhebliche Gefahr für die Sicherheit und Gesundheit [...] unverzüglich zu melden.“ (§ 16 ArbSchG Besondere Unterstützungspflichten)

Auf der anderen Seite ist der Vorgesetzte dann auch gehalten, diesen Hinweisen in geeigneter Weise nachzugehen und gegebenenfalls einzugreifen. Dies dient insbesondere dem präventiven Arbeitsschutz, bei dem es unter anderem darum geht, Gefährdungen für das Leben und für die physische und die psychische Gesundheit möglichst zu vermeiden. Denn neben einer angenommenen oder drohenden Suchtgefährdung steht bei Suchtmittelkonsum und/oder dem Gebrauch von Wahrnehmung und Reaktion verändernden Medikamenten immer auch die Arbeitssicherheit auf dem Spiel. Nach dem Gesetz sowie den Vorschriften zu Prävention und Unfallverhütung tragen in diesem Fall Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam die Verantwortung für die Sicherheit bei der Arbeit:

„Am Freitag wurde ich mittags noch in [eine Abteilung] gerufen. Die sind ganz verzweifelt. Das ist eine Kollegin, die ist schon mit Fahne aufgefallen [...]. Und sie hat ein auffälliges Verhalten: Verlässt ständig den Arbeitsplatz, ist mit Schmerzmitteln unterwegs, geht aber nicht zum Arzt und noch ganz viele Dinge. Und die sind alle maximal angenervt. Die sind jetzt soweit, dass sie auch nicht mehr tolerant sein können. Und jetzt ist da die Frage: Wie sprechen wir es an? [...] Wie packen wir es an, wenn die Fahne nicht da ist?“
9-32-KH-b1T-NA/BR

Es lohnt sich also zum Thema Arbeitssicherheit schon frühzeitig miteinander ins Gespräch zu kommen und z. B. im Rahmen der Unterweisung (vgl. [Kapitel 5.4.3](#)) die Ausfüllung dieser Pflichten zu erörtern:

„Dass die Führungskräfte auch so ein Vertrauen bei den anderen Mitarbeitern erzeugen können [...], so dass sie über Probleme rechtzeitig informiert werden, weil zeitnah Entscheidungen getroffen werden müssen, das fängt jetzt langsam an ins Bewusstsein der Kollegen vorzudringen.“ 9-16-KH-b1T-NA/BR

Die betriebliche Einrichtung zur Suchtprävention und Suchthilfe kann auch in diesem Zusammenhang die Rolle übernehmen, die Arbeitsgruppe über Gefährdungen der Gesundheit sowie der Arbeitssicherheit aufzuklären. Au-

ßerdem steht sie allen Ratsuchenden offen. Sie kann demnach auch den mitbetroffenen Kolleginnen und Kollegen Unterstützung anbieten und bei Auffälligkeiten im Kollegenkreis mit ihnen gemeinsam die weiteren Schritte erwägen.

Mit ihrer Hilfe lässt sich ein Weg dafür finden, dass die zuständige Führungskraft das notwendige Verfahren einleiten kann, wie es im vorliegenden Beispiel beschrieben wird:

„B1: Wenn Kollegen andere Kollegen decken [...], machen die sich ja mitverantwortlich. Es passieren da Sachen, die gefährlich sind. Damit ist keinem geholfen. Das mache ich denen auch klar.

B2: Ich mache es dann so, dass ich denen anbiete, bei uns in die Beratungsstunde zu kommen. Wenn die mir was sagen, dann bleibt das in dem Beratungsraum. Das wird nicht nach außen an Dritte weitergetragen. Das halte ich für unheimlich wichtig. Dass es denen schwerfällt [den Vorgesetzten anzusprechen], ist klar. Und wie schwer es für den Vorgesetzten ist, den Stufenplan einzuleiten, das weiß ich aus eigener Erfahrung. Das ist mit viel Arbeit verbunden.“
4-10-BE-b5T-SB/NA/NA

4.2.8 Erfolgsfaktor Leitfaden zum Vorgehen bei Auffälligkeiten durch Medikamentengebrauch



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherchemöglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku2>

„Es gab hier ein Projekt zum Thema Medikamentenmissbrauch, in dem wir den Umgang mit Mitarbeitern geregelt haben, wenn die BtMG-Medikamente genommen haben oder wo ein Verdacht auf Opiatmissbrauch vorliegt [...]. Ich finde, das ist eine richtig gute Regelung, die auch davon absieht gleich zu kündigen.“ 11-28-KH-ü10T-SB

Die Wahrnehmung von Auffälligkeiten in Verbindung mit Medikamentengebrauch und die Möglichkeiten zur Intervention werden in den Interviews als „schwierig“ dargestellt und die Entdeckung von Medikamentenproblemen als „eher zufällig“ beschrieben, wie z. B. im Zuge betriebsärztlicher Untersuchungen oder wenn Beschäftigte von sich aus Hilfe bei den Beratungskräften oder AfS suchen:

„B1: Solange sie gut arbeiten, sagt sowieso kein Mensch was.

B2: Hauptsache die Leistung stimmt.

B1: Ja. Da passiert es eher, dass die Leute irgendwann freiwillig kommen und sagen: „Ich brauche Hilfe.““ 4-8-BE-b5T-SB/NA/NA

Die meisten an der Erhebung beteiligten Interviewpartner und -partnerinnen gingen auf das Thema erst auf Nachfrage ein, bezeichneten es dann aber als wichtig. Man könnte den Eindruck bekommen, dass das Thema Medikamente in der Suchtprävention und Suchthilfe eine Nebenrolle spielt oder im Hintergrund bleibt, während die Aktivitäten stärker auf Alkohol, aktuelle Drogenprobleme und suchgefährdendes Verhalten ausgerichtet sind.

Einige der ausgewerteten Unternehmen (Verkehrsdienstleister, Fahrzeugbau, Krankenhäuser, eine Bildungseinrichtung) berichten von Erfahrungen mit Medikamentenproblemen und teilweise auch von Interventionen bei medikamentenbedingten Auffälligkeiten. Gefolgt wird dabei den vorliegenden Handlungsanleitungen. Wie in einem Interview von betriebsärztlicher Seite begrüßt wird, empfiehlt der neue Leitfaden die Auffälligkeiten oder Veränderungen zu registrieren und daran anzusetzen: „Und was dann dahinter steckt, können ja viele Dinge sein – auch Medikamentenprobleme. Und das ist nicht die Aufgabe der Führungskräfte, das zu ermitteln.“ Gerade bei frühen Interventionen, also im Fürsorge-, Klärungs- oder ersten Stufengespräch, kann die Führungskraft besonders wirksam die Lotsenfunktion wahrnehmen und auf die Beratungsmöglichkeiten durch den betriebsärztlichen Dienst verweisen, sofern ein Medikamentengebrauch angesprochen wird oder nicht auszuschließen ist.

Die Handlungsleitfäden in der betrieblichen Suchtprävention orientieren sich überwiegend an den Verfahrensweisen, die ursprünglich für das Vorgehen bei riskantem oder missbräuchlichem Konsum von Alkohol sowie bei Alkoholgefährdung und -krankheit entwickelt worden sind. Sie wurden später auf den riskanten Gebrauch von Suchtmitteln und Suchtgefährdung allgemein erweitert. Der Umgang mit Risiken und Gesundheitsgefährdungen durch Medikamentengebrauch ist darin häufig eingeschlossen. In aller Regel

nicht erwähnt oder bedacht ist die Tatsache, dass im Verfahren bei Medikamentenauffälligkeiten in vielen Fällen der Gebrauch von Arzneimitteln aus medizinischen Gründen (zunächst) weiter fortgesetzt werden muss und die Probleme nicht durch Konsumverzicht und Nüchternheit bei der Arbeit analog zum Vorgehen bei Alkohol und anderen Drogen gelöst werden können. Insofern sollte in Interventionsverfahren bei Medikamentenproblemen spätestens ab der zweiten Stufe eine betriebsärztliche Begleitung des weiteren Prozesses sichergestellt werden.

Spezifische Handlungsleitfäden mit Ausrichtung auf den betrieblichen Umgang mit Auffälligkeiten durch einen missbräuchlichen oder risikobehafteten Medikamentengebrauch sind selten zu finden. Der betriebsintern in einem Praxisprojekt im Gesundheitswesen entwickelte Leitfaden mit dem Titel „Medikamentenprobleme am Arbeitsplatz – Eine Praxishilfe für Führungskräfte und Multiplikator/Innen“ kann deshalb als Modell betrachtet werden. Darin wird sachgerecht über die Rolle von Medikamenten am Arbeitsplatz und ihren Einfluss auf die Arbeitssicherheit informiert. Es werden Auffälligkeiten als Folge einer Medikamentenproblematik aufgezeigt sowie Möglichkeiten, diese zu vermeiden. Darüber hinaus erfolgen Hinweise zum Umgang mit den betroffenen Beschäftigten und der Verweis auf entsprechende Interventionsverfahren. Die Broschüre eignet sich daher auch sehr gut für die Information der Beschäftigten im Rahmen der Suchtprävention und des Gesundheitsmanagements.

Probleme infolge eines nicht sachgerechten oder missbräuchlichen Medikamentengebrauchs treten insbesondere in Betrieben des Gesundheitswesens und in Pflegebereichen eher auf. Zum einen erklärt sich dies durch den hohen Anteil weiblicher Beschäftigter, da Frauen zu einem deutlich höheren Anteil Medikamente mit Missbrauchspotenzial verschrieben bekommen. (vgl. Glaeske/Schick Tanz 2012). Zum anderen sind die physischen wie psychischen Belastungen in diesen Arbeitsbereichen in Verbindung mit ungünstigen Arbeitszeiten und Beschäftigtenschlüsseln besonders hoch. Des Weiteren ist hier die Grifffnähe eher gegeben als in anderen Bereichen:

„Medikamente sind sicherlich ein großes Thema. Es kommen ja viele schon unter Schmerzmedikamenten, von Ibu [Ibuprofen] bis was weiß ich, zur Arbeit. Ich kenne viele Kolleginnen, Kollegen, die haben ihre Knochenbeschwerden, Rücken und was auch immer [...]. Und merkwürdigerweise, wenn Hausärzte ihnen starke Schmerzmittel verschreiben, wird nie angesprochen, dass sie dann eigentlich gar nicht am Straßenverkehr teilnehmen dürfen. [...] Das ist nicht

allein auf die Klinik bezogen, die Menschen nehmen allgemein so schnell Schmerzmittel und viel und dauerhaft. Das ist ja so selbstverständlich.“ 9-33-KH-b1T-NA/BR

Auch Fachleute greifen auf Medikamente zurück, nicht zuletzt um fit zu sein und ihre Anforderungen bewältigen zu können, zumal sie oftmals von sich glauben, die Risiken zu kennen und beherrschen zu können. Speziell für das ärztliche Personal gibt es die Möglichkeit, neben den betrieblichen Maßnahmen für sich persönlich auch die Angebote zur Suchtprävention und Suchthilfe der Berufsverbände und Ärztekammern in Anspruch zu nehmen:

„Also häufig hat man das Gefühl dass alle, die im Gesundheitswesen arbeiten glauben, dass sie so eine Unverletzbarkeitsaura umgibt [...]. Man setzt immer voraus, bloß, weil die Krankenschwester oder Arzt sind, wissen die, was sie tun. Aber nein, nein, nein, das wissen sie nicht.“ 9-33-KH-b1T-NA/BR

Neben freiverkäuflichen Medikamenten in Apotheken sowie ärztlichen Verschreibungen spielt für Beschäftigte auch der Zugang zu Medikamenten im Betrieb eine Rolle. Nicht überall gibt es dafür transparente Regelungen. In den Bereichen Gesundheit und Pflege kommt noch die Griffnähe zu Arzneimittelvorräten für die Patienten und Pflegebedürftigen hinzu:

„Der Vorteil ist, dass die Medikamentenschränke inzwischen alle verschlossen sind, und auch nicht jede Schwester hat einen Schlüssel, auch nicht die Ärzte. Das ist schon mal ganz gut [...]. Aber die bringen das zum Teil von zu Hause mit. Sie kriegen es verschrieben, oder man kann ja auch vieles so aus der Apotheke bekommen. [Gefährdung oder Qualitätsmängel dadurch], die werden im Krankenhaus nicht reflektiert.“ 9-33-KH-b1T-NA/BR

Gelegentlich laufen medikamentengefährdete Beschäftigte in diesen Arbeitsfeldern Gefahr, sich trotz der Kontrollen illegal Medikamente zu beschaffen oder widerrechtlich auf Betäubungsmittel (im Betäubungsmittelgesetz aufgeführte Substanzen) zuzugreifen. Oft wird ein solches Vorkommnis einseitig disziplinarisch und auf arbeitsrechtlichem Wege aufgearbeitet. Es erfolgt meist unmittelbar die Kündigung, ohne dass die Hilfeangebote des Stufenplans noch greifen könnten. Dieses Vorgehen erscheint vielleicht nachvoll-

ziehbar, weil die Patienten- und Arbeitssicherheit zu gewährleisten ist und nicht aufs Spiel gesetzt werden darf. Die Interventionen bei akuten Verstößen gegen die Arbeitssicherheit sowie das Stufenverfahren bei riskantem Konsum und Suchtgefährdung wurde dafür als nicht ausreichend angesehen.

Deshalb wurde in einem Krankenhaus speziell für diese Situation ein ergänzendes Interventionsverfahren entwickelt und in einem Leitfaden veröffentlicht:

„Wenn der Verdacht auf Opiatmissbrauch besteht, dann wird die Person von der Arbeit freigestellt, bis das geklärt ist. Und wir haben geregelt, dass in der Runde, die zusammenkommt, sofort der Personalchef und die zuständige Vorstandsperson dabei vertreten sind. Wir haben das auch auf sichere Beine gestellt. Ich finde, eine richtig gute Regelung, die auch davon absieht gleich zu kündigen.“
11-28-KH-ü10T-SB

In den Leitfaden wurde folgende spezifische Regelung zum Medikamenten-diebstahl aufgenommen:

„Diebstahl von Medikamenten

Personen mit einer Medikamentenproblematik, die im Krankenhaus arbeiten, sind der besonderen Griffnähe ihres Suchtmittels ausgesetzt. Viele Arzneimittel mit einem Suchtpotenzial, wie etwa Beruhigungs- und Schmerzmittel, gehören auf den Stationen zur Bedarfsmedikation und sind leicht zugänglich. Folglich kommt es im Zusammenhang mit einer Abhängigkeit häufig auch zu einem Diebstahl von Medikamenten. In vielen Fällen lässt sich die Entwendung von Psychopharmaka nicht zweifelsfrei nachweisen, aber wenn z.B. durch ungewöhnliche Bestellungen, plötzlich erhöhte Verbräuche oder eine fehlerhafte Dokumentation der Verdacht aufkommt, sollten Sie wie folgt vorgehen:

- Informieren Sie die jeweilige Klinikleitung (Pflegedirektion bzw. ärztliche Leitung).
- Überprüfen Sie, ob die Regelungen zur Medikamentenbestellung, -verabreichung und -dokumentation eingehalten wurden.
- Erinnern Sie Ihre Mitarbeiter/innen im Rahmen einer Teamsitzung an die geltenden Regelungen, informieren Sie über die Unregelmäßigkeiten und kündigen Sie für die Zukunft eine verschärfte Kontrolle an. Machen Sie deutlich, dass es erklärtes Ziel

[der Organisation] ist, Mitarbeiter/innen mit einer Suchtmittelproblematik nicht zu kündigen, sondern ihnen Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen. Weisen Sie daraufhin, dass jede/r Mitarbeiter/in sich an die Psychosoziale Beratung und Suchtprävention in [der Organisation] wenden kann, und dass die Beratung vertraulich ist. Es hat sich bewährt, die Suchtbeauftragte zu einer der folgenden Teamsitzungen einzuladen, damit sie das Hilfsprogramm [der Organisation] vorstellen kann.

- Überprüfen Sie, ob die Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Anwesenheit von bestimmten Mitarbeiter/innen stehen.
- Überlegen Sie, ob sich in Ihrem Team jemand befindet, um den Sie sich Sorgen machen, der in der letzten Zeit durch Veränderungen aufgefallen ist. Wenn ja, sollten Sie mit der Suchtbeauftragten das weitere Vorgehen, ggf. im Rahmen der Dienstvereinbarung Sucht besprechen.“

➔ Gesundheit und Soziales, 050102/252/2003

Die Regelung zum Medikamentendiebstahl in Folge einer Suchtgefährdung oder Abhängigkeit sorgt in Kombination mit den bereits vorhandenen Instrumenten dafür, dass die Fürsorgepflicht für die Betroffenen und die Sicherheitsstandards zum Schutz anderer Beteiligter konstruktiv miteinander verknüpft werden können. Dass die Schriftform allein manchmal nicht genügt, sondern auch weiterhin der wache Blick der betrieblichen Einrichtung für Suchtprävention für die korrekte Umsetzung notwendig ist, zeigt das folgende Statement:

„Dann ist aber trotzdem wieder jemandem gekündigt worden. Daraufhin habe ich mich mit denen [Personalverantwortlichen] wieder zusammengesetzt. Mehrere Gespräche waren nötig, bevor es hieß: ‚Wir sehen es ein. Wir kündigen nicht sofort.‘ Die Regelungen sind eigentlich klar. Aber der Impuls, der Reflex ist da. Das Thema bleibt ein Konfliktbereich.“ 11-28-KH-ü10T-SB

An diesem Beispiel wird einmal mehr deutlich, wie die Interventionsleitfäden in den Suchtpräventionsprogrammen zur Sicherung des Arbeitsplatzes beitragen können. Sie eröffnen den betroffenen Beschäftigten die Chance, mit Unterstützung des Betriebes einen Weg aus den schädigenden Verhaltensmustern und dem riskanten Konsum zu finden.

5 BETRIEBLICHE ANGEBOTE ZUR SUCHT- PRÄVENTION, BERATUNG UND SUCHTHILFE

Die interne Beratung, Information und Aufklärung zu Suchtproblemen am Arbeitsplatz gehört ebenfalls zu den ursprünglichen Kernbausteinen betrieblicher Programme. Als die vorbeugenden und unterstützenden Angebote zur Suchtprävention und Suchthilfe in den 1970er-Jahren hierzulande in den Betrieben eingeführt wurden, richteten sie mit als erste überhaupt den Blick über die traditionellen Themen der betrieblichen Gesundheitspolitik hinaus. Bis dahin ging es im Arbeits- und Gesundheitsschutz vorrangig um die Vermeidung von Unfällen und berufsbedingten Erkrankungen. Nun wurden die psychosozialen und physischen Folgen des riskanten Suchtmittelgebrauchs im Arbeitsleben thematisiert. In den Betrieben wurden Möglichkeiten aufgezeigt, wie durch Aufklärung und Interventionen Einfluss auf das Gefährdungs- und Gesundheitsverhalten von Beschäftigten genommen werden konnte. Ziel war es, den suchtgefährdeten und suchtkranken Mitarbeitenden im Sinne der Fürsorge Hilfe anzubieten. Dadurch konnten sie darin unterstützt werden, ihre Arbeitsfähigkeit und ihren Arbeitsplatz zu erhalten. Zugleich konnten Mehrbelastungen und Störungen im kollegialen Arbeitsumfeld vermieden werden.

In vielen Betrieben boten Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe als erste systematische Aufklärung und Qualifizierung für den Umgang mit Alkoholproblemen und mit den bis dahin mit am stärksten stigmatisierten Suchterkrankungen an und zogen damit viel Aufmerksamkeit auf sich. Der Stellenwert ihrer Angebote relativierte sich etwas in Verbindung mit den später eingeführten Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, die das präventive Spektrum erweiterten. Einen erheblichen Bedeutungsgewinn verzeichneten die Beratungs- und Präventionsangebote der Einrichtungen allerdings in jüngster Zeit: Dank der öffentlich geführten Diskussion um den Anstieg psychischer Belastungen und Erkrankungen rückten auch die Suchtprobleme in der Arbeitswelt wieder ins Blickfeld.

Die Aufgaben der Prävention von Gefährdungen durch Suchtmittelgebrauch und der Hilfe bei Suchtproblemen oblagen in den 1970er-Jahren zunächst den Sozialberatungen und den sogenannten Suchtkrankenhelfern, den heutigen Ansprechpersonen für Suchtfragen (AfS); vor allem in den großen Betrieben einiger Branchen fungierten sie bereits damals. Ihre Modelle verbreiteten sich, als die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) in

den 1980er-Jahren das Thema Alkohol am Arbeitsplatz sowie die Möglichkeit, wirksam dagegen vorzugehen, in der Öffentlichkeit platzierte und Beispiele aus den genannten Betrieben von den Medien aufgegriffen wurden. In vielen Beschäftigungsbereichen wurden weitere Beratungs- und Präventionsangebote aufgebaut bis hin zu Betrieben mittlerer, teilweise sogar kleinerer Größenordnung (vgl. Wienemann/Müller 2005).

Zunächst waren es oft einzelne Personen, die mit der Suchtprävention und Suchthilfe beauftragt wurden. Ihre Arbeit wurde analog zur außerbetrieblichen Suchthilfe häufig noch als ehrenamtliche Tätigkeit bezeichnet. Allmählich erfolgte dann der Ausbau von Möglichkeiten zur aufgabenbezogenen Qualifizierung für die betriebliche Sucht- und Präventionstätigkeit und eine Entwicklung der Kompetenzen in diesem Handlungsfeld (vgl. Wienemann 2000).

In den Standards der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe (vgl. DHS 2011) wurde schließlich empfohlen, die rechtlichen Grundlagen bezüglich Aufbaus und Aufgaben der internen Einrichtung für Prävention, Beratung und Suchthilfe in die BV/DV aufzunehmen. Auf diesem Wege konnte erreicht werden, dass in den Betrieben zunehmend verbindliche und professionelle Strukturen für die Beratungs- und Präventionsarbeit entstanden. Die internen Einrichtungen repräsentieren seither in besonderem Maße die Bereitschaft des Betriebes, den präventiven Pflichten nachzukommen und Maßnahmen zur Vermeidung und Verminderung gesundheitlicher Gefährdungen am Arbeitsplatz zu ergreifen. Darüber hinaus verkörpern sie quasi die soziale Unterstützung, die Beschäftigte in schwierigen Situationen seitens des Arbeitgebers erwarten können.

Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit sind in allen Betrieben auf Grundlage des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) einzusetzen. Darin werden ihr Auftrag sowie Rahmenbedingungen für deren Einsatz geregelt. Umso erstaunlicher ist es, dass für all die anderen Formen gesundheitsbezogener oder psychosozialer Beratung im Betrieb – insbesondere für die Beratung von Suchtgefährdeten, von psychisch belasteten Beschäftigten aber auch für die BEM-Beratung – bislang kein expliziter und spezifischer rechtlicher Rahmen geschaffen worden ist, obwohl es hier um höchst sensible gesundheitliche Themen geht.

Eine BV/DV oder eine vergleichbare Vereinbarung stellt bis heute die einzige verbindliche Basis dar für die Ausgestaltung des Auftrags und der Strukturen zur Suchtprävention und Suchthilfe. Sie schafft außerdem eine unverzichtbare Grundlage für den Persönlichkeits- und Datenschutz, für die Schweigepflicht und für das rechtskonforme Vorgehen vor allem in den Interventionsprozessen. Sie sichert die Arbeit der haupt- und nebenamtlichen

Fach- und Beratungskräfte im Handlungsfeld betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe und sichert damit den nachhaltigen Erfolg des Suchtpräventionsprogramms.

5.1 Interne Einrichtung für Prävention und Beratung

Die Ausstattung und das Profil der Einrichtung hängen wesentlich von der Größe und Struktur des Betriebes sowie von den vorhandenen Ressourcen ab, daneben allerdings auch von der Person oder den Personen, die sich des Themas Suchtprävention und -beratung annehmen und nicht zuletzt von Zufällen aller Art. Angesichts nicht vorhandener Vorgaben für die Ausgestaltung verwundert es also nicht, dass in der Praxis eine Unzahl verschiedener Modelle von betrieblichen Einrichtungen zu finden sind. Das reicht von der Sozialberatung mit einem breiten Aufgabenspektrum, wobei die Suchtprävention und Suchthilfe nur ein Angebot ist, bis hin zu einer einzelnen Ansprechperson für Suchtfragen, die ohne Freistellung neben ihren beruflichen Anforderungen im Betrieb für die Suchthilfe tätig ist. Seit der Veröffentlichung der Qualitätsstandards liegen zumindest Kriterien vor, an denen sich Betriebe bei Aufbau und Besetzung einer internen Einrichtung orientieren können (DHS 2011, S. 72 ff.).

Die Einrichtungen zur Suchtprävention, Beratung und Suchthilfe gehören zum Unterstützungsangebot des Betriebes. Dieses richtet sich sowohl allgemein an alle Beschäftigten mit Beratungsbedarf als auch speziell an die Personalverantwortliche, die im Rahmen ihrer Personalarbeit und Führungstätigkeit fachliche Begleitung wünschen. Unterscheiden lassen sich vier Grundmodelle von Einrichtungen, die sich auch in den Vereinbarungen und in der Praxis der an der Studie beteiligten Betriebe wiederfinden:

- Nebenamtliche Beratungs- und Präventionsangebote, getragen durch betriebliche Ansprechpersonen für Suchtfragen (Frauen und Männer, die tätig sind als AfS, Suchtkrankenhelfer, Suchthelfer, kollegiale Berater, soziale Ansprechpartner, Suchtbeauftragte o. Ä.)
- Hauptamtliche Sozial- oder Suchtberatung, besetzt entweder a) mit Beratungskräften mit einschlägiger Qualifikation (Sozialarbeit/-pädagogik, Psychologie, Pädagogik o. Ä.), teilweise mit Zusatzausbildungen und/oder Fortbildung für die betriebliche Suchtarbeit oder b) mit freigestellten Beratungskräften aus betrieblichen Funktionsbereichen mit einschlägiger Fortbildung (Suchtbeauftragte, Suchtberater, Mitarbeiterberater o. Ä.).

- Kombinationsmodell von haupt- und nebenamtlicher Beratung, getragen von hauptamtlichen Beratungskräften in Zusammenarbeit mit meist mehreren nebenamtlich tätigen Ansprechpersonen für Suchtfragen.
- Beratung durch externe Beratungsdienstleister
Auf Vertragsbasis werden Beratungsstellen, Verbände, Beratungsdienste, EAP-Anbieter o. Ä. mit der Beratung von Beschäftigten und Führungskräften beauftragt, teilweise auch mit der Prävention. Die Beratung findet entweder vor Ort in einem internen Beratungsumfeld statt oder wird extern als persönliche bzw. als telefonische Beratung durchgeführt.

Die Einrichtungen wechseln im Verlauf der Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention und Suchtberatung nicht nur ihre Angebote, sondern oft auch ihre Struktur und Bezeichnung. Gründe dafür liegen zum einen in der fachlichen Weiterentwicklung und Professionalisierung der betrieblichen Präventionsprogramme selbst, zum anderen in der Ausweitung der Themen und Kooperationen z. B. im Rahmen des Gesundheitsmanagements. Darüber hinaus spielen auch ökonomische Überlegungen und Entscheidungen des Managements eine Rolle. So wurden im letzten Jahrzehnt verstärkt Beratungsaufträge an externe Dienstleister vergeben und interne Strukturen teilweise reduziert.

5.1.1 Erfolgsfaktor Angemessene Struktur und Positionierung der Einrichtung



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„Ein Erfolg ist, dass wir überhaupt installiert wurden. Und zwar in dieser Größe, entsprechend der Größe der [Einrichtung]. Wir sind im Moment sechs, eine Hauptamtliche und fünf Nebenamtliche.“
4-2-BE-b5T-SB/NA/NA

Für den Erfolg des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms ist es offensichtlich bedeutsam, dass es erstens überhaupt eine Einrichtung mit dem Auftrag zur Suchtprävention und Suchthilfe gibt und zweitens, dass je nach Größe, Struktur und Kultur des Betriebes angemessene Rahmenbedingungen dafür hergestellt werden. In den vorliegenden BV/DV finden sich verschiedene hilfreiche Regelungen zur Organisation und Ausstattung der betrieblichen Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe. Sie legen einerseits einen gewissen Rahmen fest und ermöglichen andererseits die flexible Ausgestaltung in der Praxis vor Ort:

„Organisation der betrieblichen Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe

[...]

Wie die interne Einrichtung der Suchtprävention und -hilfe organisiert wird, hängt von den Gegebenheiten und der Größe der jeweiligen Dienststelle sowie den dortigen Erfordernissen der Suchtprävention ab. Die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit anderen Dienststellen oder Angeboten auf Ressortebene sind zu prüfen und zu nutzen, dies gilt insbesondere für kleinere Dienststellen.“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

Was in der zuletzt zitierten Vereinbarung als Empfehlung zur Kooperation ausgesprochen wurde, ist an anderer Stelle bereits verwirklicht worden:

„Das war ein großer Erfolg, dass sie sich dann auch eine gemeinsame professionelle Sozial- und Suchtberatung geleistet haben und dass Anfang der 90er-Jahre die Stelle ausgeschrieben worden ist. Das ist etwas Besonderes für den [Bereich], dass diese Stelle bei [der einen Einrichtung] angesiedelt, aber gemeinsam für Beschäftigte [der beiden Einrichtungen] zuständig ist und die sich die Kosten für diese Stelle teilen, aufgeteilt nach der Anzahl der Beschäftigten.“

5-3-BE-b3T-SB

Zu den erforderlichen Rahmenbedingungen gehört eine verbindliche Grundlage, die nach einem gemeinsamen Entwicklungsprozess in einer BV/DV festgeschrieben wird. Sie enthält ein Statement zur Bedeutung und zu den Zielen der Suchtprävention und kann gegebenenfalls das bisherige Wirken bereits bestehender Einrichtungen würdigend einbeziehen:

„Kollegiale Ansprechpartner für Suchtfragen/Berater-Team/EAP
[...]

Mit dieser BV bekennt sich die [Firma] zu ihrer übergreifenden unternehmerischen Verantwortung im Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz (und) bietet einen bisher nicht vorhandenen Rahmen für die bestehenden Hilfsprogramme [...]. Diese Hilfsprogramme haben sich im Grundsatz bewährt und werden durch anderweitige Regelungen der BV nicht in Frage gestellt.“

➔ BV-VD-b3T-2013

Regelungen zu den Aufgaben und zur Ausstattung der Einrichtung sind in der Praxis sehr hilfreich, nicht zuletzt, weil sie zur Statusklärung beitragen und von den Beratungskräften oder den Steuerungsgremien nicht immer wieder neu ausgehandelt werden müssen. Das gilt auch für die Ausgestaltung der Stellen für die Fach- und Beratungskräfte sowie ihrer Rechte und Pflichten (vgl. Kapitel 5.2.1) sowie für die Einsatzbedingungen der nebenamtlichen AfS:

„Die Suchtberatungsstelle
[...]

Die Suchtberatungsstelle ist [dem Direktor/der Direktorin] unmittelbar unterstellt. Sie ist [...] mit einem hauptamtlichen Suchtbeauftragten bzw. einer hauptamtlichen Suchtbeauftragten (ggf. eine Frau und ein Mann mit jeweils halber Stelle) mit suchtspezifischer Qualifikation auszustatten. Ihre Bestellung erfolgt im Einvernehmen mit den Personalräten. [...]

Die wahrzunehmenden Aufgaben werden vom Arbeitskreis Sucht [...] beschrieben, auf deren Grundlage die Stellenbeschreibung vorgenommen wird. [...]

Die Möglichkeit zur Fortbildung, Beratung und Supervision ist zu gewährleisten. Die Kosten hierfür werden von der Dienststelle getragen.“

➔ Gesundheit und Soziales, 050102/252/2003

Die Festlegung der Anbindung innerhalb der Organisation ist primär beim Einsatz der hauptamtlichen Fach- und Beratungskräfte von Bedeutung. Diese in der BV/DV festzulegen schafft Transparenz und ermöglicht eine klare Positionierung der Suchtprävention und Suchthilfe in den betrieblichen

Strukturen sowie deren disziplinarische und/oder fachliche Zuordnung. Bei notwendiger Gewährleistung von Vertraulichkeit und Weisungsfreiheit in der individuellen Beratung galten bestimmte Bereiche immer als weniger geeignet für die Anbindung wie etwa die Personalabteilung, aber auch die Interessenvertretungen. In vielen Betrieben sind deshalb die hauptamtlichen Einrichtungen als Stabsstellen organisiert, analog zu den nach dem ASiG eingesetzten Arbeitssicherheitsfachkräften und Betriebsärzten. In der Praxis gibt es jedoch noch eine Reihe anderer Modelle, unter anderem die Zuordnung zum betriebsärztlichen Dienst, zur Personalentwicklung und in den letzten Jahren vermehrt zum betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Die Anbindung kann die Akzeptanz der Einrichtung zur Suchtprävention und Suchthilfe insbesondere in der Zusammenarbeit mit Personalverantwortlichen und betrieblichen Gremien wesentlich beeinflussen. Sie wirkt sich aber auch auf die Zugriffsmöglichkeiten bzw. auf die Zuweisung von Ressourcen aus. Bei der Festlegung sollte der Blick auch darauf gerichtet werden, welche Anbindung für die Arbeit der Einrichtung und der dort tätigen Fachkräfte die größte Effizienz verspricht. Dabei kann es sinnvoll sein, unterschiedliche Konstellationen abzuwägen, wie das folgende Beispiel zeigt:

„Es war klar, dass es eine Stabsstelle direkt beim Vorstand sein soll. Und das war zu Anfang der Vorstandsvorsitzende. Aber nach dem Wechsel der Zuständigkeitsbereiche bin jetzt bei der Pflegedirektion angesiedelt [...]. Also für mich persönlich ist das gut. Weil diese Berufsgruppe ist einfach erreichbarer. Sie setzen sich mit dem Thema viel mehr auseinander. Gleichzeitig wird in [dieser Organisation] natürlich die ärztliche Direktion in der Hierarchie immer noch über der Pflegedirektion gesehen. Aber in der täglichen Arbeit hat sich alles verbessert, seitdem das so geregelt ist.“ 11-10-KH-ü10T-SB

Weiterhin ist für eine interne Einrichtung eine personelle Besetzung vorzusehen, die entweder einschlägige Kompetenzen für Beratungs- und Präventionsarbeit nach professionellen Standards mitbringt oder diese zeitnah erwirbt:

„Organisation der betrieblichen Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe
[...]

Mit den internen Angeboten sollen ausgebildete, mit betrieblichen Suchtpräventions- und Suchthilfekzepten vertraute Kräfte haupt- oder nebenamtlich beauftragt werden, die über die in Anlage [...] aufgeführten grundlegenden Qualifikationen für das Arbeitsfeld der betrieblichen Suchtprävention verfügen.

Sofern nebenamtliche Kräfte mit Aufgaben der Suchtberatung beauftragt werden, die noch nicht über eine Ausbildung verfügen, stellt die Dienststelle sicher, dass eine grundlegende Qualifizierung und ausreichende Weiterbildung für den betrieblichen Einsatz erfolgt.

In der betrieblichen Suchtprävention hauptamtlich tätige Fachkräfte decken in der Regel ein breiteres Aufgaben- und Themenspektrum ab und verfügen dementsprechend über eine Ausbildung mit Hochschulabschluss (z. B. der Fachrichtung Sozialpädagogik/Sozialarbeit, Gesundheitswissenschaften, Psychologie) und/oder eine suchtspezifische Zusatzqualifikation bzw. können eine vergleichbare Berufsqualifikation vorweisen.“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

Schließlich sind die materiellen sowie organisatorischen Voraussetzungen für die Arbeit der Einrichtung bereitzustellen. Besonders hervorzuheben ist das Beispiel mit der Bereitstellung administrativer Unterstützung:

„Der Betrieb stellt einen geeigneten Raum für die Beratungstätigkeit zur Verfügung.“

→ Gesundheit und Soziales, 050102/245/2014

„Die Dienststelle stellt ausreichende Arbeitskraft für administrative Tätigkeiten zur Verfügung.“

→ Gesundheit und Soziales, 050102/252/2003

Nur selten ist der Aspekt der administrativen Unterstützung der internen Einrichtungen in den BV/DV aufgenommen. Im vorstehenden Beispiel handelt es sich um eine hauptamtlich besetzte Stelle. In der Erhebung findet sich ein weiteres Modell aus einem Betrieb mit einer nebenamtlich getragenen Einrichtung. Dort übernimmt die Verwaltungskraft nicht nur Assistenzfunktionen, sondern bearbeitet im Sinne einer Referententätigkeit den verwaltnisbezogenen Rahmen für die Arbeit der Einrichtung:

„Suchtberatung

[...]

Die Treffen der internen Suchtberater/innen bzw. Suchtkrankenhelfer/innen und deren sonstige Aktivitäten (z. B. die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen) werden durch eine von der Dienststelle zu bestimmende Verwaltungskraft unterstützt. Die Verwaltungskraft kümmert sich u. a. um die Einladung zu regelmäßigen Treffen und die Protokollführung.“

→ DV-öV-b5H-2014

Zu den organisatorischen Voraussetzungen gehört bei den nebenamtlichen AfS auch immer die Regelung des zeitlichen Aufwandes, der für die Tätigkeit angesetzt wird, die Anerkennung als Arbeitszeit bzw. die Freistellungsbedingungen:

„Organisation der betrieblichen Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe

[...]

Nebenamtliche Kräfte üben ihre Tätigkeit in der internen Suchthilfe grundsätzlich während der Dienstzeit aus. Die Arbeitszeit und die Arbeitsbedingungen sind auf die besonderen Anforderungen aus der nebenamtlichen Tätigkeit abzustimmen. Sofern in Ausnahmefällen ein Tätigwerden außerhalb der Dienstzeit erforderlich ist, ist ein entsprechender Zeitausgleich zu gewähren.“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

Gerade die Notwendigkeit zur Freistellung der nebenamtlichen AfS für ihre Tätigkeit in der Suchtprävention und Suchthilfe wird in einigen Betrieben – selbst wenn sie in der BV/DV geregelt worden ist – immer wieder in Frage gestellt. Dies führt insbesondere bei Personalengpässen in den Arbeitsbereichen auch zu Unstimmigkeiten zwischen AfS und den zuständigen Vorgesetzten:

„Wenn ich irgendwo hin muss zu einem Beratungsgespräch oder zur Sitzung, da sagt keiner hier: ‚Nein, nicht schon wieder.‘ Man hat es am Anfang mal versucht, aber mittlerweile hat man das aufgegeben. Denn das ist ja auch die Weisung, die wir auch haben. Die Rahmenbedingungen der DV sind so, dass wir die Tätigkeit wahrneh-

men können, die Suchtbeauftragte und wir [die Nebenamtlichen] auch.“ 4-2-BE-b5T-SB/NA/NA

Sofern in Betrieben mit entsprechenden Einsprüchen zu rechnen ist, kann in den Vereinbarungen eine Konfliktregelung vorgesehen werden:

„Suchtkrankenhelfer/innen

[...]

Die Tätigkeit ist freiwillig. Sie wird im Rahmen der Dienstzeit, bei Bedarf auch außerhalb mit Freizeitausgleich ausgeübt. Suchtkrankenhelfer/innen sind unter Fortzahlung der Bezüge entsprechend ihrer Inanspruchnahme freizustellen. Sie sind in der Tätigkeit weisungsfrei. Konflikte werden über den [Arbeitskreis] geregelt.“

→ Landverkehr, 050102/234/2014

Die konkrete Ausprägung und Ausstattung einer betrieblichen Einrichtung sowie ihre Angebote hängen in der Praxis oftmals von weiteren Faktoren ab. Beispielsweise spielt es eine bedeutende Rolle, welche Kompetenzen zum Thema Suchtprävention überhaupt schon im Betrieb vorhanden sind und welche noch entwickelt werden müssen, um die Vereinbarung und die Einrichtung auf eine solide Basis zu stellen. Häufig sind Anpassungen erforderlich, wenn sich die Konditionen verändern oder sich die Bedarfe im Zuge der Arbeit einer Einrichtung in die eine oder andere Richtung entwickeln. So umfasst die Erhebung mehrere Beispiele, wo in hauptamtlich besetzten Einrichtungen in der Vergangenheit zusätzlich nebenamtliche AfS tätig waren. Berichtet wurde in den Interviews, dass deren Tätigkeit „eingeschlafen“ sei oder es „keinen entsprechenden Bedarf dafür“ mehr gegeben habe:

„In den Anfängen gab es eine hauptamtliche Stelle, aber auch noch Nebenamtliche. Die haben dann irgendwann aufgehört, weil die einfach nicht in dem Umfang angesprochen worden sind [...]. Dann haben wir nicht mehr nachbesetzt.“ 5-24-BE-b3T-SB

Dagegen wird vom Ausbau von Kapazitäten auf professioneller Seite berichtet. Denn vor allem der Bedarf an Beratung in Verbindung mit dem Thema Psychische Belastungen und Erkrankungen am Arbeitsplatz ist gestiegen:

„Wir haben hier jetzt auch eine Fachstelle für psychische Gesundheit, die die Koordination, Steuerung des ganzen Themas macht, einschließlich Sensibilisierung und so weiter [zusätzlich zu unserer] Beratungsstelle. Dafür wurden zwei Fachleute eingestellt, also Psychologen mit therapeutischer Ausbildung, die Erstkontakte, Erstberatung machen, bis maximal sieben, acht Beratungen.“ 3-9-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Nicht immer hängen die zugestandenen Rahmenbedingungen allein von den Erfordernissen einer wirksamen und professionellen Beratungs- und Präventionsarbeit ab, sondern auch vom Kräfteverhältnis der Betriebsparteien oder von den Interessenlagen bereits vorhandener Einrichtungen:

„B1: Ja, die Fachstelle Sucht nach der BV und die Beratungsstelle sind in der Tat sehr verbunden miteinander. Aber es sind zwei unterschiedliche Paar Stiefel. Es ist einfach: Strategisch. Operativ. Also ich sehe eher die Fachstelle in Richtung Strategie. Und die Beratungsstelle eher im operativen Tun.

B2: Die Fachstelle koordiniert dann beides.“ 3-51-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

5.1.2 Erfolgsfaktor Schweigepflicht, weisungsfreie Beratung und Datenschutz



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherchemöglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„Wenn die mir was sagen, dann bleibt das in dem Raum. Also das wird nicht nach außen an Dritte oder wie auch immer weitergetragen. Das halte ich für unheimlich wichtig.“ 4-10-BE-b5T-SB/NA/NA

Eine Grundvoraussetzung für das erfolgreiche Wirken der Beratungseinrichtungen zur Suchtprävention und Suchthilfe ist die Sicherstellung der Verschwiegenheit. Diese beginnt damit, dass die Personen die Einrichtung aufsuchen und gilt für alle in der Beratung angesprochenen Themen sowie vereinbarten Schritte:

„Interventionsleitfaden und Hilfsangebote

[...]

Unabhängig von den im Interventionsleitfaden (Anlage [...]) beschriebenen abgestuften Reaktionen des Unternehmens [...], haben alle Beschäftigten jederzeit die Möglichkeit, anonym und vertraulich die Berater des [internen und externen Beratungsangebots] zu kontaktieren. Die Berater unterliegen der Schweigepflicht und es ergehen ohne Zustimmung des betroffenen Mitarbeiters keinerlei Rückmeldungen an den Arbeitgeber über eine freiwillige Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.“

➔ BV-VD-b3T-2013

„Es geht ja schon darum, wenn mir ein Kollege mal so im Gespräch was erzählt, dann weiß er, dass ich das auch für mich behalten kann. [...] Wo dann einfach im Nebensatz mal so was fällt wie: ‚Der ist ja komisch drauf in letzter Zeit‘, oder so. Dass man da dann einfach sagen kann: ‚Wenn es Probleme gibt, könnt ihr kommen.‘“ 9-22-KH-b1T-NA/BR

Um eine verbindliche und vor allem auch für alle transparente Schweigepflichtregelung zu schaffen, ist eine BV/DV abzuschließen. Dies gilt auch für die Verfahrensweisen zur Gewährleistung des Persönlichkeits- und Datenschutzes:

„Schweigepflicht, Personen- und Datenschutz

1. Die Mitglieder des Arbeitskreises Gesundheit sowie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den nach dieser Dienstvereinbarung vorgeschriebenen Gesprächen sind über alle personenbezogenen Angelegenheiten und Tatsachen, die ihnen in Zusammenhang mit ihrem Amt oder mit dem Gespräch bekannt werden, zum Stillschweigen verpflichtet. Sobald nach dem Stufenplan die Personalabteilung einbezogen wurde, ist die Führungskraft

gegenüber der Personalabteilung nicht mehr zum Stillschweigen verpflichtet.

2. Bei individuellen Beratungen – insbesondere durch die Ansprechperson für Suchtfragen – gilt die Verschwiegenheitspflicht ausnahmslos und auch gegenüber den anderen Mitgliedern des Arbeitskreises Gesundheit. Die Verschwiegenheitspflicht bezieht sich auf die Gesprächsteilnehmer/innen, auf die Gesprächsinhalte und insbesondere auf alle personenbezogenen Informationen.
3. Zur Inanspruchnahme von externen Hilfsorganisationen dürfen personenbezogene Daten nur weitergegeben werden, wenn im konkreten Einzelfall die oder der Beschäftigte eine schriftliche Einwilligung erteilt hat.
4. Die Ansprechperson für Suchtfragen unterschreibt vor Amtsübernahme eine Verschwiegenheitserklärung, die alle in dieser Dienstvereinbarung festgelegten Aspekte des Datenschutzes arbeitsrechtlich verpflichtend abdeckt (Anlage [...]).
5. Die nach dieser Dienstvereinbarung vorgeschriebenen Protokolle sind innerhalb der Personalakte in geschlossenen Umschlägen zu verwahren. Sie sind nach drei Jahren aus der Personalakte zu entfernen, sofern in diesem Zeitraum kein Interventionsgespräch stattfand. Die Umschläge dürfen nur zum Zwecke der Prüfung und Bearbeitung arbeitsrechtlicher Maßnahmen geöffnet werden.
6. Die vom Arbeitskreis Sucht angefertigten Unterlagen (Gesprächsnotizen, Sitzungsniederschriften usw.) enthalten keinen Bezug zu Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern.“

→ Versicherungsgewerbe; 050102/251/2011

Für die betriebliche Arbeit reicht die Regelung zur beruflichen Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch nicht aus. Sie deckt bei weitem nicht alle Berufsbereiche ab, aus denen die haupt- und nebenamtlichen Fach- und Beratungskräfte in betrieblichen Einrichtungen kommen. Sie gilt auch nicht für alle, die eine Ausbildung als Sozialarbeiter und Sozialpädagoge vorweisen können – es sei denn, die Beratungskräfte üben ihre Tätigkeit als Helferin oder Helfer des Betriebsarztes aus, was aber selten der Fall ist. Aus diesem Grunde gehört es zu den fachlichen und rechtlichen Standards der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe, einschlägige rechtliche Grundlagen über eine BV/DV herzustellen und die Beteiligten darauf zu verpflichten:

„Die oder der Suchtbeauftragte

[...]

Die oder der Suchtbeauftragte arbeitet in der individuellen Beratung unabhängig und ist fachlich weisungsfrei. Sie oder er ist über alle, im Rahmen ihrer oder seiner Beratung bekannt gewordenen Sachverhalte gegenüber Personen außerhalb der internen Einrichtung für Suchtfragen zur Verschwiegenheit verpflichtet. Bei der Erhebung von und dem Umgang mit personenbezogenen Daten sind besondere Anforderungen des Landesdatenschutzgesetzes für sensitive Daten zu beachten. Es wird sichergestellt, dass bei Telefonaten, die im Beratungszusammenhang geführt werden, die Zielnummern nicht erfasst werden.“

➔ Bildungseinrichtung, 050102/206/2007

„Kollegiale Ansprechperson für Suchtfragen

[...]

Bei der Funktion ‚Kollegiale Ansprechperson für Suchtfragen‘ handelt es sich um ein freiwillig übernommenes Amt. Die Amtsübernahme erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die auch die Verpflichtungen zur Einhaltung des Datenschutzes enthält.“

➔ Versicherungsgewerbe, 050102/251/2011

Zu den Standards in der personenbezogenen Beratung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe gehört es ebenso, dass einzelne Beratungsgespräche mit Rat suchenden Beschäftigten – auch Führungskräften – weisungsfrei erfolgen, das heißt nicht unter dem Einfluss und nach Maßgabe der Interessen Dritter stattfinden:

„Organisation

[...]

Die in der betrieblichen Suchtarbeit Tätigen sind in ihrer Beauftragung unabhängig von Dienststelle und Personalrat und arbeiten bei der individuellen Beratung der Suchtkranken und -gefährdeten weisungsfrei. Sie sind über alle im Rahmen ihrer Tätigkeit bekannt gewordenen Sachverhalte zur Verschwiegenheit verpflichtet, soweit gesetzliche Regelungen es nicht anders bestimmen.“

➔ Gesundheit und Soziales, 050102/252/2003

In Einrichtungen, in denen nebenamtlichen Ansprechpersonen für Suchtfällen tätig sind, gilt es ebenfalls sicherzustellen, dass sie in der Beratung weisungsfrei arbeiten können. Das gilt ebenso für nebenamtliche AFS, die mit hauptamtlichen Beratungskräften zusammenarbeiten, selbst wenn jene den Auftrag haben, sie fachlich anzuleiten:

„Suchtberatung [...]

Zur Unterstützung von Vorgesetzten, betroffenen ArbeitskollegInnen und des Personalrates sowie zur Beratung und Betreuung von suchtmittelgefährdeten und -abhängigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden fachlich weisungsunabhängige interne Suchtberater/innen bzw. Suchtkrankenhelfer/innen eingesetzt. Deren Tätigkeit ist Arbeitszeit. Bei Bedarf wird ein/e externe/r Suchtberater/ in hinzugezogen.“

→ DV-öV-b5H-2014

Weisungsfrei zu arbeiten schließt jedoch nicht aus, dass die Beratungskräfte auf die Ziele der BV/DV hin verpflichtet werden und sich z.B. bei Interventionsverfahren in der Gestaltung des Beratungsverlaufs an der Stufenfolge orientieren müssen:

„Organisation der betrieblichen Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe

[...]

Grundlage für die Arbeit der Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe sind die Dienstvereinbarung und die von der Arbeitsgruppe Suchtprävention vorgegebene inhaltliche Schwerpunktsetzung.

Die Aufgabe der Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe umfasst die Prävention und die Beratung bei Suchtgefährdung. Sie berät sowohl Personalverantwortliche und Beschäftigte als auch betroffene Personen. Nach dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe soll die Beratung und Unterstützung die Eigenverantwortlichkeit von Betroffenen stärken. Therapeutische Maßnahmen gehören nicht zur betrieblichen Suchthilfe. Sie kooperiert im Einzelfall mit externen Beratungsstellen und therapeutischen Einrichtungen. Unter der Voraussetzung entsprechender Qualifikationen kann die Beratung auch auf weitere Problemstellungen im Zusammenhang der Suchtprävention ausgedehnt werden.“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

5.1.3 Erfolgsfaktor Bezeichnung und Aufgabenspektrum der Einrichtung

„Die Beratungsstelle hieß erst ‚Betriebliche Suchtberatung‘. Schon bevor ich gekommen bin als Suchtbeauftragte war der Titel festgelegt worden. Als der Aufgabenbereich dann anders definiert worden ist, wurde sie in ‚Psychosoziale Beratung und Suchtprävention‘ umbenannt. Und wenn wir bei den Erfolgsfaktoren sind, dann würde ich das als einen ganz zentralen sehen.“ 11-4-KH-ü10T-SB

Wie das hier zitierte Beispiel zeigt, haben die Bezeichnungen der internen Beratungseinrichtungen häufig einen Wandel durchlaufen. Es betrifft in erster Linie Einrichtungen und Stellen, die im Zuge der Verbreitung der betrieblichen Suchtpräventionsprogramme neu geschaffen wurden und heute mit hauptamtlichen Beratungskräften besetzt sind. Neben der Anbindung und Ausstattung ist der Name der Einrichtung bzw. der Stelle für hauptamtliche Fachkräfte ein hochsensibler Faktor im Hinblick auf eine erfolgreiche Positionierung in der Organisation und befriedigende Arbeitsbedingungen.

Der Name ist eben nicht nur wie in Goethes Faust „Schall und Rauch“, sondern repräsentiert das Programm der Einrichtung oder der Stelle und wirkt identitätsstiftend für die dort Tätigen:

„Ich habe immer noch diesen Titel ‚Suchtbeauftragte‘. Ich benutze den aber wenig. Aber so heißt die Stabsstelle eben.“ 11-4-KH-ü10T-SB

Im jüngst beschriebenen Fall wurde demnach der Name der Einrichtung bereits mehrfach geändert, die Bezeichnung „Suchtbeauftragte“ für die in der BV/DV verankerte Stelle hat dies jedoch überdauert.

Zum besseren Verständnis der Bedeutung dieses Faktors sei noch einmal daran erinnert, dass die bereits vor einigen Jahrzehnten initiierten Sucht- und Suchtpräventionsprogramme die ersten systematischen Angebote zum Erhalt und zur Förderung der psychischen Gesundheit im Betrieb überhaupt waren. Entsprechend attraktiv war es seinerzeit, in der betrieblichen Suchtberatung tätig zu werden, zumal diese Aufgabe in der Fachwelt hohes Ansehen genoss. Auch im Bereich der traditionell bereits bestehenden betrieblichen Sozialarbeit machten die Programme einen Großteil der Arbeit aus. Das verschob sich in den 1990er-Jahren allmählich hin zur Gesundheitsförderung sowie

zur Prävention psychischer Belastungen. Diese Handlungsfelder erhielten nun die Aufmerksamkeit, hatten ein besseres Image und trugen neue Themen in die Betriebe hinein, die dort meist in den Sozial- und Suchtberatungen mit angedockt wurden:

„Ein Erfolg der DV war von Anfang an, dass sie nicht als reine Suchtpräventions-DV geschrieben worden ist. [...] Sie gilt für die Sozial- und Suchtberatung. Im Grunde genommen war es von Anfang an mehr soziale und psychosoziale Beratung als Suchtberatung [...]. Das ist auch relativ schnell nachgefragt worden: ‚Ich habe kein Suchtproblem, ich habe ein anderes Problem [...]. Und trotzdem hängt dieses ‚Sucht‘ immer noch nach, das ist total verückt [...]. Aber vom Inhalt der Beratung her ist Sucht eigentlich von Anfang an immer nur ein Teil gewesen. Und von daher wurden dann auch die anderen Bereiche immer weiter ausgebaut.“
5-4-BE-b3T-SB

Seit längerem wird der Wortbestandteil „Sucht“ in Bezeichnungen der Tätigkeit oder der Einrichtung insbesondere von hauptamtlichen Beratungskräften stärker problematisiert. Sie berichten von Erfahrungen, wo diese Bezeichnung einen offenen und niedrigschwelligen Zugang zur Beratung erschwert oder schlicht als nicht mehr angemessen erlebt wird:

„Meine Erfahrung ist einfach die, zur Suchtbeauftragten – und sei sie noch so nett – geht niemand gerne. Und mit der Erweiterung des Beratungsangebotes zu psychosozial hat sich alles geändert. Da ist es eben nicht mehr schlimm zu mir zu kommen. Dann findet das statt, was ich denke, was ganz typisch ist: Die Leute kommen mit dem Ticket ‚berufliche Überlastung‘ oder ‚Burnout‘ oder wie immer sie das nennen. Und in der zweiten oder dritten Beratung kommt dann eben auch das Thema: ‚Und außerdem merke ich auch, ich trinke in der letzten Zeit zu viel.‘ Und das heißt, du kriegst sie an einer Stelle, die viel besser ist.“ 11-5-KH-ü10T-SB

In einigen Betrieben ist der Name „Suchtberatung“ einfach ergänzt worden zur „Sozial- und Suchtberatung“. Vorausgesetzt wird dann natürlich, dass die Einrichtung ein entsprechend breites Beratungsangebot bereitstellen kann:

„Am Anfang hieß sie ‚Suchtberatungsstelle‘, jetzt heißt sie ‚Sozial- und Suchtberatungsstelle‘. Vielleicht passt das auch von der Streuung der Themen besser, für die ich ansprechbar bin.“ 2-13-BE-b5T-SB

Es zeigt sich hier, dass es bei einem Namenswechsel nicht nur um eine Veränderung der Bezeichnung der Einrichtung geht, sondern implizit auch um eine Veränderung des Auftrags. Sofern es um eine Erweiterung geht, die mit der Übernahme neuer Aufgaben verbunden ist, tangiert dies mittelbar aber fast zwangsläufig sowohl die Angebotsstruktur der Einrichtung als auch deren Ressourcen. Und selbst wenn dafür weitere Kapazitäten in Aussicht gestellt werden, lässt sich dies in der konkreten Situation oft nicht realisieren:

„Ich habe damals immer gesagt, dass ich es nicht für klug halte, eine zweite Stelle als Suchtbeauftragte einzurichten, sondern eher für psychosoziale Beratung. Das Ende vom Lied ist gewesen, dass ich das jetzt komplett mache. Es gibt keine zweite Person.“ 11-2-KH-ü10T-SB

Die Erweiterung des Auftrags und die damit verbundene Übernahme neuer Aufgaben hat für hauptamtliche Beratungskräfte nicht selten einen Reiz, kann damit doch eine Aufwertung der eigenen Stelle oder sogar der Einrichtung erwartet werden. Manchmal erfährt sie dadurch eine höherwertige Anbindung oder eine Positionierung mit mehr Anerkennung im Betrieb. Die Folgen im Hinblick auf die Suchtprävention und Suchthilfe sollten jedoch hinreichend mitbedacht werden. Vor allem durch die Bindung von Ressourcen kommt es dann nämlich – bewusst oder als Nebenwirkung – dazu, dass sich die Einrichtungen aus der Suchtberatung absetzen:

„Es ist nicht so, dass die Suchtprobleme weniger geworden sind in der Arbeitswelt. Teilweise ist das auch etwas, was ich den Personen, die aus der betrieblichen Sozialberatung kommen, ein bisschen ankreide, dass Sucht scheinbar nicht mehr vorkommt. Was ich andererseits aber auch verstehe. Gerade, wenn sie aus der Suchtprävention gekommen sind, laufen sie mit dem Stigma herum, sich ja ‚nur‘ mit den Alkis und Süchtigen zu beschäftigen. Das ist ja furchtbar. Also, dass die mal irgendwas machen wollen, mit dem sie anerkannt werden, verstehe ich total, Personalentwicklung, Führungskräfteentwicklung, [das Thema] Burnout. Das verstehe ich, das finde ich

auch okay. Aber das Resultat daraus darf nicht sein zu sagen, ‚wir haben in der Arbeitswelt keine Suchtprobleme mehr, wir haben ja eigentlich nur noch mit psychischen Problemen zu tun.‘“ 5-29-BE-b3T-SB

Für die Sozialberatung liegt die Verfolgung aktueller Problemstellungen natürlich nahe, besonders, wenn sie in den Medien gerade intensiv thematisiert werden. Wie das Beispiel „Burnout“ gezeigt hat, steigt der Problemdruck in den Betrieben dadurch schnell an. Von der Sozialberatung werden oftmals entsprechende Angebote erwartet, die noch dazu mit mehr Anerkennung verbunden sind. Verschwinden die Themen wieder aus der Mediendiskussion, lässt das Interesse daran in den Betrieben in der Regel wieder nach. Spätestens dann wäre es sinnvoll, den Fokus wieder mehr auf die Suchtgefährdungen zu richten:

„Es ist ja eine Frage: ‚Was nehme ich als Schwerpunkt? Womit beschäftige ich mich?‘ Und für mich selbst gilt das auch: Die Sucht ist teilweise ein bisschen hinten runtergefallen. Und suchtpreventive Maßnahmen haben schlicht und einfach schon eine Zeit lang keinen Stellenwert mehr gehabt. Einfach, weil andere Themenfelder dermaßen stark besetzt sind oder waren [...] und man mit einer halben Stelle nicht alles reißen kann. Dann denke ich: ‚Okay, dann lasse ich die Sucht jetzt mal sausen und mache das andere, was wichtig ist.‘ Man nimmt dann Themen, die eher ankommen und die im Grunde genommen medienwirksamer sind [...]. Suchtspezifisch ist deshalb bei uns in der letzten Zeit auch nichts gelaufen. Das heißt also, ich habe es auch nicht mehr so im Fokus gehabt. Und deswegen ist da auch weniger passiert. Aber das heißt ja nicht, dass wir weniger Probleme damit haben. Wir haben genau dieselben Probleme und wenn wir sie wieder zum Thema machen, dann werden sie auch wieder sichtbar.“ 5-29-BE-b3T-SB

5.2 Personelle Ausstattung und Kompetenzen der Einrichtung

Die Vielfalt der Arten und des Aufgabenspektrums von betrieblichen Einrichtungen zur Suchtprävention, Beratung und Suchthilfe korrespondiert mit einer Vielzahl von Varianten der personellen Ausstattung und der quali-

fikatorischen Voraussetzungen der Beratungskräfte. Mit der Veröffentlichung der Qualitätsstandards im Jahr 2006 wurden erstmals Rahmenbedingungen für die Einrichtung und für eine personelle Ausstattung beschrieben und Kriterien für die Arbeit in der betrieblichen Suchtberatung und Suchthilfe vorgestellt (DHS 2011, S. 72 ff.). Auf der Basis dieser Standards werden heute auch spezielle Aus- und Weiterbildungsangebote, die auf professioneller Grundlage für die Präventions- und Beratungsarbeit qualifizieren, für hauptamtliche Fachkräfte sowie für nebenamtliche AfS bereitgestellt.

Meistens werden in der Entstehungsphase betrieblicher Suchtpräventionsprogramme erst die Weichen dafür gestellt, wie die Einrichtung personell ausgestattet werden soll. Nicht selten kommen dann zunächst jene Kräfte zum Zuge, die sich schon im Vorfeld für das Thema Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb engagiert haben. Sie können, müssen aber nicht zwangsläufig einschlägig qualifizierte Fachkräfte sein. In der ersten Phase sind es häufig Personen aus anderen betrieblichen Bereichen oder aus Interessenvertretungen, die als AfS oder als Suchtbeauftragte zunächst nebenamtlich, später dann mit Teilfreistellung oder Freistellung die Tätigkeit in der Einrichtung wahrnehmen. Am Anfang der Tätigkeit steht dann auch bei solchen Einrichtungen die Suchthilfe stark im Vordergrund und erst im Laufe ihres Wirkens kommen andere, für hauptamtliche Einrichtungen charakteristische Aufgaben hinzu:

„Die Arbeit mit den Suchtthemen war der Anfang. Ich war ja froh, dass ich das machen durfte. Ich bin ja aus einem anderen Bereich ausgestiegen [...] und habe mir gesagt: ‚Ich will jetzt noch etwas anderes machen.‘ Und das [die Sozial- und Suchtberatung] hier machen zu dürfen, das war schon etwas Besonderes. Das war damals nicht etwas, was diese [Organisation] als gesetzliche Verpflichtung machen musste, sondern die machten das als freiwillige Dienstleistung. Und als freiwillige Dienstleistung ist es natürlich immer so, dass man sich sagt: ‚Okay, das musst du jetzt aber auch beweisen, dass du das auch vernünftig machen wirst [...]‘ und erst danach hat sich das immer weiterentwickelt.“ 5-7-BE-b3T-SB

Erst in einer späteren Phase oder bei personellen Wechseln kommt es – sofern das bestehende Modell nicht einfach fortgesetzt wird – schließlich zu einer Besetzung mit Personen mit einschlägiger Berufsqualifizierung.

Eine andere Variante besteht, dass ein Betrieb eine einschlägig qualifizierte Fachkraft einstellt und dieser zunächst den Auftrag erteilt, ein Konzept für

ein Suchtpräventionsprogramm zu entwickeln und mithilfe der zuständigen oder zu schaffenden Gremien ein Beratungs- und Präventionsangebot aufzubauen sowie den Entwurf und die Abstimmung einer BV/DV fachlich zu begleiten. Bei diesem Modell bewegen sich die Beauftragten oft über längere Zeit in der Rolle als Einzelkämpfer, bis entsprechende Strukturen aufgebaut sind – was mehrere Jahre in Anspruch nehmen kann.

Im Folgenden werden zunächst die Aspekte vorgestellt, die in den Interviews als bedeutsam für eine erfolgreiche Arbeit in der jeweiligen Konstruktion der Einrichtung sowie in den Rollen und Kooperationsbeziehungen der Beteiligten wahrgenommen werden. Daraufhin werden ihre Arbeitsinhalte aufgegriffen, insbesondere die Angebote der Beratung und Unterstützung (vgl. Kapitel 5.3) und der Prävention (vgl. Kapitel 5.4).

5.2.1 Erfolgsmodell Hauptamtliche Fach- und Beratungskräfte mit klarem Auftrag zur Suchtprävention und Suchthilfe



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherchemöglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„Was ich als Erfolg sehen würde? Als ich hier angefangen habe, wurden Beauftragte teilweise als etwas Schlimmes gesehen. Das waren die, die einem das Leben schwer machen [...]. Die hatten also wirklich einen schlechten Ruf. Und ich würde denken, dass sich das jetzt wirklich verändert hat im Sinne, dass eine solche Stelle wie meine als eine hilfreiche Stelle angesehen wird bei den Führungskräften – so nicht nach dem Motto von: ‚Oh Gott, jetzt muss ich die anrufen‘, eher zu: ‚Oh, Gott sei Dank, kann ich die anrufen.‘ [...] Natürlich sind da auch wieder Situationen, wo sie denken: ‚Oh, bleib mir weg, jetzt sieht es doch gerade gut aus.‘ Aber ich glaube, im Prinzip wird das Beratungsangebot als eine Hilfe angesehen. Das, würde ich sagen, ist ein Erfolg.“ 11-23-KH-ü10T-SB

Aus der Perspektive der Suchtprävention und Suchthilfe sollte aufgrund der Vielzahl zu bewältigender Aufgaben in den betrieblichen Einrichtungen ab einer Größenordnung von 1000 Beschäftigten der Einsatz von hauptamtlichen Fachkräften (gegebenenfalls in Teilzeit) vorgesehen werden. Darauf wird in den Qualitätsstandards verwiesen (DHS 2011, S. 73 f.). Neben der Größe spielen auch noch die Struktur sowie die spezifischen Beschäftigtengruppen des Betriebes bei der Berechnung der Personalkapazitäten für die erfolgreiche Umsetzung des Suchtpräventionsprogramms eine Rolle.

Wie in [Kapitel 5.1.3](#) bereits ausgeführt, hängt es zusätzlich wesentlich von der Breite des Aufgabenspektrums der Beratungseinrichtung ab, in welchem Umfang fachlich ausgewiesene Kräfte und Einsatzzeiten erforderlich sind, um bis in alle Betriebsbereiche hinein für die Suchtprävention und Suchthilfe effizient wirken zu können und diese nicht nur am Rande mit zu erledigen.

Als charakteristisch für den Auftrag von Hauptamtlichen in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe kann die Mischung aus Präventions- und Beratungstätigkeit sowie organisationsbezogenen, zum Teil strategischen Aufgaben und interner Koordination der Einrichtung angesehen werden. In [Kapitel 3.2.4](#) wurde bereits ausführlich auf die Bedeutung einer sachkompetenten Koordination für das betriebliche Suchtpräventionsprogramm eingegangen.

Nach dem Handbuch der IG Metall (2012 und Rehwald et al. 2012) sind Hauptamtliche regelmäßig Mitglied im Steuerungsgremium, welches sie oft auch koordinieren. In Abstimmung mit dem Gremium sind sie verantwortlich für die Erstellung von Konzepten, die Entwicklung und Aktualisierung des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms und die Qualitätssicherung. Sie beraten nicht nur Einzelpersonen, sondern auch die Geschäftsleitung, die Interessenvertretungen und andere Fachkräfte in Fragen der Suchtprävention und Suchthilfe. Sie sind außerdem intern vernetzt mit dem Arbeitsschutz, der Gesundheitsförderung, der Personalentwicklung und extern in die fachlichen Netzwerke eingebunden (ebd., S. 160 ff.). Hauptamtliche sind mit der Einrichtung und ihren Aufgaben ein Teil des BGM und liefern in ihrer Tätigkeit wichtige Beiträge zu dessen Prozesse und Angebote:

„Es war sehr früh eine wegweisende Entscheidung, die Fachkompetenz [der Sozial- und Suchtberatung] ins Haus zu holen statt Outsourcing. Es ist wichtig, dass man das konsequent beibehält und umsetzt. Und da schließt sich das Thema Prozesse, das Thema Betriebsvereinbarung und Weiterbildung [...] an. Also wenn man A

sagt, muss man B sagen und das Ganze über einen längeren Zeitraum [...]. Da sind wir mit einigen Wacklern letztlich auf unserer Spur geblieben.“ 3-53-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Die Stellen der hauptamtlichen Beratungskräfte firmieren unter ganz verschiedenen Bezeichnungen wie „Sozial- und Suchtberatung“, „Betriebliche Sozialarbeit“, „Mitarbeiter- und Führungskräfteberatung“, „Konfliktberatung“, „Sucht- und Gesundheitsbeauftragte“ und andere. Oftmals beschreiben die Bezeichnungen – teilweise miteinander kombiniert – die in der Funktion hauptsächlich anfallenden Aufgabenfelder. Bezogen auf ihre Kompetenz- und Aufgabenprofile unterscheiden sich die hauptamtlichen Kräfte erheblich. Allerdings lassen sich grob zwei Richtungen ausmachen: Die einen sind durch ihren Auftrag auf die Suchtarbeit im engeren Sinne konzentriert. Für die anderen sind die Aufgaben weiter gesteckt, wobei die Suchtprävention und Suchthilfe aber explizit als ein Aufgabenfeld mit aufgeführt wird. Für beide Ausprägungen finden sich Beispiele in den Vereinbarungen.

Besonders pointiert beschrieben ist die Aufgabenkonstellation von Präventions- und Beratungstätigkeit einerseits und von organisatorischer, strategischer sowie koordinierender Arbeit der sogenannten Suchtbeauftragten- und Koordinationsstellen andererseits:

„Die oder der Suchtbeauftragte

- (1) [Ein Mitglied der Leitung] bestimmt mit Zustimmung der Personalräte eine qualifiziert ausgebildete und erfahrene Person zur bzw. zum Suchtbeauftragten.
- (2) Die oder der Suchtbeauftragte hat folgende Aufgaben:
 1. Sie oder er vertritt den Themenkomplex und die Anliegen der Betrieblichen Ansprechpartner Sucht gegenüber [der Leitung], den Personalräten sowie anderen Stellen. Sie oder er ist für die sachgerechte Durchführung der im Folgenden genannten Aufgaben zuständig;
 2. Koordination der Arbeit der Betrieblichen Ansprechpartner Sucht
 3. Beratung, insbesondere der Personalverwaltungen und der Personalräte, in allen Fragen der Suchtprävention und der Hilfe bei Abhängigkeitserkrankungen.
 4. Beratung und Coaching von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Personalverantwortung bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz

5. Planung und Durchführung von vorbeugenden Maßnahmen, von Projekten und Schulungen.
6. Kooperation mit psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke am Ort.

[...]

- (4) Die oder der Suchtbeauftragte wird in ihrer/seiner Arbeit unterstützt durch den Steuerkreis Gesundheit. Die oder der Suchtbeauftragte berichtet dem Steuerkreis zweimal jährlich von ihrer/seiner Arbeit.“

➔ Bildungseinrichtung, 050102/206/2007

Wie in diesem Kapitel bereits einleitend erwähnt, treten Suchtbeauftragte und Koordinatoren ihre hauptamtliche Funktion nicht selten aus der nebenamtlichen Arbeit kommend an und bewegen sich aus anderen beruflichen Kontexten auf die neue Tätigkeit zu:

„Mit Einsetzen der BV habe ich mich aus dem Tagesgeschäft des Teams [der nebenamtlichen AfS] mehr und mehr zurückgezogen. Ich bin jetzt Koordinator der Thematik. Da geht es um psychische Auffälligkeiten und suchtmittelbedingte Auffälligkeiten. Das versuche ich zu koordinieren. Ich bediene jetzt eben mehr den organisationalen entwickelnden Rahmen.“ 7-16-VD-b5T-KO-BGM

In anderen Beispielen fallen die Koordinationsaufgaben auch der hauptamtlichen Beratungskraft zu, so wie im folgenden Beispiel der Sozialberatung:

„Die Suchtberatung ist strukturell der Sozialberatung zugeordnet. Ich bin die Koordinatorin der nebenamtlichen Suchtberater und Suchtberaterinnen [...] und ich bin verantwortlich für den Bereich Suchtprävention. Ich unterstütze die Nebenamtlichen fachlich und führe den ganzen Bereich der Prävention.“ 14-27-FB-ü10T-SB/NA/NA

Bei den Sozial- und Suchtberatungen und sonstig ausgewiesenen Beratungsstellen wird in der BV/DV dagegen der Präventions- und Beratungsauftrag stärker akzentuiert:

„Aufgaben und Struktur der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung

Zu den Aufgaben der Betrieblichen Sozial- und Suchtberatung zählen:

- Präventive Maßnahmen zum verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln sowie zur Aufklärung und Information über riskante Konsummuster und deren Gefahren, über Suchterkrankungen incl. süchtiger Verhaltensweisen, deren Verlauf und Auswirkungen auf das betriebliche und soziale Umfeld; Aufklärung und Information über die Gefahren und Verschleierung riskanter Konsummuster und Auffälligkeiten, über die Möglichkeiten eines unterstützenden, kollegialen, aber auch konstruktiven und konsequenten Umgangs mit betroffenen Beschäftigten;
- Aufklärung und Information zu sonstigen psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen, zu Fragen von Hilfe, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten, zu den Möglichkeiten eines unterstützenden, kollegialen, aber auch konstruktiven und konsequenten Umgangs mit psychisch auffälligen Kolleginnen und Kollegen.
- Beratung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, von Vorgesetzten und Familienangehörigen bei psychischen Auffälligkeiten und psychischen Erkrankungen, bei riskantem Konsum Erkrankungen, bei riskantem Konsum von Suchtmitteln und süchtigen Verhaltensweisen und Suchterkrankungen.
- Beratung und Coaching von Mitarbeitern bei persönlichen Konflikten, beruflichen Problemen, Lebenskrisen, psychosozialen Notlagen.
- Beratung und Klärungshilfe für Einzelpersonen oder Arbeitsteams bei Konflikten am Arbeitsplatz.
- Beratung und Coaching für Vorgesetzte hinsichtlich der Intervention bei psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen, bei Auffälligkeiten im Zusammenhang mit riskanten Konsummustern von Suchtmitteln und Suchterkrankungen, zur Umsetzung der Interventionsverfahren und bei Fragen zu Konflikten am Arbeitsplatz.“

➔ Bildungseinrichtung, 050102/248/2011

Das Aufgabenspektrum der hauptamtlichen Fach- und Beratungskräften ist in der Regel erheblich breiter angelegt als bei den nebenamtlichen AfS. Während diese sich hauptsächlich auf die Suchtprävention, Suchtberatung und Suchthilfe konzentrieren, decken erstere den Beratungsbedarf der Beschäftig-

ten bei allen psychosozialen Fragen ab und werden in jüngerer Zeit auch verstärkt bei gesundheitlichen und arbeitsbezogenen Problemen einbezogen:

„Es gibt eben auch alles. Es kommen Mitarbeiter mit beruflichen Belastungen, mit Konflikten oder mit privaten oder finanziellen Problemen; andere die haben eher eine Informationsfrage zum Beispiel zu einer ambulanten Psychotherapie: ‚Können Sie mir da weiterhelfen?‘ Dann kommen Beschäftigte mit Problemen, die sich noch gar nicht sicher sind, was die Ursache dafür ist. Da geht es in der Beratung darum herauszufinden, was kann denn jetzt eine gute weitere professionelle Hilfe sein?“ 11-6-KH-ü10T-SB

Umso mehr dürfte die verbindliche Regelung des Auftrags der Hauptamtlichen in der Suchtprävention und Suchthilfe – wie in [Kapitel 5.1.3](#) am Beispiel der Einrichtungen beschrieben – für eine erfolgreiche Umsetzung des Programms sinnvoll, wenn nicht sogar notwendig sein, nicht zuletzt um ausreichende Ressourcen dafür einfordern zu können. Sonst kann die Abdeckung mit den Angeboten der Beratung über eine reine „Feuerwehrfunktion“ bei sucht(mittel)bedingten Auffälligkeiten hinaus nicht gewährleistet werden, wie das folgende Beispiel zeigt:

„Ich bin für alle [Betriebsbereiche] zuständig [...]. Ich mache zurzeit keine Werbung mehr [...]. Ich glaube, viele [Beschäftigte und Führungskräfte], die jetzt neu da sind, die wissen gar nicht, dass es mich gibt. Und insofern würde ich mal sagen, es ist so, tatsächlich bin ich hier mehr oder weniger für die Beschäftigten [im zentralen Bereich] tätig.“ 11-1-KH-ü10T-SB

Durch die Kooperationen im betrieblichen Gesundheitsmanagement und Unterstützersystem lassen sich sicherlich einige Aufgaben z.B. im Bereich der Prävention und Qualifizierung delegieren:

„Aber wir haben eben parallel viele andere Strukturen im Bereich Gesundheitsmanagement aufgebaut, die das zum Teil mit abfedern. Es ist klar, es ist immer noch nicht richtig, dass ich da alleine bin. Aber es ist auch nicht so dramatisch, wie es klingt. Weil das einfach noch viele, viele andere Stellen gibt, die das auch mit abdecken.“ 11-3-KH-ü10T-SB

Die Kernaufgaben wie die Unterstützung der Personalverantwortlichen bei Interventionen oder die Beratung der auffällig gewordenen und Hilfe suchenden Beschäftigten können dadurch vermutlich nicht zufriedenstellend abgedeckt werden.

Die hauptamtliche Arbeit im Betrieb unterscheidet sich von der Beratungsarbeit in anderen Einrichtungen durch die Breite der Anfragen und durch die verbindlichen wie informellen Vernetzungen in vielseitigen internen Kooperationen, insbesondere mit weiteren Fachkräften des Personal- und Gesundheitsmanagements sowie mit betrieblichen Gremien:

„Wenn man eine Fachkompetenz im Haus hat [...], ist es wichtig, dass das keine Einzelgeschichte bleibt, sondern dass man das in die anderen Themen integriert, ins Gesundheitsmanagement oder betriebsärztlichen Dienst, wo auch immer die Sachen angesiedelt sind.“ 3-53-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Die interne Vernetzung insbesondere innerhalb des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die immer häufiger erwartet wird, kann auf der einen Seite eine Entlastung und Stärkung mit sich bringen. Auf der anderen Seite ist die intensivere Einbindung für die betriebliche Sucht- und Sozialberatung aber in der Regel wieder mit einem Aufgabenzuwachs verbunden, der gut organisiert sein will, wenn er mit den zur Verfügung stehenden Personalressourcen bewältigt werden soll:

„Und jetzt bin auch vernetzter. Es kommen Anfragen vom betrieblichen Gesundheitsmanagement, ob ich hier und da noch mitarbeiten kann. Dafür muss ich mir eben konsequent solche Zeitfenster schaffen. Dann wieder mache ich eine Eingliederung. Ich konzentriere mich dann auf die jeweilige Sache, sonst kann ich es nicht erledigen, sonst würde ich es nicht schaffen.“ 2-4-BE-b5T-SB

In diesen Kooperationen geht es vor allem um den fachlichen Austausch und gemeinsame Projekte, seltener um die Abstimmung der Prozesse zur Prävention und Intervention. In Einzelfällen kann es aber auch um Beratungssituationen und Auffälligkeiten bei Suchtproblemen gehen. Hier müssen die rechtlichen Standards besonders berücksichtigt werden, wie das folgende Beispiel der Zusammenarbeit von Sozialberatung und Betriebsarzt aus einem Verkehrsbetrieb zeigt:

„Wir empfehlen uns gegenseitig. Manchmal bin ich der Meinung, jemand sollte zum Betriebsarzt und sich outen. Weil das so nicht weitergeht und um zu verhindern, dass das hochkocht, sage ich: ‚Gehen Sie bitte zum Betriebsarzt.‘ Oder wenn der Betriebsarzt auffällige Werte erkennt, sagt der: ‚Wenden Sie sich doch mal an [die Sozialberatung].‘ Und dann marschieren sie auch in der Regel auch los. Wenn wir von dem Mitarbeiter erfahren, dass wir beide im Boot sind und es für nützlich halten, dann fragen wir, ob wir die Schweigepflicht untereinander aufheben können. [...] Wir erklären denen, wofür das gut ist, und dann können sie immer noch überlegen. Aber letztendlich muss der Mitarbeiter diese Schweigepflicht erst aufheben.“ 8-11-VD-b5T-SB

Hinzu kommt: Gerade für hauptamtliche Beratungs- und Fachkräfte, die im Betrieb fachlich betrachtet häufig als Einzelkämpfer unterwegs sind, ist es erforderlich, sich auch verbindlich in externen fachlichen Netzwerken zu beteiligen, um die Entwicklung der professionellen Standards nicht zu versäumen und die Angemessenheit der eigenen Praxisansätze regelmäßig zu reflektieren. Die Qualitätsstandards empfehlen deshalb, die Netzwerkbeteiligung in die Aufgabenbeschreibung für betriebliche Beratungskräfte in der BV/DV mitaufzunehmen (DHS 2011, S. 83 f.). Fachliche Austauschmöglichkeiten für die betriebliche Suchtprävention finden sich in überbetrieblichen, regionalen oder überregionalen Netzwerken. Sie setzen Impulse für neue Entwicklungen und geben wichtige Anregungen für Präventionsaktivitäten oder Maßnahmen zur Positionierung und Akzeptanzsteigerung gegenüber der betrieblichen Suchtarbeit. Denn trotz der Einrichtung einer Stelle für die hauptamtlichen Koordinations- und Beratungskräfte bleiben diese stets darauf angewiesen, die betrieblichen Entscheider und die verschiedenen Beschäftigtenbereiche vom Sinn und der Notwendigkeit ihrer Arbeit zu überzeugen, und müssen für ihre eigene Vertrauenswürdigkeit werben:

„Es ist kein gemachtes Nest, man muss sich darüber klar sein. [...] Was ich zum Anfang so lernen musste [...] zu akzeptieren: ‚Ich muss mich hier verkaufen.‘ [...] Diese Geschichten, die man hier macht, Sozialarbeit schön und gut, aber du musst dich verkaufen. Du musst dich immer wieder anbieten, [...] du musst immer wieder medienwirksam auftreten. Und manchmal musst du das wieder zurückschicken. [...] Also es ist kein Selbstläufer, ganz schlicht und einfach.“ 5-35-BE-b3T-SB

5.2.2 Erfolgsmodell Nebenamtlich tätige Ansprechpersonen für Suchtfragen



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„Da gab es verschiedene Stadien. Ich fing [in meiner damaligen Funktion] mit der Arbeit hier [im Betrieb] an. Dann suchte ich mir Kollegen, die als Suchtkrankenhelfer beschrieben werden können und die mit mir gemeinsam das Programm aufgebaut und gepflegt haben. Am Anfang waren wir drei. Das wechselte immer mal. Dann waren wir vier [...]. Jetzt mittlerweile sind wir auf acht [Ansprechpersonen] aus verschiedensten Berufsgruppen angewachsen.“
7-4-VD-b5T-KO-BGM

Die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe wurde zu einem großen Anteil von Menschen vorangetrieben, die sich des Themas aus persönlichem Interesse angenommen haben oder als selbst bzw. mittelbar Betroffene damit konfrontiert waren und dies zum Anlass nahmen, am Arbeitsplatz tätig zu werden. Der Impuls erfolgte meist nicht aus einer professionellen Rolle heraus, sondern aus dem Blickwinkel, dass in der Praxis ein Bedarf an Prävention und Hilfeangeboten bei Suchtproblemen wahrgenommen oder zumindest vermutet wurde. Neben ihrer beruflichen Hauptaufgabe engagierten sich viele von ihnen zunächst vorrangig in der betrieblichen „Suchtkrankenhilfe“ (vgl. Wienemann 2000). Heute sind auch die nebenamtlichen Ansprechpersonen mit verschiedenen Aufgaben im Handlungsfeld der betrieblichen Suchtprävention tätig.

Die Entwicklung, die diese Form der betrieblichen Suchtarbeit genommen hat, spiegelt sich in der Bezeichnung der Funktion wider: Aus „Ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfern und -helferinnen“ wurden im Betrieb „Ansprechpersonen für Suchtfragen“. Nicht selten vermischen sich die Bezeichnungen sowohl in den BV/DV als auch im betrieblichen Sprachgebrauch. Sogar in den durchgeführten Interviews nutzen Beteiligte mehrere Begriffsvarianten für die nebenamtlichen Ansprechpersonen:

„Ich nenne sie aus Gewohnheit immer noch Suchtkrankenhelfer, wie ich es aus der alten DV übernommen habe. Einige nennen sie hier auch Ansprechpartner für Suchtfragen oder kollegiale Ansprechpartner. In den Dienststellen haben die [Nebenamtlichen] unterschiedliche Namen.“ 1-4-öV-ü10T-KO-BGM

In der nachstehend zitierten Rahmendienstvereinbarung wird bewusst auf eine einheitliche Bezeichnung verzichtet. Man überlässt es den dezentralen Betriebseinheiten, welche Bezeichnung sie den AfS geben wollen:

„Fußnote zum Begriff:

„Vertreterin/Vertreter der Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe“
Gemäß der alten Dienstvereinbarung waren dies die betrieblichen Suchtkrankenhelfer/-innen. Die neue Begrifflichkeit versucht der Unterschiedlichkeit Rechnung zu tragen, die mittlerweile in den Dienststellen bzgl. der Hilfsangebote, deren Organisationsform und Aufgabenspektrum besteht. Es bleibt den Dienststellen/Betrieben im Rahmen der Bestellung überlassen, eine dienststelleneigene passende Namensgebung vorzunehmen.“

➔ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

In der Praxis finden sich darüber hinaus noch weitere Bezeichnungen für die nebenamtlichen AfS: unter anderem „Suchthelfer“, „Kollegiale Berater“, „Soziale Ansprechpartner“, „Suchtbeauftragte“ oder manchmal auch „Suchtberater“:

„Im Haus sind wir jetzt als AfS mehr oder weniger bekannt. Manche sagen zwar immer noch: ‚Ich muss hier mal zum Suchtberater.‘ Also es kommt drauf an, wie die sich damit beschäftigen [...]“. 13-11-öV-b5H-NA/NA/NA

Bei aller Freiheit der Gestaltung einer betriebsspezifischen Bezeichnung sollte bei der Namensgebung doch berücksichtigt werden, dass diese den Auftrag und die Rolle der nebenamtlich Tätigen angemessen beschreibt. Heute sind sie z.B. nur noch selten als „Suchtkrankenhelfer“ ausschließlich für die Suchtkranken im Betrieb tätig – und wenn, dann in jedem Fall mit betrieblichem Auftrag, also nicht „ehrenamtlich“ wie bei einem Wahlamt, sondern „nebenamtlich“ eingesetzt. Auf der anderen Seite dürfte man von einem

„Suchtberater“ oder einer „Suchtberaterin“ schon eine entsprechende fachliche Aus- oder Weiterqualifizierung erwarten können, die in der nebenamtlichen Praxis nicht immer gewährleistet ist.

Tatsächlich gibt es eine unterschiedliche Aufgabenbreite bei den nebenamtlichen AfS, abhängig von der Struktur und der Besetzung der jeweiligen Einrichtungen und den Angeboten des Suchtpräventionsprogramms. In den Interviews kamen drei verschiedene Modelle zur Sprache:

- A. Im Betrieb besteht eine Einrichtung, die ausschließlich von einer oder mehreren AfS getragen wird, die für die Beratung von Führungskräften und Beschäftigten zuständig sind sowie Angebote der Suchtprävention und Suchthilfe organisieren, wobei sie diese zu einem erheblichen Teil auch selbst durchführen:

„Organisation der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe

(1) Die Suchtkrankenhelferinnen für die Suchtprävention und -hilfe bieten den Beschäftigten, vor allem aber auch den Personalverantwortlichen Unterstützung und Beratung.

(2) Die Wahrnehmung der Aufgaben erfolgt über eine schriftliche Bestellung.

(3) Eine Suchtkrankenhelferin nimmt an den Arbeitssicherheitssitzungen teil.

[...]

(6) Die Aufgabe der Suchtprävention und -hilfe umfasst Prävention und Beratung bei Suchtgefährdung. Sie berät sowohl Personalverantwortliche und Beschäftigte als auch betroffene Personen. [...] Therapeutische Maßnahmen gehören nicht zur betrieblichen Suchthilfe.“

➔ Gesundheit und Soziales, 050102/245/2014

- B. In der Einrichtung gibt es eine oder mehrere Hauptamtliche sowie nebenamtliche AfS, die in Kooperation sämtliche Aufgaben der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe wahrnehmen:

„Innerbetriebliche Sozial- und Suchtberatung

Die innerbetriebliche Sozial- und Suchtberatung steht allen Mitarbeitern zur Verfügung. [...] Die innerbetrieblichen Suchtberater üben ihre Aufgaben während ihrer beruflichen Tätigkeit aus und

werden für die Aufgaben der Suchtberatung freigestellt. Darüber hinaus wird ihnen die Teilnahme an den nachstehenden Veranstaltungen ermöglicht. Dieses gilt u. a. für:

- die Durchführung von Beratungen
- die Teilnahme an der Durchführung von Präventionsveranstaltungen, Arbeitskreis Suchtprävention
- Fortbildungsmaßnahmen
- Supervision
- Administrative Tätigkeiten für die Suchtberatung.“

➔ BV-FB-ü10T-2006

- C. In der Einrichtung gibt es eine oder mehrere Hauptamtliche sowie nebenamtliche AfS, die vordringlich in der Rolle als Ansprechperson für betroffene Beschäftigte und Angehörige tätig sind:

„Betriebliche Ansprechpartner Sucht

(1) Zur angemessenen Betreuung suchtgefährdeter oder -kranker Beschäftigter, werden aus dem Kreis der Beschäftigten aus [den Bereichen], nebenamtliche Betriebliche Ansprechpartner Sucht auf Vorschlag des Steuerkreises Gesundheit, mit Zustimmung der Vorgesetzten und Personalräte, vom Kanzler schriftlich bestellt.

(2) Aufgabe der Betrieblichen Ansprechpartner Sucht ist es im Wesentlichen, an Gesprächen mit suchtgefährdeten oder -kranken Beschäftigten teilzunehmen, zwischen Beschäftigten und therapeutischen Angeboten, sowie Selbsthilfegruppen zu vermitteln bzw. diese Beschäftigten bei Einleitung eines Heilverfahrens zu unterstützen. Des Weiteren bieten sie Hilfe bei der Eingliederung am Arbeitsplatz an und unterstützen eine sachgemäße Nachsorge.“

➔ Bildungseinrichtung, 050102/206/2007

Zur Bedeutung des Faktors ‚Nebenamtliche Ansprechpersonen für Suchtfragen‘ für den Erfolg betrieblicher Suchtpräventionsprogramme sowie für die Umsetzung einer BV/DV seien an dieser Stelle drei Aspekte hervorgehoben, die als Hypothese verstanden werden können.

Erstens: Die Entwicklung und Ausbreitung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe ist wesentlich dem Einsatz nebenamtlicher AfS zu verdanken. Sie tragen maßgeblich dazu bei, dass im Betrieb Strukturen und Kompetenzen in diesem Handlungsfeld auf- und ausgebaut werden.

Bezugnehmend auf den ersten Aspekt lässt sich auch in der Erhebung feststellen, dass die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe in ihrer gegenwärtigen Ausprägung ohne den Einsatz nebenamtlicher AfS nicht denkbar ist:

„Die erfolgreiche Umsetzung hängt vielfach von handelnden Personen ab. Wir haben es aber, glaube ich, geschafft, mit diesem Ansprechpartner ‚Suchtfragen‘, den wir vor Ort überall installiert haben. Den gibt es überall: Eine Anlaufperson sowohl für Führungskräfte als auch für selber Betroffene, aber eben auch für Kolleginnen und Kollegen [...]. Das, glaube ich, funktioniert in vielen Einheiten schon gut. Auch da gibt es Verbesserungspotenziale, gar keine Frage. Aber es ist in keinsten Weise mehr vergleichbar mit dem Status, den wir zum Auftakt dieser DV-Geschichte hatten.“ 10-3-VB-ü10T-GPR

Das letzte Zitat zeigt: Eine Abdeckung ihres Bedarfes an Ansprechpersonen können große dezentrale Organisationen nicht ohne nebenamtlich Tätige sicherstellen. Dies gilt ebenso für kleine oder mittlere Betriebseinheiten, die keine hauptamtlichen Kapazitäten vorhalten (können). Für die erfolgreiche Umsetzung der BV/DV sind die AfS in vielen Betrieben nicht nur ein wesentlicher, sondern ein entscheidender Faktor:

„Ich kann zu den Erfolgen sagen, dass wir Gehör bei der Geschäftsführung gefunden haben. Also inzwischen auch bei unterschiedlichen Geschäftsführern [...]. Und ich sehe es weiterhin als Erfolg an, dass die Geschäftsführung jetzt noch eher ein Ohr für uns hat, weil sie sehen musste, dass auch in den höheren Etagen Suchtfälle aufgetreten sind. Und von da an waren wir auf einmal doch ganz gut. Gut, dass wir Experten haben.“ 9-8/11-KH-b1T-NA/BR

Ansprechpersonen für Suchtfragen sind vor Ort und übernehmen ganz oder teilweise den Part der Information und Beratung zu Suchtproblemen am Arbeitsplatz. Sie organisieren Präventionsmaßnahmen und sind zum Teil in die Aktivitäten des Gesundheitsmanagements eingebunden. Sie übernehmen teilweise auch strategische Aufgaben oder müssen ihre eigenen Ressourcen verhandeln – und zwar in solchen Fällen, in denen keine hauptamtlichen Kräfte im Betrieb tätig sind.

Die berufliche Stellung der AfS sowie ihre Bekanntheit im Betrieb tragen dazu bei, als kompetente Ansprechpersonen für den Handlungsbereich Betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe anerkannt und mit den Bedarfsmeldungen für materielle und personelle Ressourcen ernst genommen zu werden:

„B1: Ich bin eher [hier am Standort] präsent und schon als langjährige Mitarbeiterin und Führungskraft bekannt und bin in Kontakt zu vielen Kolleginnen und Kollegen. Was uns aber hilft, ist wirklich die Rückendeckung von der [Leitung des Hauses]. Wenn es dann wieder Geld kostet, möchten sie das natürlich nicht so gerne. Aber es ist auch Interesse an diesem Thema da und daran, dass da etwas getan werden muss [...]. Und bei dir, du bist Personalvertreterin.

B2: Klar, ich bin überall bekannt. Aber ich glaube auch, dass man uns als Personen positiv wahrnimmt. Und das haben wir uns erarbeitet. Also von Anfang an war ganz klar: Wenn hier die Schulungen stattfinden, nur mit uns! Damit man uns wahrnimmt, gerade in der Gruppe der [Führungskräfte].“ 9-15/35-KH-b1T-NA/BR

Dabei kann es sogar nützlich sein, wenn sich die beruflichen Aufgaben mit den Anliegen der Suchtprävention und Suchthilfe vereinbaren lassen und man im Team der AfS die Stärken der einzelnen wechselseitig zu schätzen weiß:

„B1: Bei dir ist eindeutig eine Nähe zu den Führungskräften vorhanden.

B2: Ja, weil ich die Rechtsfragen sowieso immer mit dabei habe. Da gehe ich auch das eine oder andere Beratungsgespräch eher von der rechtlichen Schiene an und sage, die oder die Schritte müssen eingehalten werden. [...] Es ist auch gut so, dass wir da unterschiedliche Mischungen haben. Du hast zum Beispiel eine super Vernetzung und weißt, wo du ansetzen kannst.

B3: Es war eine kleine Überzeugungsarbeit, statt einer zwei Personen in die Ausbildung [zur AfS] zu schicken. Es ging ja auch um die Finanzierung. Das haben sie aber schnell eingesehen, dass es ideal wäre. Und da gab es ein Ja von der Verwaltungsleitung, das ist doch schon was!“ 13-19-öV-b5H-NA/NA/NA

Der Stolz, der dieser Aussage zu entnehmen ist, hat seine Berechtigung. Schließlich tragen die nebenamtlichen Kräfte, auch wenn sie von den Betriebsleitungen und anderen Fachkräften gestützt werden, hauptsächlich die Verantwortung für die Arbeit und den Fortbestand der internen Einrichtung:

„B1: Wenn es Ansprechpartner für Suchtfragen gibt, dann sollten sie Unterstützung der Interessenvertretung haben [...]. Eine Beschäftigtenvertretung muss hinter ihrer Vereinbarung stehen [...]. Sie hat den kürzeren Draht zur Geschäftsführung.

B2: Und wenn die Geschäftsführung nicht dahintersteht, dann wird es auch ganz schwierig.

B1: Das ist ein Verschleiß, wenn man dazu kein gutes Verhältnis hat. Also die interne Vernetzung, die ist ungeheuer wichtig damit das mitgetragen wird.“ 9-40-KH-b1T-NA/BR

Im besten Fall ergänzen sich hauptamtliche Fach- und Beratungskräfte sowie nebenamtliche Ansprechpersonen in ihren Rollen, so dass die Wirkung der Suchtprävention und Suchthilfe von beiden Seiten optimiert werden kann (vgl. Kapitel 5.2.4):

„Ich würde immer noch sagen, dieses Prinzip Nebenamtliche Ansprechpersonen ist ein richtiges. Ich würde daran weiter festhalten [...]. Wenn es tatsächlich um Kollegen und Kolleginnen mit Suchtproblemen geht, dann können die im Sinne des Angebots tatsächlich mehr machen – oftmals sogar mehr als Professionelle. Die erzählen zum Beispiel, dass sie mitgegangen sind in die Beratungsstelle oder bis vor die Tür der Selbsthilfegruppe oder so etwas. Wo viele Hauptamtliche sagen würden: ‚Das würde ich nicht tun.‘ Ich erlebe es aber über die Jahre aus den Erzählungen der Suchtkrankenhelfer und -helferinnen, dass es für viele Beschäftigte hilfreich ist. Und dann sollen sie es machen.“ 1-23-öV-ü10T-KO-BGM

Das ergänzende Prinzip ist vor allem dann wichtig, wenn die Reichweite der hauptamtlichen Kräfte strukturell bedingt bzw. aus Kapazitätsgründen nicht ausreicht, um in allen Betriebs- oder Beschäftigtenbereichen präsent und aktiv zu sein:

„Ich habe mir damals zunächst auch [die Ansprechpersonen] ausgesucht, die mit mir zusammengearbeitet haben. Heute sind sie gut verteilt in der Organisation. Die implementieren auch überall die Suchtprävention oder setzen Impulse.“ 7-13-VD-b3T-KO-BGM

Zweitens: Mindestens ebenso bedeutend ist der Wirkfaktor der AfS durch ihre Präsenz vor Ort. Als Ansprechpersonen für Suchtfragen repräsentieren sie zum einen die Unterstützungsangebote Information, Beratung und Hilfe im Betrieb. Zum anderen verkörpern sie das Thema Suchtgefährdung am Arbeitsplatz im wahrsten Sinne des Wortes und halten es somit virulent.

Der zweite Aspekt, der anhand der Interviews herausgearbeitet werden konnte, bezieht sich auf die präventive Wirkung, die nebenamtlich tätige AfS allein durch ihre Anwesenheit am Arbeitsplatz erzielen. Ist ihre Funktionsbezeichnung mit dem Begriff Sucht verknüpft, wirken sie in ihrer Rolle als Ansprechpersonen für Suchtfragen oder Suchthelfer gleich an verschiedenen Orten in der Organisation als Repräsentanten der Suchtprävention und Suchthilfe.

Oft mehr als eine hauptamtliche Beratungseinrichtung signalisieren sie durch ihren Auftrag, dass der Betrieb Ressourcen bereitstellt, um bei sucht(mittel)bedingten Fragen Unterstützung zu bieten, unter anderem durch Informationsmöglichkeiten sowie Beratung. Durch ihre Präsenz in verschiedenen Betriebs- und Beschäftigungsbereichen verhindern sie aber zugleich auch, dass unbequeme Themen wie „Riskanter Konsum und Suchtgefährdung“ wieder in Vergessenheit geraten oder einfach umgangen werden. Das gilt nicht zuletzt auch für betroffene Beschäftigte ebenso wie für die Personalverantwortlichen.

Man halte die AfS für absolut notwendig, heißt es in einem Interview mit der Begründung, dass diese vor Ort seien und auf einem Plakat präsentiert würden. Dadurch, dass es in jedem Schaukasten hänge, sei dieses Thema immer präsent. Ob sich da jetzt jemand hinwende oder nicht – jeder könne sehen, „hier gibt es Ansprechpartner für Suchtfragen!“ (VD-ü10T-BA/BA/SB) Dieses Sichtbarbleiben des Problembereichs Suchtgefährdung und die Verkörperung der Suchtprävention und Suchthilfe gelingen vor allem durch die nebenamtlichen AfS, die eindeutig mit dem Thema identifiziert sind. Die Institution der hauptamtlichen Fach- und Beratungskräfte – mit Ausnahme vielleicht der Suchtbeauftragten – steht eher für ein breiteres Angebot an psychosozialer Beratung. Sie präsentieren sich in der Regel auch mit anderen Angeboten und geben dem Thema Sucht bewusst nicht diesen exponierten Stellenwert (vgl. Kapitel 5.1.3).

Der Wirkfaktor Präsenz stellt sich allerdings nicht zwangsläufig ein. Er ist eher dort zu erwarten, wo die AfS als Personen akzeptiert sind und sowohl in ihrer Rolle kompetent und überzeugend auftreten können als auch Vertrauen herzustellen vermögen:

„B1: Ich bin eher [hier am Standort] präsent und schon als langjährige Mitarbeiterin und Führungskraft bekannt. Und auch in Kontakt zu vielen Kolleginnen und Kollegen. Was uns aber hilft, ist wirklich die Rückendeckung von der [Leitung des Hauses]. Wenn es dann wieder Geld kostet, möchte sie das natürlich nicht so gerne. Aber es ist schon auch Interesse in diesem Gebiet da und daran, dass da auch etwas getan werden muss [...]. Und bei dir, du bist Personalvertreterin.

B2: Klar, ich bin jetzt überall bekannt. Aber ich glaube auch, dass man uns als Personen positiv wahrnimmt. Und das haben wir uns erarbeitet. Also von Anfang an war ganz klar: Wenn hier die Schulungen stattfinden, nur mit uns! Damit man uns wahrnimmt, gerade in der Gruppe der Ärzte.“ 9-15/35-KH-b1T-NA/BR

Die nebenamtlichen Ansprechpersonen wirken durch ihre kollegiale Verbundenheit bewusst oder unbewusst auch als Rollenmodell: Wenn sich die AfS oder das Helferteam mit dem Thema befasst, dann kann ich mich bei ihr zur Frage von Suchtproblemen oder Gefährdungen informieren und beraten lassen – vielleicht aber auch woanders im oder außerhalb des Betriebes.

Die positive Wirkung der Präsenz, das Modell und eine hohe Akzeptanz der AfS schließen nicht aus, dass sich betroffene Beschäftigte bei konkretem Bedarf aus verschiedenen Gründen doch lieber außerhalb der eigenen Organisation beraten lassen möchten. Dadurch kann es sogar zu sinkenden Fallzahlen in der Beratungsarbeit kommen, wie im Folgenden beschrieben: Hier wurden die Nebenamtlichen nach ihrer Einsetzung zunächst häufiger angesprochen und tauschen sich nun über die gesunkene Nachfrage aus:

„B1: Im Grunde genommen war bei uns sehr starker Beratungsandrang, als wir hier [auf Basis der neuen DV] richtig losgelegt haben. [...] Da wurde eine Reihe von Fällen angegangen. Aber jetzt [...] passiert nichts mehr.

B2: Wir haben sie alle geheilt. (Lacht.)

B1: Das wäre schön, aber ich glaube da nicht so wirklich daran.

B3: Ich habe jetzt schon mit einem zweiten Kollegen gesprochen, der sein Alkoholproblem mit Hilfe von außen sozusagen hat lösen können. Ich finde das ja erstmal schön. Aber ich habe mich gewundert, weshalb sucht der denn außerhalb Hilfe?

B1: Wenn der sich außerhalb Beratung sucht, und ihm geholfen wird, ist das doch ok [...].

B3: Das finde ich dann doch schade, dass er so ein Angebot von uns gar nicht wahrnimmt.“ 4-23-BE-b5T-SB/NA/NA

Nach Aussage der AfS sei sie sehr wohl in Kontakt mit Betroffenen am Arbeitsplatz, die sich dann aber für andere Wege ins Suchthilfesystem entscheiden. Den Erfolg ihrer Arbeit in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe schmälert das nicht, auch wenn sie als AfS, aus ihrem Blickwinkel betrachtet, den Erfolg nicht für sich verbuchen kann. Es sollte nur nicht der Schluss daraus gezogen werden, dass die Arbeit als Nebenamtliche/r dadurch überflüssig wäre:

„B1: Dadurch, dass wir mehr Prävention gemacht haben, war das für mich auch in Ordnung. Wenn jetzt viele Fälle da wären, hätten wir zum Teil gar keine Zeit mehr gehabt [...]. Ich habe da immer eine Grundlage gehabt, wo ich mir gesagt habe, man braucht mich hier noch.

B2: Ich denke, man braucht uns sowieso noch [...]. Also, ich glaube nicht, dass wir hier überflüssig sind. Auf keinen Fall.“ 4-23-BE-b5T-SB/NA/NA

Wie wichtig es ist, dass die AfS den präventiven Aspekt ihrer Tätigkeit in ihr Rollenbild integrieren, wird im dargestellten Beispiel deutlich. In Phasen rückläufiger Beratungsnachfrage lässt sich dort Kapazität freisetzen für andere Aktivitäten, insbesondere in der Prävention. Erreicht man nun mit präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen das angestrebte Ziel, sinken die gesundheitlichen Gefährdungen; Interventionen bei Auffälligkeiten sind seltener erforderlich, weil auch das Umfeld sensibler reagiert:

„B1: Jeder kennt uns.

B2: Also es ist ein Thema, was existent ist. Und das hat sicherlich mit unserer Arbeit zu tun. Und das kann natürlich auch dazu beitragen, dass wir weniger Fälle haben, sie sind sensibilisierter, trinken weniger.

B3: Oder haben Angst [...], dass der Führerschein weg ist.“ 4-24-BE-b5T-SB/NA/NA

Dieser an sich wünschenswerte Effekt wird von denjenigen Ansprechpersonen, die sich vorrangig über ihre Beratungsrolle definieren, dann doch bedauert. Es handelt sich um ein Dilemma der Beratungsarbeit, das in der Supervision reflektiert und in den Evaluationen berücksichtigt werden sollte.

Ein Auf und Ab in der Nachfrage nach Beratung und Unterstützung durch die nebenamtlichen Ansprechpersonen, aber auch durch die hauptamtlichen Beratungskräfte wird in einer Reihe von Interviews angesprochen – auch in Betrieben, in denen es eine lange Tradition der Einrichtung gibt. Besondere Herausforderungen stellen für die Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe oft die ersten Jahre nach Einführung dar, bis das Vertrauenspotenzial hergestellt ist und auch die vorhandene Kompetenz als AfS wahrgenommen wird:

„Für mich läuft das so ein bisschen tretmühlenartig. Da muss man immer wieder erwähnen, dass es uns [als AfS] gibt und wir haben eine Vereinbarung. Fast auf jeder Betriebsversammlung habe ich dann so zwei, drei Sätze zur Suchtprävention vorgetragen. Das ist schon so, dass man das immer wieder erwähnen muss [...]. Und wenn man bedenkt, seit 2007 arbeiten wir praktisch daran. Es ist ein langer Prozess. Jetzt, so seit dem letzten Jahr kann man endlich sagen, die Wahrnehmung ist stärker geworden.“ 9-10-KH-b1T-NA/BR

Der Prozess, der hier beschrieben wird, ist damit nicht abgeschlossen. Es bleibt eine kontinuierliche Herausforderung für die AfS, ihren Platz in den gesundheitlichen Angeboten des Betriebes zu sichern. Dabei werden sie zum einen an ihrer Kompetenz gemessen und zum anderen an dem Beitrag, den sie dazu leisten, gesundheitlichen Gefährdungen vorzubeugen sowie angemessene und zielführende Unterstützungsangebote zu unterbreiten. Das schließt die fachliche Begleitung der Betroffenen ebenso mit ein wie die Verantwortung, in Interventionsprozessen sachgerechte Lösungen zu ermöglichen. Im günstigsten Fall steht den AfS dabei noch eine hauptamtliche Fach- und Beratungskraft zur Seite.

5.2.3 Erfolgsfaktor Qualifizierung und Auswahl der nebenamtlichen Ansprechpersonen



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

Drittens: Die Qualität der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe sowie die Akzeptanz eines Suchtpräventionsprogramms ist durch spezifische Qualifizierungsmaßnahmen und gezielte Auswahl der Personen, die im Betrieb als AfS tätig werden (sollen), nachhaltig zu steigern.

Dieser dritte Aspekt hat seit den 1990er-Jahren ein deutlich stärkeres Gewicht gewonnen. „Wir achten inzwischen sehr darauf“, heißt es in einem Interview. Früher habe man mehr Wert darauf gelegt, dass Personen, die in den Kreis der AfS aufgenommen wurden, ehemals selbst betroffen waren. Heute stehe das Kriterium im Vordergrund, dass sie sich für das Thema einsetzen, dabei den Kontakt im Umfeld suchen und von den anderen als kompetenter Ansprechpartner gesehen werden:

„Gut finde ich auch, dass wir einen Anforderungskatalog für die Suchtkrankenhelfer in der Vereinbarung haben [...]. In der alten DV stand lediglich, dass sie selbst betroffen sein müssen. Das war in der Vergangenheit die einzige Anforderung, die es gegeben hat. Das entspricht einfach nicht mehr der Realität. Wir haben mittlerweile mehrheitlich Kollegen und Kolleginnen, die nicht selbst betroffen sind.“ 1-4-öV-ü10T-KO-BGM

Wie hier schon hervorgehoben wird, sind Qualifizierung und Auswahlkriterien der AfS in den aktuellen BV/DV häufiger bereits mehr oder weniger differenziert geregelt. Qualifizierungsmöglichkeiten werden auch nicht mehr ausschließlich nach dem Prinzip der Freiwilligkeit angeboten. Vielmehr werden einschlägige Aus- oder Fortbildungen heute oftmals zur verpflichtenden Voraussetzung für die Übernahme der nebenamtlichen Funktion der AfS gemacht:

„Nebenamtliche Helfer in Suchtfragen

[...]

Die nebenamtlichen Helfer in Suchtfragen verpflichten sich, die durch den Arbeitskreis festgelegten Qualifizierungen zu absolvieren sowie an den regelmäßigen Gruppentreffen und Supervisionen teilzunehmen.

Darüber hinaus wird hohes Eigeninteresse am Thema, Grundlagenwissen über Suchtprävention und -hilfe (Theorie und Praxis), Kontaktfreudigkeit und Kommunikationsstärke vorausgesetzt.“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

In einigen Betrieben wird die Bestellung der nebenamtlichen AfS bereits daran gebunden, dass die Qualifizierungsmaßnahme an den aktuellen Standards der DHS (2011) für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe ausgerichtet ist:

„Kollegiale Ansprechpersonen für Suchtfragen

Die kollegiale Ansprechperson für Suchtfragen ist verpflichtet, an der angebotenen Grundausbildung teilzunehmen. Sie ist aufgefordert, sich in Eigeninitiative mit den jeweiligen Qualitätsstandards der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe zu befassen und sich über aktuelle Entwicklungen zu informieren.“

→ Versicherungsgewerbe, 050102/251/2011

Außerdem muss die Qualifizierung geeignet sein, die Breite der Anforderungen abzudecken, die mit dem betrieblichen Auftrag einhergehen. Sie ergeben sich aus den Aufgaben der AfS, wie sie in einer Reihe von BV/DV schon beschrieben werden. Eine Anlage zur DV eines an dieser Studie beteiligten Betriebes enthält sogar ein spezifisches Anforderungsprofil, in dem jedoch nicht zwischen haupt- und nebenamtlichen Kräften unterschieden wird:

„Anlage:

Anforderungsprofil für Haupt- und Nebenamtliche

Anforderungen/Fähigkeitsbereich

– Fachliche Qualifikationen:

- Anerkannte Qualifizierung für die haupt- oder nebenamtliche Suchtarbeit
- Fähigkeit zur Erarbeitung von Präventionskonzepten

- Aktuelle Kenntnisse der Versorgungsstrukturen in der Sucht-
krankenhilfe
- Möglichst persönliche oder berufliche Erfahrungen im Sucht-
bereich
- Beratungskompetenzen:
 - Mündliche Kommunikationsfähigkeit
 - Beratungsfähigkeiten wie Zuhören, Empathie, zeitliche Organi-
sation etc.
 - Angemessene Kommunikation mit unterschiedlichen Hierar-
chieebenen und Funktionsträgern
 - Anwendung von ressourcenorientierten und lösungsorientier-
ten Beratungsansätzen
 - Bereitschaft zur kontinuierlichen Fortbildung und zur Refle-
xion der eigenen Rolle und Arbeit (z. B. im Rahmen von Super-
vision und kollegialer Beratung)
- Organisationsbezogen:
 - Kenntnis der Strukturen von Verwaltungsorganisationen
 - Akzeptanz innerhalb der Dienststelle
 - Fähigkeit zur Neutralität und zur Allparteilichkeit
 - Bereitschaft zur Kooperation und Vernetzung
- Persönlich u. a.:
 - Wertschätzende Haltung und Konfliktfähigkeit
 - Abgrenzungsvermögen und Misserfolgstoleranz
 - Bewusstheit der eigenen Ressourcen und subjektiven Grenzen.“

➔ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

In der hier zitierten Organisation werden für die Qualifizierung interne Lehr-
gänge angeboten, deren erfolgreiche Absolvierung es den nebenamtlichen
AfS ermöglichen, die geforderten Kriterien zu erfüllen:

„Wir haben in dieser DV einen Passus eingebaut, wonach zwei Jah-
re, nachdem sie in Kraft getreten ist, noch einmal geprüft werden
soll, ob die Bestellung der bisherigen Suchtkrankenhelfer fortge-
setzt wird oder nicht. Die Bestellung ist dann daran gekoppelt, dass
sie entsprechend qualifiziert sind. So ist ihnen ein Zeitraum geblie-
ben, wo die sich nachqualifizieren lassen können. Nachdem diese
zwei Jahre fast um waren, haben wir alle Dienststellen angeschrie-
ben, auf diesen Passus hingewiesen und darauf, dass wir jetzt noch
einmal einen Lehrgang starten.“ 1-4-öV-ü10T-KO-BGM

Andere Betriebe nutzen die Ausbildungsangebote externer Anbieter, sofern diese den Qualitätsstandards der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe entsprechen (DHS 2011) und den Einsatz von professionellen Kompetenzen in der nebenamtlichen Tätigkeit fördern:

„Ich hatte als erstes eine Ausbildung zur Suchtkrankenhilfe. Am [Institut] habe ich dann die Weiterqualifikationen, die ich für den betrieblichen Kontext brauche, gemacht. Das hat mir mehr Selbstbewusstsein gegeben, auch gerade zum Beispiel in so einer [Führungsrunde]. Da zu sitzen und das Thema zu vertreten, das wäre mir vorher nicht so gut gelungen, das muss ich schon sagen.“ 9-22-KH-b1T-NA/BR

Die fachlichen und sozialen Kompetenzen aus den spezifischen betriebsbezogenen Ausbildungen sowie das Engagement und die Präsenz der AfS kommen der Akzeptanz der Arbeit in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe sowie den Wirkungsmöglichkeiten der Einrichtung sehr zugute und stärken das Ansehen der nebenamtlichen Ansprechpersonen:

„Ungefähr vor 15 Jahren hat sich der damalige Arbeitskreis [Helferkreis] zu einer Besprechung mit der Verwaltungsleitung getroffen. Wir haben uns vorgestellt: ‚Das und das machen wir und das und das brauchen wir dazu.‘ Das war minimalistischst!!! Damals hieß es: ‚Was, ihr wollt noch mehr?‘ Dann ist das jetzt vor kurzem wieder passiert. Und da liegen wirklich Welten dazwischen. [...] Auf einmal war ein ganz anderer Ton: ‚Wir sind von dem Kreis [der AfS] überzeugt, haben Gutes von Ihrer Arbeit gehört. Ihr nutzt es ja nicht aus, nehmt euch so viel Zeit, wie ihr braucht.‘ Also total anders. Das finde ich schon einen großen Erfolg. Wir machen das ja alles nebenher.“ 13-38-ÖV-b5H-NA/NA/NA

Im hier zitierten Beispiel arbeiten langjährig erfahrene nebenamtliche Ansprechpersonen mit zwei neu ausgebildeten Kräften im Helferkreis zusammen, was nach eigenen Aussagen für die Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe von Vorteil ist:

„B1: Ich möchte es noch einmal betonen, dass das ein Glücksfall ist, dass wir eure Erfahrung und das, was wir aus der Ausbildung [zur AfS] mitgebracht haben, jetzt zusammenführen können [...]. Heute

sagen wir schon mal: ‚Rein rechtlich ist für uns hier Schluss.‘ Das wurde früher gar nicht so konkret betrachtet.

B2: Die beiden haben jetzt einfach eine Top-Ausbildung. Da können wir nicht mithalten [...]. Da wo wir das gemacht haben, ging es nur zweitrangig, drittrangig um die betriebliche Suchtkrankenhilfe. Das ist ein ganz anderer Standard gewesen, als das, was heute beigebracht wird.

B3: Das hat schon eine Wertigkeit, auch wenn man sich zwischendurch mal erschreckt hat, was die Ausbildung für ein Zeitfaktor war.“ 13-18-öV-b5H-NA/NA/NA

Hervorgehoben wird in diesen Aussagen, dass die spezifisch auf die betriebliche Arbeit der AfS ausgerichteten fachlichen und rechtlichen Kompetenzen einen entscheidenden Unterschied zu anderen Suchthelferausbildungen machen. Auch der Umfang einer solchen Ausbildung von mindestens 150 Stunden ist im Nebenamt oft nicht so einfach zu bewältigen, was bei den Freistellungsregelungen in den BV/DV, aber auch in den Steuerungsgremien berücksichtigt werden sollte.

Für die Bilanz von Investition und Nutzen einer qualifizierten Ausbildung zur betrieblichen AfS sollte der Blick über die nebenamtliche Tätigkeit hinaus auf die positiven Auswirkungen innerhalb der sonstigen beruflichen Aufgaben gerichtet werden. Dies wird exemplarisch verdeutlicht an der unten zitierten Aussage einer Ansprechperson für Suchtfragen, die im Rahmen ihrer beruflichen Funktion vor allem Führungskräfte berät:

„Das war ja schon eine anstrengende Zeit, die man dann auch auf dem Stundenkonto gesehen hat. Die Zeit musste ja wieder reingeholt werden, die ich in der Ausbildung gewesen bin. Wobei ich es wirklich auch gerade für meine praktische Arbeit total super finde, was ich da gelernt habe. Es war eine gute Entscheidung. [...] Ich habe gelernt, dass man einen guten Wiedereingliederungsplan nach langer Krankheit machen muss. Jetzt weiß ich, wie man die Vorgesetzten anspricht und wie sie mit Auffälligkeiten anders umgehen und zum Beispiel im Vorfeld schon Gespräche führen können. Dass man mit einem Fürsorgegespräch beginnt, ein Thema, was hier noch unbekannt war. Auch mal gemeinsam bespricht, ‚Mensch, wo sind die Grenzen? Wofür muss ich als Vorgesetzter sonst vielleicht

noch geradestehen?“ Dass man dann mit Vorgesetzten gemeinsam Gesprächspläne entwickelt. All das hat mir schon unheimlich viel gebracht, was ich in dem Jahr da mitnehmen konnte.“ 13-18-öV-b5H-NA/NA/NA

In mehreren Interviews wurde darauf hingewiesen, dass die Auswahlverfahren unter Berücksichtigung der neuen Anforderungen an die AfS ebenfalls einen wichtigen Faktor für die erfolgreiche Arbeit darstellen und dazu beitragen, das Ansehen der Funktion der AfS zu heben.

Die Auswahl selbst wird von Betrieb zu Betrieb sehr unterschiedlich gehandhabt:

„Die Bestellung wird in den Dienststellen unterschiedlich gehandhabt [...]. Es gibt einige, die schreiben das aus und es gibt andere, die geeignete Beschäftigte fragen, ob sie diese Aufgaben übernehmen wollen. In der Vergangenheit sind auch einige einfach benannt worden [...]. Auf die eine oder andere Weise haben natürlich alle irgendwelche Berührungspunkte zum Thema Sucht.“ 1-4-öV-ü10T-KO-BGM

Meistens enthalten die Regelungen in der BV/DV nur den Hinweis, durch wen die Benennung erfolgt:

„Suchtbeauftragte

Der [Vorstand] bestellt in Abstimmung mit dem GBR zwei gleichberechtigte interne Suchtbeauftragte. Beide Betriebsparteien haben ein Vorschlagsrecht. Dabei wird auf Eignung, Freiwilligkeit und Interesse geachtet. Die Suchtbeauftragten werden für die qualifizierte Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Bedarf und in vorheriger Abstimmung mit dem Arbeitgeber in geeigneter Weise aus- und fortgebildet.“

➔ Verbände und Gewerkschaften, 050102/246/2011

„Suchtkrankenhelfer/innen

Auf Vorschlag von [der Sozialberatung] und im Einvernehmen mit der Dienststellenleitung i. S. d. PersVG und dem GPR-[Betriebsteil] können Beschäftigte durch den [Vorstand] zu Suchtkrankenhelfe-

rinnen/-helfern ernannt werden. Nach entsprechender Ausbildung bei einer anerkannten Einrichtung werden sie zur Unterstützung vor Ort tätig.“

→ Landverkehr, 050102/234/2014

In vielen Betrieben steht die persönliche Ansprache im Vordergrund:

„Die Ansprechpersonen werden in der Praxis im Regelfall persönlich angesprochen. Es gibt in jeder Einheit einen Arbeitskreis Gesundheit. Und dieser Arbeitskreis bestimmt letztendlich denjenigen oder diejenige, die es machen soll. Und so, wie ich das in vielen Einheiten mitbekommen habe, setzt man sich wirklich damit auseinander: ‚Wen haben wir in der Geschäftsstelle, der anerkannt ist, der einen guten Draht zu vielen Kolleginnen und Kollegen hat und eben diesen niedrigschwelligen Weg beschreiten kann? [...] Und nach diesen Kriterien ist meistens auch geguckt worden, wer wäre der Richtige dafür.“ 10-20-VB-b8T-GP

Zunehmend finden auch Ausschreibungen für die AfS-Funktion statt, was nicht nur durch die Erhebung ermittelt werden konnte, sondern von den Teilnehmenden an den Qualifizierungen für betriebliche Ansprechpersonen berichtet wird. Die Angleichung des Auswahlprozesses an die in den Betrieben üblichen Stellenbesetzungsverfahren wirkt offensichtlich positiv in die Organisation zurück:

„B1: Es lief über eine offizielle Ausschreibung für alle Mitarbeiter. Es gab dann mehrere Bewerbungen, so, dass wir sogar in Vorstellungsgespräche einsteigen mussten. Das ist erstaunlich gewesen, dass so viel Interesse daran besteht.

B2: Das hat durch die Ausschreibung eine ganz andere Wertigkeit bekommen.

B3: Besonders in der Verwaltungsleitung, finde ich, hat das nachgewirkt.“ 13-21-öV-b5H-NA/NA/NA

In einer weiteren Variante werden die nebenamtlichen Ansprechpersonen von dem bereits bestehenden Berater- oder Helferteam in teilweise bereits formalisierten Verfahren ausgewählt:

„Für die Aufnahme ins [Berater-Team] gibt es so ein Reglement, das mal vor vielen Jahren in einer Geschäftsordnung entworfen wurde. [...] Generell ist es so, dass die Gruppe das selbst regelt, wenn es Interessenten gibt, die dazu kommen wollen.“ 7-17-VD-b5T-KO-BGM

Im vorgenannten Modell ist nicht nur der Auswahlprozess im Team bemerkenswert, sondern auch die Veränderung der Auswahlkriterien. Im Suchtpräventionsprogramm dieser Organisation wurde in den letzten Jahren der Schwerpunkt von der Suchthilfe auf die Suchtprävention verlagert. Dadurch haben sich die Anforderungen an die AfS entsprechend verschoben. Ausgewählt werden nun eher Personen, deren Aufmerksamkeit nicht nur auf die Suchtkranken im Betrieb gerichtet ist, sondern die in ihren Berufsgruppen anerkannt sind. Sie sollen für einen verantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln und Medikamenten sensibilisieren können, aber auch bereit sein, riskanten Konsum konsequent anzusprechen:

„Die müssen schon, das ist uns wichtig, gut in der Organisation ankommen. Wir haben natürlich auch oftmals Leute, die sich vor allem für das Thema interessieren, weil sie vielleicht selbst betroffen sind [...]. Wir haben jetzt keinen Betroffenen oder ehemals Betroffenen im Team [...]. Das ist nicht, weil es nicht sein kann, aber wenn sie ihren eigenen therapeutischen Ansatz mit einbringen wollen, der ihnen geholfen hat, dann passt das nicht unbedingt mit dem Ansatz [hier im Hause] zusammen und kann schwierig werden. Das versuchen wir zu vermeiden. Die Gruppe entscheidet einstimmig. Ich habe noch ein Vetorecht.“ 7-17-VD-b5T-KO-BGM

Das aufwendigste Auswahlverfahren der in dieser Studie beteiligten Betriebe findet sich in einem Beispiel, in dem die nebenamtlichen Ansprechpersonen unter der Funktionsbezeichnung „Suchtberater oder -beraterin“ tätig sind:

„Die Suchtberater und -beraterinnen, die hier tätig sind, haben alle eine qualifizierte Ausbildung. Wenn wir jemanden als neuen Suchtberater/Beraterin ausgewählt haben, muss die Person zunächst ein Jahr mit einem erfahrenen Suchtberater mitlaufen. Wir haben ein Patensystem, d.h. einer der alten Hasen fühlt sich hauptverantwortlich für den Neuen. Da wir mehrere Suchtberater haben ist es gut, wenn die neue Person unterschiedliche Arbeitsstile kennenlernt

und dann auch andere Kollegen in der Beratung begleitet. Später kann dann auch schon eine Co-Beratung übernommen werden. Die Person wird selbstverständlich von Anfang an zur Schweigepflicht verpflichtet und die Klienten werden gefragt, ob jemand beim Gespräch dabei sein darf. Nach dieser Probephase entscheiden wir in der Gruppe der Suchtberater, ob wir die Person zur Ausbildung anmelden. Die Ausbildung umfasst bei uns auch eine zweiwöchige Hospitation im Alkohol- oder Drogenbereich (je nach Vorerfahrung des Beraters). Nach erfolgter Ausbildung wird die Person dann offiziell zum innerbetrieblichen Suchtberater ernannt.“ 14-30-FB-ü10T-SB/NA/NA

In einigen Organisationen gibt es Ausschlusskriterien für die Übernahme der nebenamtlichen Tätigkeit in der Suchtprävention und Suchthilfe. Dasselbe Kriterium kann im anderen Betrieb aber explizit erwünscht sein. Das betrifft z. B. Führungskräfte:

„Kollegiale Ansprechpersonen für Suchtfragen

[...]

Führungskräfte und Praxisausbildungen können das Amt der kollegialen Ansprechperson für Suchtfragen nicht wahrnehmen.“

➔ Versicherungsgewerbe, 050102/251/2011

Im vorliegenden Beispiel wird den Führungskräften und Praxisausbildern, die ihr Amt vor Inkrafttreten der DV übernommen haben, allerdings Bestandsschutz eingeräumt. Die reguläre Ablehnung wird mit der Befürchtung begründet, die Schwelle könnte zu hoch sein, als dass die Mitarbeitenden bei der Führungskraft Beratung suchen:

„Wir hatten so ein paar Beispiele, wo vor Ort eine Führungskraft oder eine ehemalige Führungskraft als Ansprechperson tätig war. Das muss nicht immer schlecht sein. Das hängt ja auch von der Person ab. Aber im Allgemeinen würde ich immer sagen, es hat sich bewährt, dass es keine Führungskraft ist, weil die Hemmschwelle, den- oder diejenige anzusprechen, dann deutlich geringer ist.“ 10-19-VB-b8T-GPR

Was in einem Betrieb unerwünscht ist, wird im anderen erwartet:

„Man muss dazu sagen, dass eigentlich hier auch eine Führungskraft sitzen sollte. Das war deutliche Ansprache, dass sich eine Führungskraft für die Ausbildung [zur AfS], wie wir sie dann gemacht haben, bewerben sollte. Das war ganz deutliche Ansage. Aber da fand sich keine.“ 13-19-öV-b5H-NA/NA/NA

An anderer Stelle trifft die Ablehnung die Vorgesetzten wie die Interessenvertretung gleichermaßen:

„Suchtkrankenhelfer/innen

[...]

Führungskräfte und Mitglieder der Arbeitsnehmervvertretungen sollen nicht zu Suchtkrankenhelfer/innen ernannt werden.“

→ Landverkehr, 050102/234/2014

Die vorliegenden Erfahrungen machen den besonderen Stellenwert deutlich, den die Ausbildung und die Auswahl der AfS für deren Arbeit und den Status der Einrichtung im Betrieb haben. Bei der Fülle verschiedener Aspekte, die in die Gestaltung eines Auswahlverfahrens für AfS einfließen, kann man an dieser Stelle zusammenfassen: Es empfiehlt sich auf jeden Fall, den Prozess der Qualifizierung und Auswahl im Steuerungsgremium und in der Einrichtung zu beleuchten und einen angemessenen Rahmen dafür zu vereinbaren.

5.2.4 Erfolgsmodell Arbeit in Kooperation von Hauptamtlichen und nebenamtlichen Ansprechpersonen

„Da ist zunächst die feste Stelle [der Sozialberatung] in der Verwaltung. Die ist einfach da und wird von den Vorgesetzten und von der Verwaltung immer gesehen. Das ist was ganz Wichtiges. Bei den Nebenamtlichen ist das ja so ein Ehrenamt, das man eher abwimmeln würde [...]. Und ich glaube, dass wir, das ganze Team, als professionell angesehen werden, hat auch etwas mit dieser Hauptamtlichkeit zu tun. Sonst hätten wir es schwerer. Das wäre bedeutend schwieriger.“ 4-16-BE-b5T-SB/NA/NA

Legt man die Erfahrungen zugrunde, die in den Interviews aus der Zusammenarbeit von haupt- und nebenamtlichen Kräften in der betrieblichen Suchtprävention beschrieben werden, dann kann man daraus nur den Schluss ziehen, dass dieses Kooperationsmodell ein besonderer Erfolgsfaktor ist oder zumindest sein kann.

Die positive Wirkung des Kooperationsmodells stellt sich – so die These – vor allem dann ein, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Die Kooperationsbeziehung und Aufgabenteilung wird bewusst gestaltet und von den Beteiligten wertgeschätzt.
- Die Zusammenarbeit wird durch verbindliche und kontinuierliche gemeinsame Lern- und Austauschprozesse gefördert.
- Das Kooperationsmodell wird durch eine Vereinbarung (möglichst BV/DV) gestützt.

Neben strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen kommt es natürlich auch auf die Beteiligten an. Damit eng verbunden ist die wechselseitige Wertschätzung: der Hauptamtlichen als professionelle Beratungskräfte, die in ihrer Rolle als Koordinator oder Leitung fungieren, sowie der Nebenamtlichen als Ansprechpersonen für Suchtfragen und kollegiale Beratung. Eine in der Sozialberatung Tätige hebt aus ihrer Perspektive folgende Aussage hervor:

„Ich finde das sehr gewinnbringend, wenn man mit nebenamtlich Tätigen zusammenarbeitet, a) weil sie tatsächlich auch nicht ganz so betriebsblind sind, sie sehen auch noch mal andere Dinge außer Sucht. Und b) erlebe ich, dass die eigene Betroffenheit bei den Klienten sehr gut ankommt. [...] Auch da, wo man nicht immer eine Sozialberatung zur Verfügung hat, können die nebenamtlichen Suchtberater sicherlich auch mit den Ärzten oder anderen Beteiligten im Unternehmen gut zusammenarbeiten und sich prima ergänzen.“ 14-37-FB-ü10T-SB/NA/NA

Die nebenamtlichen Ansprechpersonen beschreiben es aus ihrer Sicht wie folgt:

„B1: Was ich auch wichtig finde, [...] ist die Aufteilung zwischen den politischen Tätigkeiten und der Basisarbeit.

B2: Das halte ich auch für eine gute Arbeitsteilung. [...] Ich von meiner Seite bin sehr froh, dass viele Aufgaben in der ersten Rich-

tung von der hauptamtlichen Sozialberatung gemacht werden. Da habe ich dieses Gefühl der Professionalität [...]. Da bin ich sicher, dass das auch gut gemacht wird. Häufig sind wir es ja auch, die Impulse geben, und du bereitest dann den Weg, den wir nachher mit nutzen können. Und das ist eigentlich eine sehr gute Zusammenarbeit.“ 14-31-FB-ü10T-SB/NA/NA

Wenn es um die Beteiligung oder sogar Koordination und Unterstützung von Steuerungsgremien geht, ist in aller Regel der Einsatz der Hauptamtlichen gefragt:

„Da sind die nebenamtlichen Suchtkrankenhelfer und -helferinnen auch etwas überfordert in einer Moderations- und Beteiligungsaufgabe, wenn es dann zu solchen Themen wie Steuerungsfragen kommt [...] Ich finde sie sind überfordert, so einen Arbeitskreis zu leiten und bei unterschiedlichen Positionen zu vermitteln.“ 1-18-ÖV-ü10T-KO-BGM

Die Arbeitsteilung zwischen strategischen und operativen Aufgaben in der betrieblichen Suchtarbeit wird mehrfach in Betrieben angesprochen, die mit dem Kooperationsmodell arbeiten. Dort fühlen sich die nebenamtlichen AfS dadurch gestärkt. Sie haben manchmal das Gefühl, dass sie bei den Führungskräften nicht in gleicher Weise Gehör finden würden wie die hauptamtlichen Kräfte. Diesen kommt nicht nur ihre professionelle Kompetenz zugute, sondern auch ihr Status und die meist größere Vernetzung sowie die genauere Kenntnis der – informellen – Kommunikationsstrukturen im Betrieb:

„Das weitere Thema ist natürlich auch die politische Bühne hier im Unternehmen. Hier gibt es Themen, wo wir gewisse Vorstellungen haben. Da ist es nicht immer ratsam, loszurennen und diese versuchen umzusetzen. Da muss man schon gucken, dass man den richtigen Dienstweg einhält, sonst wird das nichts. Dafür ist die Sozialberatung natürlich prädestiniert. Die kennt genügend Leute, hat die Connections und weiß auch, wen man ansprechen muss [...]. Und es gibt uns natürlich diesen enormen Freiraum, uns wirklich auf die Suchtarbeit zu konzentrieren. Wir brauchen uns dann mit so was nicht rumärgern. Das ist schon Luxus.“ 14-35-FB-ü10T-SB/NA/NA

Schließlich hat die hauptamtliche Kraft in der Regel auch formal den Auftrag, die Arbeit der nebenamtlichen AfS fachlich anzuleiten und zu koordinieren. Damit kann sie aus ihrer Rolle heraus auch entsprechende Aufträge an die AfS weiterleiten sowie auf deren Freistellung für die präventiven und beratenden Aufgaben hinwirken:

„Die Suchtberater sind für Präventionsmaßnahmen freigestellt. Auch für unsere Seminare. Die Seminare werden durch externe Trainer durchgeführt. Aber es ist immer ein [nebenamtlicher] Suchtberater über die ganze Zeit dabei. Denn wenn interne Fragen kommen oder Vorgesetzte haben konkrete Fälle, ist gleich der Draht zu den Suchtberatern gegeben. Ebenso werden die Kollegen bei anderen Präventionsmaßnahmen involviert. Wir entwickeln die Ideen und arbeiten dann immer gemeinsam daran.“ 14-9-FB-ü10T-SB/NA/NA

Das ist besonders in solchen Situationen wichtig, wo der Freistellungsbedarf z. B. von den Vorgesetzten nicht immer widerspruchsfrei akzeptiert wird:

„B1: Das ist schon gut, dass wir beides haben. Die Sozialberaterin kann einladen zu unseren Treffen, zur Planung zum Thema Sucht und so was. Das hat einigen von uns [AfS] schon geholfen zu sagen: ‚Hier ist der Brief. Ich bin dann weg.‘

B2: Es macht ja auch Sinn. Wenn wir das anders machen wollten, hätten wir viel mehr Probleme hier.

B3: Das so zu organisieren ist eine total gute Sache.“ 4-16-BE-b5T-SB/NA/NA

Letztlich profitiert die gesamte Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe davon. Auch die weitere Entwicklung der Einrichtung kann durch die strategische Arbeit und das aktive Engagement im Nebenamt positiv vorangetrieben werden:

„Wenn jemand sagt, ‚Mensch wir brauchen da ein bisschen Rücken-deckung‘ oder ‚wir brauchen eine Weiterbildung‘ oder, oder, oder [...] Also das dann entsprechend einzutüten und die politische Ebene, ist dann immer eher meine Aufgabe. Das ist eine gute Teilung.“ 14-31-FB-ü10T-SB/NA/NA

Die Erfahrung, dass beide Seiten von einer entsprechenden Rollenteilung profitieren, wird in einem weiteren Beispiel ausgeführt. Im Zuge der Neuausrichtung des gesamten Suchtpräventionsprogramms wurde das dort bestehende Suchtkrankenhelferteam, das vorher ausschließlich in der Beratung und Begleitung von suchtgefährdeten Beschäftigten tätig war und dabei sehr eng mit einem externen EAP-Anbieter zusammenarbeitete, stärker auf die vorbeugende Arbeit und die Unterstützung von Frühinterventionen hin orientiert. Zugleich wurde der bisherige Sprecher der Gruppe als Koordinator freigestellt, um den Prozess der Organisationsentwicklung zu organisieren und koordinierend zu steuern:

„Ein Erfolg ist sicher auch, dass es gelungen ist, das Team aus dieser Rolle der reinen Suchtkrankenhilfe mehr ins Präventive zu bewegen. Das heißt für sie Präventionsmaßnahmen anzugehen, Führungskräfte zu unterstützen. Die werden jetzt mehr eingebunden. Früher war es eine Gruppe, die war nicht sichtbar für die Organisation. Und jetzt wird sie zunehmend in der Organisation wahrgenommen.“ 7-14-VD-b5T-KO-BGM

Die gemeinsame Anstrengung, die Veränderung voranzutreiben, den eigenen Rollenwechsel zu vollziehen und den neuen Ansatz der Suchtprävention ergänzend zur bisherigen Suchthilfe in die Praxis umzusetzen und dabei alle AfS auf diesem Weg mitzunehmen, kann als Modell betrachtet werden:

„Das war ganz wichtig, hier so ein Verständnis für die Richtungsänderung zu entwickeln. Und das hat sich als sehr effizient erwiesen. Also es war ein sehr starres Gebilde vorher. Da mussten wir sehr viel Energie für aufwenden, dieses jetzt zu drehen.“ 7-14-VD-b5T-KO-BGM

In der Kooperation von Haupt- und Nebenamtlichen hat weiterhin das Thema der Beratung und Begleitung von suchtgefährdeten und suchtkranken Personen einen zentralen Stellenwert. Die nebenamtlichen AfS unterstützen die hauptamtlichen Beratungskräfte, können deren Angebote aber auch in spezifischer Weise ergänzen, sei es z. B. durch die eigene Betroffenheit als ehemalige Suchtkranke oder durch ihre kollegiale Nähe und berufliche Verbundenheit:

„Ich erlebe, dass die eigene Betroffenheit bei den Klienten sehr gut ankommt. Sie holen die Klienten noch mal anders – oder besser gesagt – auf einer anderen Ebene ab als der professionelle Kreis. Zu den Professionellen kommen die Betroffenen ja sowieso früher oder später noch. So bietet sich noch eine andere Augenhöhe. Das Zusammenwirken von professionellen und nebenberuflichen Suchtberatern finde ich sehr gut.“ 14-37-FB-ü10T-SB/NA/NA

Im hier beschriebenen Modell ist auch die Unterstützung der Nebenamtlichen in schwierigen Beratungssituationen durch die Sozialberatung gewährleistet. Außerdem gibt es einen kontinuierlichen fallbezogenen Austausch zwischen der professionellen Fachkraft und den nebenamtlichen Ansprechpersonen:

„Hier [am Standort] haben wir wöchentlich eine gemeinsame Teamsitzung, wo wir auch anonymisiert Fälle besprechen können. [...] Die Kollegen an anderen Standorten besuche ich hin und wieder, aber die haben auch jederzeit die Möglichkeit mich anzusprechen.“ 14-27-FB-ü10T-SB/NA/NA

Die gute Zusammenarbeit der hauptamtlichen Sozialberatung und der nebenamtlichen Suchtberater ist sicherlich ein Faktor, der sich im hier zitierten Beispiel in nachweisbaren Erfolgsquoten im Betrieb widerspiegelt:

„Ich glaube, auf was wir stolz sind bei [der Firma], ist unsere Erfolgsquote, die ist enorm hoch. Das ist, glaube ich, ein wesentliches Merkmal unserer Arbeit.“ 14-41-FB-ü10T-SB/NA/NA

In einer anderen Organisation kam ein solcher Erfolg bislang nicht zustande, unter anderem weil das in der BV/DV vorgesehene und für die große Anzahl dezentral organisierter Beschäftigtenbereiche ideale Kooperationsmodell nicht realisiert wurde:

„Nein, [nebenamtliche Ansprechpersonen] die gibt es nicht. Als ich hier angefangen bin, haben wir das erst einmal zurückgestellt. Im Arbeitskreis Sucht war damals die Überlegung: ‚Jetzt soll sich hier erst die Hauptamtliche etablieren und das alles aufbauen.‘ Im Grun-

de war es von keiner Stelle so ein großer Wunsch, die zu implementieren. Dann hieß es auch da eher, „wenn dann wollen wir doch lieber Gesundheitslotsen, also Personen, die nicht nur für das Thema Sucht zuständig sind [...]. Das wird jetzt immer noch diskutiert [...]. Aber kollegiale Suchtberater sind im ganzen Konzern nie ausgebildet worden [...]. Wir haben es nicht als wichtig genug erachtet. Und aus dem Grund gibt es die gar nicht.“ 11-21-KH-ü10T-SB

Weil aber die Kapazitäten der einzigen hauptamtlichen Beratungskraft bei weitem nicht ausreichen, um alle Betriebseinheiten mit Präventions- und Beratungsangeboten angemessen zu versorgen, bleiben viele von ihnen von den Angeboten des Suchtpräventionsprogramms bedauerlicherweise weitgehend ausgeschlossen:

„Die Gruppe, die ich am wenigsten erreiche, das sind diese Tochtergesellschaften und Servicebereiche. So kommt wirklich sehr, sehr, sehr selten eine Reinigungskraft zu mir. [...] Diese Bereiche haben noch mal eigene Betriebsräte. Die spielen ja auch eine große Rolle. Und ich bin froh, wenn ich das hier mit dem Personal dieser Einrichtung hinkriege, dass da Kontakt besteht und die Bescheid wissen. Und jetzt da noch so viele weitere Betriebe, das schaffe ich überhaupt nicht.“ 11-13-KH-ü10T-SB

Der zweite wichtige Aspekt für die erfolgreiche Zusammenarbeit in dem Kooperationsprojekt ist ihre Förderung durch verbindliche und kontinuierliche gemeinsame Austausch- und Lernprozesse. Diese werden meist von den internen Fachkräften organisiert und begleitet:

„Ich moderiere den Erfahrungsaustausch [...], den wir monatlich machen. Da sind in wechselnder Besetzung circa 20 bis 25 [haupt- oder nebenamtliche Ansprechpersonen] dabei, auch wenn nicht alle immer können, [...] das ist jeder zweite Donnerstag im Monat [...]. Einige können da grundsätzlich nicht; deshalb sind die auch nie dabei. Die würde ich trotzdem zu den Aktiven zählen. Im Erfahrungsaustausch haben wir es so organisiert, dass wir zum einen Anfang des Jahres Themen sammeln, mit denen wir uns mal intensiver auseinandersetzen möchten [...]. Wir organisieren, wer dazu einen Input macht [...]. So haben wir Themen, die wir diskutieren. Zum an-

deren ist es so organisiert, dass Anliegen oder Fragen von den Suchtkrankenhelfern und -helferinnen Vorrang haben. Deshalb gibt es beim Erfahrungsaustausch immer anfangs eine Runde. Wenn es einen Fall oder eine Frage gibt, wozu jemand eine Beratung haben will, würden wir das immer vorziehen.“ 1-19-öV-ü10T-KO-BGM

Der hier beschriebene Erfahrungsaustausch ermöglicht auf gut strukturierter Basis einen gemeinsamen Lern- und Austauschprozess zu den Themen der Teilnehmenden und sichert darüber hinaus einen annähernd gleichen Informations- und Wissensstand für eine zahlenmäßig große Gruppe. Das Angebot an die Beteiligten, eigene Problemfälle einzubringen, sorgt zugleich für die notwendige Unterstützung und für Vernetzungsmöglichkeiten. Darüber hinaus wird der Austausch auch noch für die Planung gemeinsamer Vorhaben genutzt:

„Zur Suchtwoche diskutieren wir, ob wir etwas Besonderes machen wollen bzw. was können wir machen? Dann versuchen wir auch einmal im Jahr eine Suchtklinik zu besuchen oder eine Beratungseinrichtung hier [vor Ort].“ 1-19-öV-ü10T-KO-BGM

Im Rahmen der Austauschprozesse ergänzen sich die haupt- und nebenamtlichen Kräfte durch ihre unterschiedlichen Blickwinkel auf die Anforderungen und Themen. Im direkten Zusammenwirken ist das Verhältnis zwischen Begleitung und Unterstützung auf der einen Seite und selbstständigem Handeln in der Gestaltung von Präventions- und Beratungsangeboten auf der anderen Seite dagegen immer wieder auszutarieren. Grundlegend sind entsprechende Erfahrung und Vertrauen in der Zusammenarbeit, damit es dabei nicht zu Spannungen kommt:

„Ich habe einen Kollegen, der ist nun Sprecher der Gruppe [der nebenamtlichen AfS]. Der ist zweimal im Monat für zwei Tage in seiner Freistellung hier im Büro [...]. Und das ist so die Verlinkung in das Team. Das Team soll möglichst autark für sich arbeiten, eben als Ansprechpartner für betroffene Kollegen dienen und weitere beratende Funktionen übernehmen.“ 7-16-VD-b5T-KO-BGM

Die gemeinsame Weiterbildung wird in diesem Beispiel durch externe Fachkräfte begleitet. Sie teilt sich auf in einen inhaltlichen Teil für die Arbeit in

der Suchtprävention und Suchthilfe sowie in einen begleiteten Teamentwicklungsprozess:

„Ausgebildet wird das Team fachlich zweimal im Jahr für jeweils zwei Tage durch eine sogenannte Fachaufsicht. Der war ehemals unser therapeutischer Ansprechpartner in der Klinik [...]. Dann haben wir noch zwei Tage einmal im Jahr eine organisationsentwickelnde Maßnahme. Da arbeiten wir mit einem [externen Berater] zusammen [...]. Es gab auch zeitweise viel Stress in der Zusammenarbeit mit dem Team, gerade bei der Diskussion über die BV. Das hat das Team erst gar nicht verstanden. ‚War doch alles so super bisher.‘ Es war ein sehr starres Gebilde, was wir da hatten. Da mussten wir sehr viel Energie aufwenden, dieses zu drehen. Das war ganz wichtig, hier ein Verständnis für die Richtungsänderung zu entwickeln. Das hat sich auch letztlich als sehr effizient erwiesen.“ 7-16-VD-b5T-KO-BGM

Neben den hier beschriebenen Austausch- und Lernprozessen, die sich immer auch gezielt oder in der Nebenwirkung auf die Teamentwicklung auswirken, ist die Supervision ein wichtiges Element der Aufgabenbewältigung sowie der fachlichen und persönlichen Entwicklung (vgl. Kapitel 5.5.1). Dies gilt nicht nur für das Kooperationsmodell, sondern gleichermaßen für die beschriebenen Modelle der hauptamtlichen Koordinations- und Beratungsarbeit sowie der nebenamtlichen AfS.

5.3 Angebote der Beratung und Unterstützung

Kernaufgaben der Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb sind die individuelle Beratung von Beschäftigten zu Suchtfragen, das Angebot der Unterstützung bei Auffälligkeiten und Interventionen sowie die Begleitung bei der Bewältigung von Suchtproblemen und bei der Wiedereingliederung nach einer Therapie. Auf den ersten Blick ist für viele – besonders für Außenstehende – die Beratung von Beschäftigten mit Suchtproblemen sogar die zentrale Aufgabe der Beratungskräfte und der AfS. Genauer betrachtet stellt es sich jedoch differenzierter dar.

Tatsächlich sind die individuelle Beratung zu Suchtfragen und die Unterstützung von Hilfesuchenden nur Teil des spezifischen Angebots. Allerdings

haben diese Aufgaben den Charakter des Alleinstellungsmerkmals, das vorderhand die Existenzberechtigung der internen Einrichtung begründet. In der täglichen Praxis machen sie dennoch nur einen Teil der für die erfolgreiche Umsetzung des Suchtpräventionsprogramms wichtigen Aktivitäten aus. Bei der Frage nach den Erfolgen und deren Voraussetzungen wurden zunächst andere Faktoren in den Vordergrund gerückt wie etwa die Entwicklung und der Abschluss einer BV/DV, die Qualifizierung der Führungskräfte und Personalverantwortlichen, die frühzeitigen Interventionen und die Rolle der Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb sowie deren adäquate Ausstattung.

Dagegen kommt der Beratung und Begleitung bei riskantem Konsum sowie bei Suchtgefährdung und -erkrankung – so die Hypothese – eher die Bedeutung einer alltäglichen Routine zu, welche selbstverständlich und zuverlässig erledigt wird, so dass sie – so könnte man annehmen – nicht mehr besonders erwähnt werden muss. Es mag auch eine Rolle spielen, dass die Fälle der Beratung von Beschäftigten bei Suchtgefährdung oder Abhängigkeitserkrankungen im Vergleich zu den gestiegenen Beratungsbedarfen von psychisch belasteten und gefährdeten Beschäftigten als eher abnehmend wahrgenommen werden, wie es in den Interviews zum Ausdruck kam. Die öffentliche Diskussion um psychische Belastungen und Erkrankungen am Arbeitsplatz hat viele Beschäftigte für eigene oder die im Arbeitsumfeld wahrgenommenen Probleme sensibilisiert. Die Verlagerung von der Sucht zur psychischen Gesundheit wird vor allem von den Beratungskräften angesprochen, die ursprünglich aus der Suchtprävention und Suchthilfe kommen und heute zusätzlich eine verantwortliche Rolle im BEM-Verfahren übernommen haben.

Für die erfolgreiche Umsetzung des Suchtpräventionsprogramms werden in den Interviews die Beratungsangebote in drei Bereichen hervorgehoben: Erstens ist es die Beratung und Unterstützung von Personalverantwortlichen bei Auffälligkeiten im Mitarbeiterkreis. Zweitens sind es die Beratungs- und Unterstützungsangebote für auffällig gewordene Beschäftigte, die bereits bei riskantem Konsum im Vorfeld einer Gefährdung und/oder manifesten Erkrankung ansetzen. Drittens handelt es sich um die Erweiterung der Beratungsangebote bei sucht(mittel)bedingten Auffälligkeiten im Betrieb um die Beratung und Unterstützung bei psychischen Belastungen und Erkrankungen.

5.3.1 Erfolgsfaktor Beratung und Unterstützung von Führungskräften bei Auffälligkeiten im Mitarbeiterkreis

„Das läuft ja so: Von der Führungskraft werden die Mitarbeiter an die Sozialberatung verwiesen. Und sie kommen dann zu mir und sagen, sie haben eine Problematik mit ihrem Chef, weil der will, dass sie sich verändern. Dann frage ich natürlich: ‚Ja, und was wollen Sie?‘ Und sie sagen: ‚Ich möchte das Problem mit meinem Chef loswerden.‘ Dann steige ich in die Beratung ein: ‚Und was glauben Sie, steckt dahinter, wenn er das von Ihnen erwartet?‘ – ‚Na ja, es ist vielleicht auch ein bisschen problematisch, wie es jetzt läuft.‘“ 5-6-BE-b3T-SB

Den Weg in die Beratung finden suchtgefährdete und -kranke Beschäftigte in den häufigsten Fällen über die zuständige Führungskraft. Es wird in den Interviews übereinstimmend berichtet, dass die meisten Betroffenen von den Vorgesetzten auf das Beratungsangebot hingewiesen wurden:

„Die betroffenen Personen habe ich persönlich weniger gesehen oder wenn, dann hatten wir erst später ein Gespräch. Es war eher so, dass die Führungskräfte uns angesprochen haben: ‚Was sollen wir tun?‘“ 9-9-KH-b1T-NA/BR

Die zentrale Rolle der Führungskräfte für den Erfolg der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe wurde in [Kapitel 4](#) des vorliegenden Berichts bereits beschrieben. Bezug nehmend ist es daher nicht verwunderlich, dass die Unterstützung der Führungskräfte bei der Anwendung der Leitfäden und der Vorbereitung von Gesprächen und Interventionsverfahren ([vgl. Kapitel 4.2.6](#)) einen erheblichen Anteil hat an den Aktivitäten der internen Einrichtungen sowie an deren Erfolg:

„Also für mich ist es ein Erfolg, dass sich Mitarbeiter in Führungsfunktionen an uns gewandt haben, wenn sie Schwierigkeiten hatten.“ 9-5-KH-b1T-NA/BR

In erster Linie geht es bei den Beratungen um die Klärung des Handlungsrahmens im Suchthilfeprozess, z. B. um die Interventionsmöglichkeiten bei Auf-

fälligkeiten im Mitarbeiterkreis sowie um angemessene und zielführende Hilfeangebote bei den sichtbar gewordenen Problemen.

Es gibt mehrfach Hinweise darauf, dass die Beratung vor allem von solchen Führungskräften gesucht wird, die offen sind für das Thema, die schon an Schulungen teilgenommen haben und ihren Führungsauftrag ernst nehmen:

„Wenn ich Führungskräfte berate, das sind meist die – so ist meine Wahrnehmung – die sowieso fitter sind. Einer, der in seinem ganzen Führungsverhalten konsequent war, der blieb zum Beispiel die ganze Zeit [während der Interventionsphase] im Kontakt mit uns und berichtete: ‚Jetzt habe ich dies gemacht, jetzt habe ich das gemacht, jetzt gehe ich hiermit zum Personalbereich und sage denen, die sollen jetzt mal dieses oder jenes machen.‘ Der blieb am Ball. Aber die, die unsicher sind, sagen leider nicht: ‚Ich werde meine Unsicherheit durch Beratung los.‘ Die gehen, so kann man das sagen, lieber in Deckung.“ 8-31-VD-b5T-SB

Dabei können die Beratungseinrichtungen auch mit den jeweiligen Vorgesetzten daran arbeiten, wie sie ihre Vorgehensweise im konkreten Einzelfall anlegen können, um einerseits angemessen und leitfadenskonform zu intervenieren, andererseits aber auch die persönlichen und sozialen Belange sowohl der Betroffenen als auch der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Umfeld einzubeziehen und nicht zuletzt auch die eigene Anforderungssituation zu berücksichtigen:

„Ich habe Führungskräfte, die sich hier melden, aber dann erkennen: ‚Das ist ja schwierig, das zu machen.‘ Wenn sie diese Erkenntnis schon haben, dann würde man ja denken, sie suchen sich für diese schwierige Führungssituation irgendwo Unterstützung. Aber manche nehmen das eher diffus wahr, und in dieser Diffusität verdrängen sie das dann [...]. Es fällt dann unter die Rubrik: ‚Was sollen wir denn noch alles machen? Und ich habe sowieso schon so viel um die Ohren.‘ Und, ja, dann verbleibt das auch.“ 8-31-VD-b5T-SB

Das hier beschriebene Beispiel zeigt: Die Unterstützung der Einrichtung wird vor allem von Personalverantwortlichen gesucht, die ihre Rolle bereits bewusst wahrnehmen. Das heißt auf der anderen Seite aber auch, dass die Be-

ratungskräfte und AfS es nicht versäumen dürfen, sich den Führungskräften direkt anzubieten, sofern sie signalisieren, dass sie eher unerfahren und unsicher sind.

Sind die Führungskräfte bereit und in der Lage, die angebotene Beratung und Unterstützung im Suchthilfeprozess von der internen Einrichtung zur Suchtprävention und Suchthilfe anzunehmen – so die Hypothese – steigt die Bereitschaft zur Aufnahme von Gesprächen und die Handlungssicherheit für Interventionen lässt sich leichter herstellen. Das geschieht umso eher, wenn sie erkennen, dass sie dadurch die Chance bekommen, bei Auffälligkeiten erfolgreich einzugreifen und ihre Wirksamkeit im Führungshandeln zu vergrößern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es hilfreich, wenn Personalverantwortliche, die gute Erfahrung in der Zusammenarbeit mit den Beratungskräften und der Unterstützung durch AfS gemacht haben, dieses in Führungskontakten und -runden deutlich kundtun und so als Multiplikatoren wirken.

Hinsichtlich der Beratungsanliegen der Führungskräfte hat die interne Einrichtung eine doppelte Aufgabe. Zum einen steht sie der Führungskraft für ihre eigenen persönlichen Anliegen zur Verfügung; zum anderen unterstützt sie sie bei verschiedenen Führungsangelegenheiten:

„Ich bin im Prinzip die Ansprechpartnerin für die Führungskräfte, wenn sie selber ein Problem haben. Sie können in der Rolle des Mitarbeiters oder der Mitarbeiterin kommen. Und ich bin die Ansprechperson, wenn sie Probleme haben mit ihren Mitarbeitern. Wenn sie zum Beispiel denken, Suchtprobleme, psychische Erkrankung, familiäre Konflikte, was ist da im Hintergrund? Also, wie gehe ich als Führungskraft mit persönlichen Problemen des Mitarbeiters um? Da bin ich für die Führungskräfte auch die richtige Ansprechperson.“ 11-7-KH-ü10T-SB

Angesichts der Vielzahl von Problemstellungen aus dem Mitarbeiterkreis, mit denen es Vorgesetzte zu tun bekommen, ist es verständlich, dass diese sich bei Auffälligkeiten von den Beratungskräften und AfS möglichst schnell nachhaltige Lösungen wünschen:

„Da heißt es schon schnell mal ‚willst du vielleicht mit dem Betroffenen selbst sprechen?‘ Oder: ‚Vielleicht möchte der Betroffene selbst mal mit dir sprechen.‘“ 13-33-öV-b5H-NA/NA/NA

Die betriebliche Einrichtung steht dadurch gerade bei guter Kooperation mit den Führungskräften immer wieder vor der Herausforderung, die Rollen klar und getrennt zu halten:

„Das hört sich so an, als wüsste man für jede Situation eine Lösung. Aber dem ist ja nicht so. Ich muss vor allen Dingen drauf achten, dass ich den Vorgesetzten die Arbeit nicht wegnehme. Die Führungskräfte würden es gerne an uns abtreten, die Gespräche zu führen und auch die Maßnahmen zu regeln. Und wir müssen das immer wieder zurückspiegeln und sagen: ‚Ja, wir unterstützen Sie, auch was die Gesprächsführung angeht, aber Sie müssen das machen. Sie sind der Vorgesetzte.‘“ 9-12-KH-b1T-NA/BR

5.3.2 Erfolgsfaktor Unterstützungsangebote und Hilfe für auffällige Beschäftigte



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„Also eigentlich sind das drei Gruppen: a) die, die von selbst kommen; da ist noch kein Vorgesetzter im Spiel. b) die, die kommen, weil der Vorgesetzte was gesagt hat oder weil es ein schlimmes Ereignis gegeben hat, wo etwas passiert ist. Und die dritte Gruppe c), das sind die Vorgesetzten, die sagen: ‚Hier komme ich nicht weiter, macht mal, helft mir mal.‘ So sind wir für alle Beschäftigten da, in jedweder Gruppe.“ 13-33-öV-b5H-NA/NA/NA

Die betrieblichen Einrichtungen zur Suchtprävention und Suchthilfe sind Teil des Unterstützersystems. Sie bieten Beratung und Hilfe bei Problemen im Umgang mit Suchtmitteln, mit suchtbedingtem oder suchtähnlichem Verhalten sowie bei fortgeschrittener Suchtgefährdung oder Abhängigkeit.

In der individuellen Beratung können sie mit den Beschäftigten frühzeitig – nicht selten schon bevor Auffälligkeiten am Arbeitsplatz sichtbar werden – Lösungsansätze für gesundheitliche oder andere persönliche und soziale Probleme entwickeln:

„Ich helfe ihnen in der Beratung zu klären: ‚Wie kommt es überhaupt dazu? Was belastet mich? Wie gut kenne ich meine Belastungsfaktoren. Bin ich zum Beispiel überfordert in meiner neuen Rolle als Vater?‘, oder was da so manchmal zusammen kommt. Oder: ‚Ich kriege meinen Schichtdienst und meine Ehe nicht unter einen Hut.‘ Sie sind oft erleichtert, wenn sie darauf angesprochen werden. Sie haben natürlich häufig gemerkt, dass da ein Druck besteht und sie in eine Sackgasse hineinlaufen. Dann spüren sie eine Erleichterung, wenn wir darüber sprechen. Ich achte schon darauf überhaupt erst einmal eine Beziehung herzustellen, damit sie auch wiederkommen. Natürlich weise ich sie aber darauf hin, dass sie nicht kommen müssen, dass ich sie auch gar nicht dazu zwingen könnte.“ 8-24-VD-b3T-SB

Es gibt quasi einen fließenden Übergang von den präventiven Informations- und Aufklärungsaktivitäten zur vorbeugenden Beratung von einzelnen Beschäftigten z.B. zu Themen wie dem verantwortlichen Suchtmittel- oder Medikamentengebrauch oder Punktnüchternheit bei der Arbeit. Denn gesundheitliche und soziale Gefährdungen entstehen nicht erst im Missbrauchs- und Krankheitsstadium. Sie setzen bereits bei riskanten Konsummustern – seien es Alkohol, Tabak, illegale Drogen oder Medikamente – ein oder werden etwa durch exzessives Glücksspiel, übermäßigen Internet- und Mediengebrauch, Arbeitssucht oder Essstörungen ausgelöst.

Wie die Interventionen bei Auffälligkeiten, die heute frühzeitiger erfolgen, setzen auch die Beratungs- und Unterstützungsangebote deutlich früher an, z.B. wenn Beschäftigte selbst Ansätze von problematischem Verhalten oder Konsum bei sich wahrnehmen:

„Es kommen auch Betroffene, die entweder schon mal Probleme gehabt haben mit Vorgesetzten oder mit Kollegen oder die selbst eben an einem Punkt sind, wo es so nicht weitergeht. Das ist natürlich eher die Fraktion, die ganz klar weiß, wo der Hase im Pfeffer liegt, wenn sie zu uns kommen. Von denen wird schon Beratung in An-

spruch genommen, bevor der Vorgesetzte tätig wird. Bei den anderen, die da sagen, da ist nichts, da geht der Weg meistens anders herum.“ 13-33-öV-b5H-NA/NA/NA

Hauptamtliche Beratungskräfte und – wie das vorstehende und folgende Beispiel zeigen – auch die nebenamtlichen Ansprechpersonen wirken durch ihr Tätigwerden zunächst einmal präventiv für die Gesunderhaltung der bzw. des jeweiligen Betroffenen:

„Gerade in der Gruppe, wo die Betroffenen einen selbst ansprechen, wo es nicht gekippt ist, bevor es richtig losgeht. Da bleibt es bei ein paar Gesprächen, und dann läuft es weiter. Man kennt die Leute über ein paar Jahre und die freuen sich. Man redet auch immer mal zwischendurch: ‚Wie sieht es jetzt aus? Wie ist denn die Situation?‘ Und das finde ich zum Beispiel einen tollen Erfolg. Dass da vielleicht gerade noch so die Kurve gekriegt wurde.“ 13-40-öV-b5H-NA/NA/NA

Angebote der Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe stärken aber nicht nur die Gesundheitskompetenzen einzelner, sondern leisten darüber hinaus einen Beitrag zu einem gesundheitsförderlichen Arbeitsklima. Denn wenn Beschäftigte sich in der Arbeit unterstützt fühlen, wirkt sich das nachweislich positiv aus auf ihre Gesundheit und Anwesenheit am Arbeitsplatz, auf die Bewältigung von Stressbelastungen und das soziale Miteinander im Betrieb.

Umgekehrt entwickeln sich nämlich Beschäftigte mit sucht- oder suchtmittelbedingten Auffälligkeiten für die Kolleginnen und Kollegen auf die Dauer meist zu einem Belastungsfaktor am Arbeitsplatz. In den BV/DV werden Letztere deshalb immer häufiger aufgefordert, selbst aktiv zu werden und Betroffene anzusprechen (vgl. Kapitel 4.2.7). Spezielle Handlungshilfen stehen hierfür im Internet zur Verfügung (vgl. DHS 2017). In den Interviews verweisen Beratungskräfte und AfS darauf, dass sie des Öfteren von Kollegen der Betroffenen angesprochen werden, die sich eine Hilfestellung wünschen:

„Ich hatte es auch schon, dass Mitarbeiter mich angesprochen haben: ‚Wie gehe ich mit dem Kollegen um?‘ Und das hat dann auch zumindest den Mitarbeitern oder auch der betroffenen Person ein Stück weit geholfen.“ 9-9-KH-b1T-NA/BR

Im Arbeitsumfeld werden Auffälligkeiten häufig sehr lange mitgetragen, sei es, dass man der bzw. dem Betroffenen helfen möchte, das Problem selbst zu lösen, oder hofft, die oder der zuständige Vorgesetzte werde schon eingreifen. Selbst Verantwortung zu übernehmen und auffällige Kollegen oder Kolleginnen anzusprechen, dazu fehlt oftmals nicht nur der persönliche Mut, sondern auch eine Kultur des Vertrauens, dass der bzw. dem Betroffenen durch Einbeziehung des betrieblichen Unterstützersystems bzw. der Sucht- und Sozialberatung oder der AfS geholfen werden kann:

„B1: Und ganz selten, das ist wirklich die kleinste Gruppe, kommen die mitbetroffenen Kollegen. Und die quasi Mitbetroffenen, das ist eigentlich die schwerste Gruppe. Die erwarten eigentlich von einem, dass sie mir das alles sagen und dass ich dann losgehe und das alles löse [...].

B2: Ja, die kommen halt, wenn es dann wirklich schon verkorkst ist, wenn man wirklich nicht mehr viel machen kann. Dann kann man nur noch sagen, ‚Mensch, hättet ihr doch mal eher etwas gesagt. Dann hätten wir vielleicht noch was retten können.‘“ 13-35-ÖV-b5H-NA/NA/NA

Entscheidenden Anteil am Zustandekommen von Informations- und Beratungskontakten zu den Beschäftigten haben – wie bereits beschrieben (vgl. [Kapitel 4.2](#)) – die Vorgesetzten. Wenn sie Auffälligkeiten wahrnehmen, verweisen sie entweder direkt auf die Einrichtung oder wählen den Weg über die verschiedenen zur Verfügung stehenden Instrumente für frühzeitige Interventionen wie Fürsorge- und Klärungsgespräche oder auch das vertrauliche Vieraugengespräch der Stufe 1 des Stufenplans (vgl. ebd.). In die Beratung kommen dann Personen, bei denen nicht gleich eine fortgeschrittene Gefährdung durch Missbrauch oder Abhängigkeit angenommen werden kann. Im Beratungsangebot geht es in solchen Fällen also zunächst einmal darum zu klären, für welches Problem die bzw. der zu Beratende eine Lösung wünscht und wie man sie/ihn dabei unterstützen kann, zielgerichtet daran zu arbeiten:

„Da benutzt man jetzt andere Begriffe, spricht in der Beratung von riskantem Konsum, ist weg von der Diagnose Alkoholismus. Denn jetzt kommen auch Leute in die Beratung, die offen sagen, sie haben im Augenblick vielleicht ein Problem mit einem etwas zu hohen

Konsum von Alkohol. Und dann kann ich nicht hingehen und antworten: ‚Tut mir leid, dafür habe ich in der Suchtberatung kein Angebot.‘ Früher hat man das sogar so gesagt: ‚Am besten du gestehst dir ein, dass du Alkoholiker bist. Ansonsten kann ich nichts für dich tun.‘ Heute akzeptiere ich das und greife es auf: ‚Okay, Sie sagen, Sie haben vielleicht ein Problem mit dem Alkohol. Lassen Sie uns darüber reden. Was wollen Sie anders tun? Wozu sind Sie bereit, es zu verändern?‘“ 5-6-BE-b3T-SB

Eine Gefährdung ist auch in Fällen eines riskanten Konsums nicht auszuschließen. Auch Verhaltensänderungen, die nicht in Verbindung mit einem geläufigen Suchtmittel stehen wie z.B. Medikamente oder ein übermäßiger Mediengebrauch, können bereits Teil von Bewältigungsstrategien geworden sein: Wenn abends Entspannung im Spiel gesucht wird und hierfür Stunden am Automaten oder vor dem Computer verbracht werden, kann es am nächsten Tag z.B. zu einem verspäteten Arbeitsbeginn kommen; gesteigerte geistige Erregung oder Müdigkeit kann die Konzentration beeinträchtigen; es treten häufiger Fehlzeiten auf:

„Das passiert zum Beispiel bei Glücksspiel oder wenn einer zu viel an der Spielkonsole hängt. Bei solchen Problemen berate ich dann, wie sie anders damit umgehen können. Ich gucke, was sie erst einmal für sich ausprobieren können und frage natürlich auch, was sie selbst schon versucht haben. Ich rede mit ihnen, welche Funktion und Bedeutung das hat. Also häufig ist ja Spiel, aber auch Alkohol ein Spannungsausgleichsmittel. Bier wirkt dann oft wie ein Beruhigungsmittel, ‚zwei Bier, wenn ich aus dem Spätdienst komme‘ und so weiter. Da berate ich sie dahingehend, was sie stattdessen machen können. Überlege mit ihnen gemeinsam, was sie für sich ausprobieren können, um sich da selber Grenzen zu setzen.“ 8-24-VD-b3T-SB

Zum Spektrum der Beratungsangebote der Einrichtungen zur Suchtprävention und Suchthilfe gehören schließlich spezielle Unterstützungsleistungen für jene Beschäftigten, deren Auffälligkeiten im weiteren Verlauf des Suchthilfeprozesses zu Interventionen nach dem Stufenplan geführt haben. Spätestens ab dem zweiten oder dritten Stufengespräch liegt eine Suchtgefährdung nahe, das heißt die Person verliert sucht(mittel)bedingt die Fähigkeit, ihr Verhalten willentlich zu steuern. Deshalb wird den Betroffenen in den

Stufengesprächen als Hilfeangebot dringend empfohlen, die Beratung und Begleitung durch hauptamtliche Beratungskräfte oder nebenamtliche AfS zu suchen. Der Auftrag zur Suchthilfe wird im Aufgabenkatalog der Einrichtung in der BV/DV allerdings oft nur allgemein beschrieben:

„Fallbezogene Aufgaben:

- Hilfe und Unterstützung von Betroffenen
- Gegebenenfalls Vermittlung von einzelnen Ratsuchenden an entsprechende Einrichtungen [...].“

→ Gesundheit und Soziales, 050102/252/2003

Im folgenden Beispiel werden die mit der Suchthilfe verbundenen Aufgaben differenzierter aufgelistet:

„Interne Beratungsstelle für Sucht und Soziales

Die interne Beratungsstelle arbeitet auf Grundlage dieser Betriebsvereinbarung und ist explizit im Hilfeprozess tätig. Unter Suchthilfe werden in diesem Zusammenhang alle Hilfeangebote bei riskantem Substanzkonsum, Suchtgefährdung und suchtbedingten Verhaltensweisen verstanden, einschließlich des Eingliederungsprozesses nach einer Therapie sowie der betrieblichen Nachbetreuung. Im Einzelnen beinhaltet dies u. a. folgende Aufgaben:

- Kontakt-/Informationsgespräche führen
- Gespräch(e) in den externen Suchtberatungsstellen vereinbaren und begleiten
- Betreuung während den Entwöhnungsbehandlungen
- Eingliederung am Arbeitsplatz begleiten und koordinieren (betriebliche Nachbetreuung) [...].“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

Wie in den Standards der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe (vgl. DHS 2011) empfohlen, wird in einem der untersuchten Betriebe die Suchthilfe explizit mit dem Auftrag der „Fallbegleitung“ verknüpft:

„Helferinnen/Helfer

Suchtgefährdete Beschäftigte bedürfen während des unter Ziffer [...] beschriebenen Verfahrens der Fallbegleitung. Diese Aufgabe übernehmen insbesondere die Sozialberatung und die innerbetrieb-

lichen Suchtkrankenhelfer/innen. Beide Gruppen unterliegen der Schweigepflicht.“

→ Landverkehr, 050102/234/2014

Bei gestuften Interventionen ist eine kontinuierliche Begleitung der Betroffenen im Suchthilfeprozess durch eine Beratungskraft oder eine AfS nützlich: Sie kann einerseits die Beratungs- und Unterstützungsbedarfe im Fortgang des Verfahrens klären und mit der bzw. dem Betroffenen abstimmen, welche weiteren Schritte zur Überwindung der Probleme im internen oder externen Hilfesystem möglich bzw. erforderlich sind. Andererseits bleibt sie fortlaufend in Kontakt mit dem oder der Betroffenen und kann stabilisierend wirken, wenn Verunsicherung, Zweifel oder Ängste den eingeschlagenen Weg zur Veränderung erschweren. Weiterhin können die Beratungskräfte oder AfS in Fällen korrigierend und motivierend eingreifen, in denen die Einsicht in die Notwendigkeit an der Lösung mitzuwirken noch nicht besteht.

Zum Auftrag der internen Einrichtung gehört es außerdem, den Kontakt auch während der Entwöhnungsbehandlung aufrechtzuerhalten, sofern dies von den Betroffenen gewünscht ist. Im Kooperationsmodell von haupt- und nebenamtlich Tätigen fällt diese Rolle vielfach der AfS zu:

„Therapiebegleitende Maßnahmen und Wiedereingliederung (Anlage 1)

Während einer ambulanten oder stationären Therapie wird der Kontakt zu der/dem Beschäftigten von der Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe gehalten.“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

Ist die Einrichtung hauptamtlich besetzt, wird der Aufgabenkatalog gelegentlich dahingehend erweitert, dass auch die Einleitung therapeutischer Maßnahmen durch die Beratungskräfte vorgesehen ist – zumindest bei Auffälligkeiten in Verbindung mit gefährdendem Alkoholkonsum. In der vorliegenden Studie war diese Praxis bei allen Verkehrsdienstleistern anzutreffen:

„Suchtberatung

Mit der [Sozialberatung] steht allen Beschäftigten ein innerbetriebliches Angebot der Suchtprävention und Suchthilfe zur Verfügung. Zu den Aufgaben der [Sozialberatung] im Rahmen der Umsetzung der Dienstvereinbarung gehören

- frühzeitige und systematische Hilfsangebote in Form von Beratung und Information,
- Information über externe Beratungs- und Therapiemöglichkeiten,
- Einleiten von Therapiemaßnahmen,
- Hilfe bei der Wiedereingliederung [...].“

→ Landverkehr, 050102/234/2014

Die Begründung für dieses Vorgehen leitet sich vor allem aus den besonderen Sicherheitserfordernissen und den Problemen bei Auffälligkeiten in den Reihen des Fahrzeugs führenden Personals ab. Letzteres kann vom Zeitpunkt der Intervention bis mindestens zwölf Monate nach erfolgreich abgeschlossener Therapie nicht auf dem angestammten Arbeitsplatz im Fahrdienst eingesetzt werden. Betroffene sollen auf dem Weg der betrieblich eingeleiteten Maßnahmen zeitnah und zielgerichtet – in einem Fall sogar speziell auf diese Berufsgruppe ausgerichtete – therapeutische Hilfe erhalten, um möglichst schnell die Suchtgefährdung überwinden und die Arbeitsfähigkeit wiederherstellen zu können:

„Im Fahrdienst ist es so, dass ich fast immer in die stationäre Therapie vermittele, wenn sie bei uns auffällig werden. Weil das ist ja eine Auflage. Das ist verändert worden. Früher habe ich auf eine Suchtberatungsstelle verwiesen. Dann machten die plötzlich eine ambulante Therapie mit ihm. Als er dann rückfällig wurde, hieß es hier: ‚Dem müssen wir kündigen.‘ Dadurch war das entglitten. Man sagt hier: ‚Wir geben denen eine Chance, aber das [eine stationäre Therapie] ist die Bedingung.‘ [...] Bis zum Beginn der stationären Therapie – die Wartezeiten sind ja deutlich verkürzt – werden sie krankgeschrieben [...]. Bei den Mitarbeitern aus anderen Bereichen, aus der Verwaltung oder aus dem Werkstattbereich, da gibt es schon die Möglichkeit, dass ich die zu einer Beratungsstelle schicke und dann oft das erste Mal auch mit denen dahingehe.“ 8-33-VD-b5T-SB

Diese Praxis ist jedoch nicht nur bei Verkehrsdienstleistern, sondern auch in anderen Branchen verbreitet. Vielfach kooperieren Betriebe mit entsprechenden therapeutischen Einrichtungen und können darüber den Zugang zu einer Entwöhnungstherapie zeitlich verkürzen. Das liegt sicherlich in beiderseitigem Interesse: dem des Betriebes, aber auch dem der bzw. des Betroffenen.

Dennoch bewegt sich die Einleitung einer Therapie durch die betriebliche Einrichtung rechtlich in einem Graubereich. Kritisch ist zu betrachten, inwieweit grundlegende Rechte wie Persönlichkeitsschutz, Freiwilligkeit der Behandlungsaufnahme und freie Arztwahl tatsächlich gewahrt bleiben. Es ist nicht auszuschließen, dass die therapeutischen Maßnahmen primär unter Maßgabe der betrieblichen Erfordernisse und eines schnellen Zugangs zum Therapiesystem ausgewählt wurden, wobei der Aspekt der bestmöglichen therapeutischen Versorgung des bzw. der Suchtgefährdeten oder Abhängigkeitserkrankten in seiner/ihrer Situation zu wenig Berücksichtigung findet.

Nur vereinzelt und am Rande wurden in den Interviews Beratungsangebote für weitere spezifische Beschäftigtengruppen zur Sprache gebracht. Besondere Erwähnung findet die Beratung von Auszubildenden bei Auffälligkeiten. Dagegen wird weder Beratung unter Berücksichtigung von Genderaspekten noch von kulturellen Unterschieden angesprochen. Während in den 1990er-Jahren von den internen Einrichtungen für Suchtprävention und Suchthilfe gelegentlich spezielle Beratungsangebote für Frauen vorgehalten wurden, spielen diese in den Konzepten sowie in der Praxis der in die Studie einbezogenen Suchtpräventionsprogramme keine Rolle:

„Wir haben auch nur einen Frauenanteil von 16 Prozent, das erklärt vielleicht auch, warum es vorrangig um Alkohol geht. Bei Frauen spielen vielleicht auch noch mal Anorexie oder solche Themen eine Rolle. Das haben wir hier sehr, sehr selten.“ 8-24-VD-b3T-SB

5.3.3 Erfolgsfaktor Verknüpfung von Angeboten zur Suchtprävention und zur psychischen Gesundheit

„Was mir in letzter Zeit auffällt, dass viele Leute zu mir ins Büro kommen, die dann über Probleme wie Leistungsdruck mit ihren Worten sprechen wollen. Ich wundere mich, ich habe immer die Bürotür auf. Die Leute kommen und sagen: ‚Darf ich mal die Tür zumachen?‘ Dann weiß ich, dann kommen die mit privaten Problemen oder mit Problemen, wo sie mit dem Druck nicht mehr klar kommen, weil sie genau wissen, das erzählt der nicht weiter. Und das habe ich in letzter Zeit sehr häufig. Da habe ich mir auch schon mal Gedanken gemacht, ob man sich da vielleicht in die Richtung noch mal irgendwie fortbildet.“ 4-22-BE-b5T-SB/NA/NA

Wie hier ersichtlich wird, werden die Nebenamtlichen, wenn sie im näheren Arbeitsumfeld tätig sind, von den Beschäftigten nicht nur in Suchtfragen, sondern immer häufiger auch bei Belastungsproblemen als erste Ansprechperson gewählt. Sie gelten als vertrauenswürdig und versprechen ein offenes Ohr für die vorgebrachten Sorgen.

Ein solches Gespräch hat zunächst einmal eine entlastende Funktion für die Betroffenen und wird nicht gleich mit dem Wunsch nach einer fachlichen psychosozialen Beratung verknüpft. Es hat aber in jedem Fall eine präventive Wirkung, weil es dazu beiträgt, die Bewältigungsressourcen zu stärken und riskanten Suchtmittel- und Medikamentengebrauch zu vermeiden. Durch das Aufzeigen weitergehender Unterstützungsangebote kann die AfS Ratsuchenden frühzeitig einen Weg weisen, wie gesundheitliche Gefährdungen aufgefangen bzw. psychische und soziale Probleme mit Hilfe von interner oder externer Beratung oder therapeutischen Maßnahmen lösungsorientiert angegangen werden können:

„Wir merken das auch in der Suchtberatung immer mehr, gerade das Thema Depressionen in Verbindung mit Alkohol – und Medikamenten sowieso. Damit wir die richtigen Hilfsangebote machen können, finde ich es auch so gut, dass wir [die hauptamtliche Sozialberatung und die nebenamtlichen Suchtberater] so vernetzt arbeiten.“ 14-13-FB-ü10T-SB/NA/NA

Angesichts der Zunahme von Stressbelastungen und psychischen Problemen am Arbeitsplatz nimmt der Bedarf an Beratung und an gut funktionierender Unterstützung, die sich nicht ausschließlich an Suchtgefährdete richten, weiter zu. Das gute Zusammenspiel der internen Einrichtung mit externen Beratungs- und Therapieanbietern ist bei Auffälligkeiten und Problemen von psychisch belasteten oder erkrankten Beschäftigten besonders wichtig:

„Von den Führungskräften kommt oft die Frage: ‚Was mache ich denn eigentlich mit psychischen Auffälligkeiten?‘ Das ist jetzt voll in, wo man überall davon hört und liest. Und bei den Betroffenen findet man mehr diesen Leidensaspekt: Bei psychischen Problemen kann man weniger dafür, weil das ist der Arbeitgeber oder die Umwelt oder die Überlastung aus dem Privaten. Da öffnen sich die Menschen dann eher. In der Konsequenz zeigt sich aber oftmals, dass es letztendlich Suchtauffälligkeiten sind, die einhergehen mit einer psychischen Auffälligkeit.“ 7-10-VD-b5T-KO-BGM

Dass Burnout und andere Stressprobleme früher angesprochen werden und dabei teilweise als rationale Begründung für suchtmittelbedingte Auffälligkeiten herhalten, wird in den Interviews mehrfach erwähnt. Auf der anderen Seite können derartige Auffälligkeiten aber tatsächlich auch mit ernsthaften Erkrankungen einhergehen:

„Auf der anderen Seite hatten wir auch viele, die psychosomatisch stark angeschlagen waren, bei denen zuerst eine Konsumauffälligkeit sichtbar wurde. Bezogen auf die Suchtproblematik war es dann nur eine Frage von Wochen, bis sie den Konsum wieder reduzierten. Die waren tatsächlich nicht suchtkrank, wie die Therapeuten sagten.“ 7-11-VD-b5T-KO-BGM

Es sind in erster Linie die hauptamtlichen Beratungskräfte, die das Thema „Psychische Belastungen und Suchtgefährdung“ in der individuellen Beratung vertieft aufgreifen oder es im Zusammenhang mit dem Abbau von Gefährdungen der psychischen Gesundheit weiterbearbeiten:

„Was schon auffällt, dass wir in diesem Männerbetrieb deutlich mehr Menschen haben mit psychischen Erkrankungen [...]. Ich habe relativ viele Beratungen erst mal wegen psychischer Belastungen, aber zum Teil auch psychischer Erkrankungen. Derzeit gibt es gesellschaftlich halt mehr Erlaubnis für psychische Erkrankungen. Das sieht man immer in Talkshows, steht immer mal in der Zeitung: ‚Ich bin erschöpft oder habe Burnout.‘ Das hat ja diese Leistungskomponente und deswegen ist das, glaube ich, eher erlaubt. Bei Alkohol- oder Suchtproblemen besteht nach wie vor noch eine Stigmatisierung [...]. Es reicht nun mal nicht mehr, im Unternehmen die Aufmerksamkeit auf Sucht zu konzentrieren, man muss auch ein Konzept für die anderen psychischen Erkrankungen haben.“ 8-51-VD-b5T-SB

Für Beratungskräfte, für die unter anderem die Suchtprävention einen Schwerpunkt ihrer Arbeit im Betrieb bildet, ist es selbstverständlich, die Beratungsfelder in ihrer Praxis wieder zu verknüpfen:

„Wenn jemand also psychisch belastet ist, frage ich so was auch ab. Ich frage nach Belastungsfaktoren und Ressourcen. Wenn der nicht

schläft, trinkt dann abends aber immer drei Flaschen Cola, dann ist das nicht gleich eine Cola-Sucht, aber es entspannt auch nicht gerade. Also ich komme dann nicht gleich um die Suchtecke. Da würden die Leute auch allergisch reagieren. Ich frage vielmehr: ‚Was essen und trinken Sie denn?‘ Und im zweiten Schritt frage ich schließlich: ‚Trinken Sie nur Saft oder auch Cola oder ein Bier?‘“ 8-51-VD-b5T-SB

Wo erforderlich, kann dann auch kurzfristig eine therapeutische Begleitung zur Überbrückung geboten werden; oder es lässt sich eine weitere Maßnahme im internen oder externen Unterstützersystem organisieren:

„Ich habe inzwischen auch eine Therapieausbildung abgeschlossen. So kann ich durchaus auch längere Beratungsangebote machen zum Beispiel als Überbrückung bis zur Psychotherapie oder in Fällen, wo ich denke, das kriegen wir jetzt hier mit Bordmitteln geregelt.“ 11-6-KH-ü10T-SB

Bereits in [Kapitel 5.1.3](#) wurde beschrieben, dass psychische Belastungen oder Auffälligkeiten in diesem Bereich offensichtlich die Schwelle, eine Beratung aufzusuchen, erheblich senken. Das gilt sowohl für betroffene Beschäftigte als häufig auch für Vorgesetzte. Während die Unsicherheit bei Suchtproblemen noch größer ist, erleichterte es die öffentliche Diskussion über psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz den Personalverantwortlichen, hier früher zu intervenieren oder sich für den Umgang mit Betroffenen Unterstützung zu holen:

„Durch meine Funktion im Personalbereich sind es vorrangig die Vorgesetzten, die an mich herantreten. Mitarbeiter kommen dann vielleicht mal im Gespräch zusammen mit einem Vorgesetzten. Sonst nehmen eher die Vorgesetzten den Kontakt mit mir auf, um halt durchzusprechen, wie man mit gewissen Verhaltensmustern von Mitarbeitern umgehen sollte. Ob es Folgen haben könnte. Wobei auch weniger der Suchtbereich direkt angesprochen wird, als die psychischen Auffälligkeiten.“ 13-11-öV-b5H-NA/NA/NA

An den hier aufgezeigten Beispielen wird deutlich, dass sich nicht nur die hauptamtlichen Beratungskräfte, sondern auch die nebenamtlichen AFS mit

dem Thema befassen müssen. Werden sie von den Beschäftigten als vertrauenswürdige Ansprechpersonen wahrgenommen, wird von ihnen gleichermaßen Unterstützung erwartet.

Dem im Eingangsstatement zu diesem Kapitel formulierten Wunsch der AfS nach Qualifizierung sollte demnach entsprochen werden. Ihre Rolle in der Suchtprävention und Suchthilfe erfordert es zumindest auch für solche Gespräche offen zu sein. Sie können darüber präventiv wirken und eine Lotsenfunktion wahrnehmen. Psychisch belastete oder gefährdete Beschäftigte laufen verstärkt Gefahr, etwa zu Medikamenten und Suchtmitteln zu greifen, um ihre Belastungssituationen zu bewältigen. Daher sollten auch die AfS die Zugänge zu angemessenen Hilfeangeboten für die Prävention psychischer Erkrankungen zumindest kennen und darauf hinweisen können. Ein solches Angebot über die Suchthilfe im engeren Sinne hinaus fördert möglicherweise wiederum den Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz der Einrichtung:

„Wir sollten als Team versuchen, dass wir auf dem Gebiet psychische Gefährdung geschult werden [...]. Wenn man noch so etwas abdecken kann, kommen darüber auch noch andere Leute in die Beratung.“ 4-22-BE-b5T-SB/NA/NA

5.3.4 Erfolgsfaktor Wiedereingliederung und Angebote zur Nachsorge



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„Ich denke es ist ja wichtig, dass man da mal die Vorgesetzten anstupst, einen guten Wiedereingliederungsplan nach langer Krankheit zu machen, nicht einfach nur die Mitarbeiter wieder an den Arbeitsplatz zu setzen.“ 13-16-öV-b5H-NA/NA/NA

Dem Verfahren der Wiedereingliederung nach Rückkehr aus einer Therapie kommt ein besonderer Stellenwert zu. Zum einen geht es um die konkreten Schritte zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, die Wiederaufnahme der Arbeit und die soziale Integration in die alte oder neue Arbeitsumgebung:

„Wiedereingliederung nach abgeschlossener Therapie

Nach der Therapie führt von der betrieblichen Seite der direkte Vorgesetzte, der Suchtkoordinator und ein Vertreter des GBR oder der jeweiligen Beschäftigtenvertretung ein Gespräch zur Wiedereingliederung, um dem Mitarbeiter die Wiederaufnahme seiner alten Tätigkeit oder die Einarbeitung in eine neue Tätigkeit zu erleichtern.“

→ BV-VD-b3T-2013

Zum anderen werden Absprachen getroffen, mit welchen betrieblichen Maßnahmen und persönlichen Anstrengungen der Behandlungserfolg und der Erhalt der Arbeitsfähigkeit unterstützt werden kann. Sinnvoll und notwendig ist es, in der BV/DV Regelungen zu treffen, die grundsätzliche betriebliche Absprachen zu den Vorgehensweisen und Angeboten erfordern sowie die verbindliche Begleitung durch die Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe festschreiben. Diese kann mit Einverständnis der bzw. des Betroffenen z.B. auch während der Zeit der Therapie den Kontakt aufrechterhalten. Unter derselben Bedingung ist es auch möglich, schon gegen Ende einer stationären Rehabilitationsmaßnahme die Wiedereingliederung einzuleiten:

„Nachsorge und Wiedereingliederung

(1) Vor Abschluss einer Therapie nimmt die oder der betreuende Ansprechpartner/in Sucht persönlich Kontakt zu der Betroffenen oder dem Betroffenen auf und informiert sie oder ihn über die Wiedereingliederung und Nachsorge.

(2) Im Rahmen der Fürsorgepflicht bietet der Arbeitgeber nach einer abgeschlossenen Therapie für die Mitarbeiterin oder für den Mitarbeiter Nachsorgemaßnahmen, wie z.B. Betriebliches Eingliederungsmanagement oder Rückmeldeggespräche, in Abstimmung mit den Betrieblichen Ansprechpartnern Sucht an. War eine suchtkranke Mitarbeiterin oder ein suchtkranker Mitarbeiter über längere Zeit aus dem Arbeitsprozess herausgelöst, wirken für eine erfolgreiche Wiedereingliederung, auf Initiative und unter Federführung der Suchtbeauftragten/des Suchtbeauftragten, die Personalverwal-

tung, die Betrieblichen Ansprechpartner Sucht, der Personalrat und in Betracht kommende Führungsverantwortliche sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusammen, um konkrete Maßnahmen zur Wiedereingliederung festzulegen.

(3) Während der Eingliederungsphase werden der Mitarbeiterin oder dem Mitarbeiter regelmäßige Gespräche angeboten.

(4) In der Regel sechs Monate nach Wiederaufnahme der Berufstätigkeit entscheiden die unter Abs. 1 Genannten gemeinsam in einem Gespräch, ob die Wiedereingliederung erfolgreich verlaufen ist. Wird dies bejaht, so werden die individuell angewandten Hilfsmaßnahmen von allen Beteiligten als abgeschlossen angesehen.“

➔ Bildungseinrichtung, 050102/206/2007

Das konkrete Spektrum der Maßnahmen und Angebote unterscheidet sich in den einschlägigen Regelungen der BV/DV von Betrieb zu Betrieb. Unterschiede zeigen sich darüber hinaus auch darin, wer den Auftrag für die Durchführung des Verfahrens zugewiesen bekommt, ob zuerst die Führungskraft oder die Einrichtung die Verantwortung für die Reintegration trägt und welche Zeitspannen für den Integrationsprozess vorgesehen sind:

„Wiedereingliederung

1. Bei der Rückkehr aus einer ambulanten oder stationären Therapie können die folgenden Eingliederungsverfahren zur Anwendung kommen:

- stufenweise Wiedereingliederung: § 74 SGB V,
- betriebliches Eingliederungsmanagement: § 84⁴ Abs. 2 SGB IX,
- Die Führungskraft bietet dem betroffenen Mitarbeiter oder der betroffenen Mitarbeiterin vor und – falls nicht schon die Voraussetzungen des § 84⁵ Abs. 2 SGB IX vorliegen – unmittelbar nach Abschluss einer Therapiemaßnahme Gespräche zur Planung der Wiedereingliederung an. Neben den in § 84 Abs. 2 SGB IX genannten Personen kann mit Einverständnis der betroffenen Mitarbeiter/in auch die kollegiale Ansprechperson für Suchtfragen hinzugezogen werden.

4 Seit dem 1. Januar 2018 ist es § 167 Abs. 2 SGB IX.

5 Seit dem 1. Januar 2018 ist es § 167 Abs. 2 SGB IX.

2. Bei der Wiedereingliederung unterstützt insbesondere die direkte Führungskraft die betroffene Person dabei, sich wieder in den Kollegenkreis zu integrieren, Akzeptanz für Abstinenzbemühungen zu schaffen und etwaige Diskriminierungen innerhalb des Kollegenkreises vorzubeugen.
3. Die Führungskraft führt in den folgenden zwei Jahren vierteljährliche Bilanzgespräche mit der/dem betroffenen Beschäftigten. Der/die betroffene Beschäftigte kann die kollegiale Ansprechperson für Suchtfragen und/oder ein Mitglied der Personalvertretung hinzuziehen.“

→ Versicherungsgewerbe, 050102/251/2011

Gesetzliche Regelungen wie das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 167 Abs. 2 SGB IX oder die gestufte Wiedereingliederung nach § 74 SGB V können begleitend zum Einsatz kommen, bieten jedoch keinen vollwertigen Ersatz. Denn in beiden Fällen handelt es sich stets um freiwillige Angebote, die außerdem das empfohlene Vorgehen (Rehwald et al. 2012, S. 130 ff.) nur teilweise abdecken. Es wird deshalb dazu geraten, eine Wiedereingliederung in jeder BV/DV zur Suchtprävention und Suchthilfe zu regeln (vgl. DHS 2011). Nur auf diesem Wege kann sie verbindlich gemacht werden:

„Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung nach einer Entwöhnungsbehandlung in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis [...] Vereinbarungen zur Therapieunterstützung und Rückfallprophylaxe können nur in Zusammenarbeit mit der innerbetrieblichen Beratungsstelle für Sucht und Soziales und/oder dem Therapeuten getroffen werden. Zu diesem Zwecke sind während und nach einer Entwöhnungsmaßnahme Gespräche zur Rückkehr an den Arbeitsplatz zu führen. Für alle Maßnahmen der Nachsorge ist die Zustimmung des Betroffenen zwingend erforderlich (Anlage [...], Konzept zur betrieblichen Nachbetreuung).“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

Im vorliegenden Beispiel wurde über die hier zitierte Regelung in der BV hinaus zusätzlich noch das Verfahren bei der Wiedereingliederung und Nachbetreuung im Anhang zur Vereinbarung festgelegt. Darin wird zunächst ein Wiedereingliederungsgespräch beschrieben, das mit Einverständnis der be-

troffenen Beschäftigten noch während der Entwöhnungsbehandlung in der Therapieeinrichtung stattfindet. An diesem Gespräch nehmen der oder die zuständige Vorgesetzte, eine Beratungskraft der Einrichtung und auf Wunsch der bzw. des Betroffenen auch ein behandelnder Therapeut teil.

Nach Wiederaufnahme der Arbeit sieht das Eingliederungsverfahren ein weiteres Integrationsgespräch im Betrieb vor, das von einem erweiterten Teilnehmerkreis geführt wird und explizit das BEM-Angebot einbezieht:

„Integrationsgespräch nach Rückkehr in den Betrieb
[...] Aus fachlicher Sicht bestehen keine generellen Einschränkungen an die Einsatzfähigkeit nach erfolgreich abgeschlossener Entwöhnungsbehandlung. Bei Rückkehr nach einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung wird daher der frühere bzw. ein vergleichbarer Arbeitsplatz angeboten. Hat die Behandlung jedoch ergeben, dass der Mitarbeiter nicht mehr auf dem alten Arbeitsplatz bzw. zu den alten Bedingungen eingesetzt werden soll bzw. kann oder liegt eine längere Arbeitsunfähigkeit (6 Wochen innerhalb von 12 Monaten) vor, die durch eine suchtmittelbedingte Abhängigkeit verursacht wird, findet das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM nach § 84,2 SGB IX) Anwendung. Die Wiedereingliederung erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen und den betrieblichen Regelungen zum Eingliederungsmanagement (BEM).“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

Außerdem wird im Anhang zur Vereinbarung auch noch ein betriebliches Nachbetreuungsangebot geregelt, das über den Interventionsprozess hinaus bestehen bleibt. Dabei werden insbesondere die nebenamtlichen AfS einbezogen. Wie im dargelegten Beispiel erhalten Nebenamtliche auch in anderen an der Studie beteiligten Betrieben den Auftrag zur Nachbetreuung oder Nachsorge ebenso wie zur Aufrechterhaltung des betrieblichen Kontakts während einer Entwöhnungsbehandlung:

„Langfristige betriebliche Nachbetreuung (angelegt für eine Dauer von 3 Jahren)

Treten innerhalb von 3 Jahren keine erneuten Auffälligkeiten im Zusammenhang mit einem Substanzmittelkonsum oder suchtbedingten Verhaltensweisen auf, endet der Interventionsprozess.

Ansprechpartner:

Nebenamtlicher Helfer in Suchtfragen, Führungskraft, Beratungsstelle für Sucht und Soziales

Aufgaben:

- Nebenamtlicher Helfer in Suchtfragen: Im Bedarfsfall Einzelfallbetreuung (Dauer, Häufigkeit und Intensität der Nachbetreuung am Arbeitsplatz individuell)
- Führungskraft: Feedbackgespräche
- Beratungsstelle für Sucht und Soziales: im Bedarfsfall.“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

Bereits im ersten hier zitierten Passus der BV Maschinenbau 050102/250/2016 wird darauf hingewiesen, dass „für alle Maßnahmen der Nachsorge [...] die Zustimmung des Betroffenen zwingend erforderlich“ ist. Damit wird auf die geltende Rechtsprechung Bezug genommen, wonach der Arbeitgeber Maßnahmen der Nachsorge nicht erzwingen kann, da sie ausschließlich zum persönlichen Bereich des Arbeitnehmers gehören (Landesarbeitsgericht Düsseldorf, 25.02.1997 – 8 Sa 1673/96). Von betrieblicher Seite können jedoch jederzeit Angebote gemacht werden, die der Freiwilligkeit unterliegen. Das heißt, es darf keine Auswirkungen auf das Arbeitsverhältnis haben, falls diese nicht in Anspruch genommen werden.

In einer Reihe von Betrieben gab es im Bereich der Nachsorge früher Selbsthilfegruppen für ehemals suchtkranke Beschäftigte; in einigen der an der Studie beteiligten großen Organisationen sind diese heute noch verankert. Zum einen existieren Selbsthilfegruppen, die während der Arbeitszeit stattfinden, wobei die Teilnahme daran als Arbeitszeit gerechnet wird. Zum anderen bestehen auch solche Selbsthilfegruppen, die zwar im betrieblichen Kontext angeboten werden, aber ausschließlich in der Freizeit besucht werden können. Die Angebote werden entweder von Haupt- oder Nebenamtlichen betreut oder arbeiten unbegleitet als reine Selbsthilfegruppen, deren Rahmen von der internen Einrichtung bereitgestellt wird:

„Organisation der betrieblichen Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe

[...]

Die Arbeit von innerbetrieblichen Selbsthilfegruppen ist von der Dienststellenleitung zu unterstützen. Im Falle von Neugründungen von Selbsthilfegruppen sind in der Arbeitsgruppe Regelungen zu treffen, wie beim Besuch der Gruppen durch Beschäftigte während

oder außerhalb der Arbeitszeit zu verfahren ist. Für bestehende Selbsthilfegruppen gelten die bisherigen Regelungen fort. Beschäftigte sollen von den Vorgesetzten zum Besuch der innerbetrieblichen Selbsthilfegruppen motiviert werden.“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

Dass sich die Grundlagen für die Durchführung von betrieblichen Selbsthilfegruppen in der jüngeren Zeit verändert haben, wird in der vorstehenden Regelung indirekt sichtbar und wurde auch in weiteren Interviews bestätigt. Die Befragten wiesen darauf hin, dass Selbsthilfegruppen nicht mehr existierten oder dass sich bestehende Gruppen jetzt nicht mehr in der Arbeitszeit, sondern nur noch im Anschluss daran trafen. Angesichts der Veränderungen in der Arbeitswelt, heißt es in einem Interview, wären die „Luxusregelungen aus dem Geist der 80er Jahre“ für Suchtkranke nicht mehr zeitgemäß. Es wird darauf hingewiesen, dass gegenwärtig von allen Beschäftigten erwartet werde, dass sie mehr Verantwortung für die eigene Gesunderhaltung übernehmen. Das müsste gerade auch dann gelten, wenn unterstützende Maßnahmen in der betrieblichen Prävention bereitstehen oder Angebote der Gesundheitsförderung im Betrieb weitgehend kostenlos genutzt werden könnten. In der Tat ist die Frage berechtigt: Müsste das Privileg der Gruppentreffen während der Arbeitszeit dann nicht auch Beschäftigten mit anderen körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen zustehen?

Im zuletzt zitierten Beispiel besteht das Privileg der bestehenden Selbsthilfegruppen, während der Arbeitszeit zu tagen, fort, weil dafür ein Bestandschutz vereinbart wurde. Hingegen müssen die Bedingungen für Neugründungen nunmehr vom Steuerungsgremium im Einzelfall festgelegt werden:

„Als wir an der neuen DV gearbeitet haben, war es eher nicht absehbar, ob das noch ein funktionierendes Element der Zukunft ist [...]. Heute haben wir noch drei Selbsthilfegruppen, die erfolgreich arbeiten. Früher hat es mehr gegeben. Jetzt gibt es diese drei. Die eine ist im Bereich exklusiv [für eine Berufsgruppe] eingerichtet. Die zweite ist bei der [anderen Berufsgruppe], die aber auch weitere Kollegen aus anderen Dienststellen mit aufnehmen. Und [im dritten Bereich] haben wir noch eine Gruppe. Und diese dritte Selbsthilfegruppe, die ist im Grunde das Auffangbecken für alle. Da ist alles gemischt, da sind auch Spielsüchtige dabei. Sie haben auch eine neue Gruppe gegründet vor einigen Jahren zu Essstörungen.“

Die Selbsthilfegruppen werden gut angenommen, da das Treffen als Arbeitszeit gilt. Das ist auch immer ein ganz gutes Vehikel in den Stufengesprächen, wenn es um die Vereinbarung von Auflagen geht. Da kann man dann vereinbaren, dass die während der Arbeitszeit da hingehen. Die in die Selbsthilfegruppe hinein möchten, aber nicht über den Stufenplan gelaufen sind, müssen sich eben offenbaren, wenn sie es als Arbeitszeit angerechnet haben wollen.“ 1-24-öV-ü10T-KO-BGM

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Selbsthilfegruppen im Betrieb nicht mehr zu den bevorzugten Angeboten der Suchtpräventionsprogramme gehören. Die Rahmenbedingungen dafür haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Außerdem musste die Rolle der Suchterkrankungen als herausragendes Gesundheitsproblem im Betrieb in der letzten Dekade an die psychischen Belastungsfolgen und Erkrankungen im weiteren Sinne abgetreten werden. Das wirkt sich auf die Akzeptanz von suchtkranken Beschäftigten sowie auf die Arbeit der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe im Allgemeinen eher positiv aus. Die Bedeutung von betrieblichen Selbsthilfegruppen scheint in diesem Prozess jedoch relativ gesunken zu sein. Diese Entwicklung wird in den Interviews aber nicht allein dem Wandel in der Arbeitswelt zugeschrieben, sondern auch mit Veränderungen der Altersstruktur und der Interessen der abhängig erkrankten Beschäftigten in Verbindung gebracht, die mit einem gewandelten Freizeitverhalten und veränderten sozialen Bedürfnissen einhergehen.

5.4 Angebote der Prävention: Information Aufklärung und Unterweisung



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherchemöglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

Der Begriff der betrieblichen Suchtprävention wird in der Praxis oftmals in doppelter Bedeutung verwendet. Im weiteren Sinne bezeichnet er übergrei-

fend alle Aktivitäten von der Vorbeugung über die Intervention, Beratung, Hilfe und Begleitung bei Auffälligkeiten bis hin zur Nachsorge (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) sowie den Aufbau und die Entwicklung von Strukturen für die Suchtarbeit im Betrieb. In vorliegenden Bericht werden die vorgenannten Bereiche unter dem Begriff Suchtpräventionsprogramm zusammengefasst. In der engeren Wortbedeutung bezieht sich der Begriff Suchtprävention in erster Linie auf die Vorbeugung. Sie wird in den jüngeren BV/DV häufig umfassend geregelt. An dieser Stelle des Projektberichts soll nun auf die vorbeugenden Aktivitäten der Einrichtungen für Suchtprävention und Suchthilfe näher eingegangen werden.

Zur Vorbeugung gehören erstens Information und Aufklärung; unter anderem über den verantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln und Medikamenten, über Gefährdungen durch riskanten Konsum und/oder exzessives Verhalten, über die Möglichkeiten der Unterstützung bei Gefährdung oder Suchtproblemen sowie über die Hilfeangebote, um zu einer gesünderen und risikoärmeren Lebensweise zurückzukehren.

Einen zweiten Schwerpunkt bilden Seminare für Beschäftigte zum Umgang mit Auffälligkeiten sowie mit Suchtproblemen im Betrieb. Einen besonderen Stellenwert hat hier – wie in [Kapitel 4](#) ausführlich beschrieben – die Qualifizierung und Erweiterung der Handlungskompetenzen der Personalverantwortlichen.

In einem dritten Bereich geht es um die Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen und eines suchtmittelfreien Umfeldes bei der Arbeit. Dies geschieht zum einen durch die Ermittlung suchtfördernder Arbeitsbedingungen sowie durch deren Abbau oder Veränderung in enger Verbindung mit den Aufträgen des Arbeitsschutzes zur Gefährdungsbeurteilung und zur Unterweisung. Zum anderen wird durch die Einführung von Regelungen a) zur Einschränkung des Suchtmittelgebrauchs bis hin zur Punktnüchternheit sowie b) zum Vorgehen bei Verstößen oder Auffälligkeiten durch riskanten Konsum oder Verhaltensweisen sichergestellt, dass die Kultur der Organisation sich suchtsensibel weiterentwickelt und den Präventionsauftrag zur Vermeidung von Gefährdungen und zum Erhalt der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit in diesem Zusammenhang ernst nimmt:

„Prävention

- (1) Die Beschäftigten der [Organisation] werden fortlaufend über die Ursachen und Auswirkungen von riskantem Konsum von Suchtmitteln und Suchtgefährdung informiert.

- (2) Programme zur Prävention sollen in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen der [Organisation] entwickelt werden.
- (3) Erfährt die oder der Suchtbeauftragte von Auffälligkeiten in Bezug auf Suchtmittel in bestimmten Arbeitsbereichen oder Beschäftigtengruppen, so sollte er oder sie aktiv werden im Sinne des Arbeitsschutzes und der Prävention, ggf. mit Unterstützung des Dienstvorgesetzten. Es sollte auch geprüft werden, ob Ursachen für die Auffälligkeiten in der Arbeitssituation, in den Arbeitsbelastungen oder im Arbeitsklima zu suchen sind. Festgestellte Ursachen sind –soweit möglich– zu beseitigen.“

→ I Bildungseinrichtung, 050102/206/2007

Für die präventiven Aufgaben halten die Einrichtungen eine ganze Reihe von Angeboten vor, die sie teilweise selbst durchführen oder unter Hinzuziehung weiterer interner Fachkräfte des BGM oder externer Experten organisieren. Die Prävention nimmt so in der Regel einen erheblichen Anteil der Arbeit in Anspruch. Dennoch zeigte sich in den Interviews für dieses Arbeitsfeld ein ähnliches Phänomen, das schon bei den Beratungsangeboten (vgl. Kapitel 5.3) festgestellt wurde. Auf die vorbeugenden Aktivitäten wird zwar in allen Interviews hingewiesen, ohne dass sie – bis auf einzelne Ausnahmen – als besonders bedeutsam für eine erfolgreiche Umsetzung der BV/DV hervorgehoben werden. Auch hier gilt die Hypothese: Diese Arbeit trägt für die Haupt- und Nebenamtlichen meist einen solch selbstverständlichen Charakter, dass sie mit ihrer herausragenden Rolle für die Akzeptanz des Themas Sucht und die Herausbildung organisationaler Kompetenzen selten in Verbindung und als Erfolgsfaktor entsprechend selten hervorgehoben wird.

Im Folgenden werden zunächst die Regelungen der präventiven Aufgaben in den BV/DV und ihre Umsetzung in den Modellen allgemein dargestellt. Daneben werden aus der Breite der Aktivitäten und Angebote zwei Bereiche näher beleuchtet, denen laut Aussagen der Interviewbeteiligten gegenwärtig mehr Aufmerksamkeit zukommt als zuvor: erstens die Beseitigung suchtfördernder Arbeitsbedingungen als Ursachen des riskanten Konsums und die Möglichkeiten, diesen über angemessene Regelungen einzuschränken; zweitens der Ansatz der systematischen Information der Beschäftigten auf dem Wege verbindlicher Unterweisungen zu den Gefährdungen durch Suchtmittelgebrauch und suchtbedingte Verhaltensweisen.

5.4.1 Erfolgsfaktor Informationen und Aktionen der Einrichtung zur Aufklärung über Suchtgefährdung und Suchthilfe



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„B1: Was wir mit der Prävention sicherlich geschafft haben, ist dieses Thema in die [Organisation] zu tragen.

B2: Absolut.

B3: Wir sind ja präsent durch den Infostand. Bei der Personalversammlung haben wir jetzt auch noch einen kurzen Film gezeigt.

B2: Und Flyer verteilt.

B3: Jeder kennt uns.

B2: Also es ist ein Thema, was existent ist. Und das hat sicherlich mit unserer Arbeit zu tun.“ 4-24-BE-b5T-SB/NA/NA

Bei der Präventionsarbeit im Sinne der Information und Aufklärung von Beschäftigten handelt es sich quasi um das Fundament der betrieblichen Suchtprävention, das wie ein Grundrauschen kontinuierlich da ist, ohne dass es von den Beteiligten noch besonders hervorzuheben ist. Dennoch nimmt gerade diese Arbeit einen zentralen Stellenwert ein und darf auf keinen Fall fehlen oder vernachlässigt werden. Anders ausgedrückt: Die Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe sorgt mit ihrer Arbeit dafür, dass die Themen Suchtgefährdung, Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb präsent bleiben. Sie schafft ein Bewusstsein dafür, dass in diesem Feld rechtzeitiges Handeln notwendig ist, nicht immer wieder abbricht oder gar in Vergessenheit gerät:

„Information, Aufklärung und Schulung

Alle Beschäftigten werden in regelmäßigen Abständen und in geeigneter Form über die gesundheitlichen und sozialen Folgen riskanten oder gefährdenden Konsums sowie suchtbedingten Verhaltens informiert. Dabei erfolgt eine Einbettung der Thematik in allgemei-

ne Fragen der Unternehmenskultur, der Arbeitssicherheit, des Gesundheitsschutzes sowie des Erhalts der körperlichen und psychischen Gesundheit als Bestandteil der Leistungsfähigkeit.

Für besondere Mitarbeitergruppen wie z. B. Auszubildende werden auf die Anforderungen dieser Zielgruppe ausgerichtete, spezielle Präventionsmaßnahmen entwickelt und angeboten.

Führungskräfte nehmen an verpflichtenden Schulungsveranstaltungen zur Sensibilisierung und Wahrnehmung ihrer Führungsaufgaben, insbesondere der Gesprächsführung, im Rahmen dieser BV teil.“

→ BV-VD-b3T-2013

Im zuletzt zitierten Absatz dieser Regelung werden die Führungskräfte in die Pflicht genommen, an Schulungen teilzunehmen und Gespräche bei Auffälligkeiten zu führen. In einem anderen Modell wird zudem explizit die Erwartung an die Beschäftigten gerichtet, die suchtpreventiven Angebote anzunehmen:

„Ziele

[...]

[Die beteiligten Einrichtungen] erwarten von allen Bediensteten

- die Aufklärung anzunehmen und weiterzugeben,
- Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter nicht zum Suchtmittelkonsum zu animieren,
- mit psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen sowie Problemen des riskanten Konsums von Suchtmitteln oder süchtigen Verhaltens vertrauensvoll umzugehen, ohne sie zu bagatellisieren oder zu verdecken.

[Die beteiligten Einrichtungen] fordern von direkt Betroffenen, die Hilfsangebote anzunehmen.“

→ Bildungseinrichtung, 050102/248/2011

In den letzten Jahren wird in Fachkreisen verstärkt darüber diskutiert, ob in den Betrieben spezifische, die Suchtgefährdungen fokussierende Vorbeugung erfolgen oder Präventionsarbeit eher breiter auf psychische Gefährdungen und Erkrankungen generell ausgerichtet werden sollte:

„Also zum Bereich Prävention: Das umfasst für mich eher das weitere Feld psychischer Belastungen. Wir sind im Unternehmen im Mo-

ment in einer Phase, wo die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter extremst gefordert werden, [...] wo die Strukturen im Unternehmen komplett geändert werden [...]. Was natürlich zu erheblichen zusätzlichen Belastungen führt. [...] Viele von denen sind schon vorher sehr belastet gewesen, und dann kommt das noch mal oben drauf. Und viel Unsicherheit eben auch [...]. Also eine schwierigere Gesamtgemengelage. Und insofern haben wir auch sehr stark den Blick darauf, Prävention sehr weit gedacht in Bezug auf Belastung, Verunsicherung, „wie kann ich die Kolleginnen und Kollegen auffangen, sie begleiten, Belastungen abfedern?“ [...] Also wirklich einen sehr breiten Blickwinkel. Und da ist natürlich dann das Thema Suchtprävention nur ein kleiner Baustein in der gesamten Prävention.“ 10-18-VB-b8T-GPR

Bereits seit Anfang der 90er-Jahre wird die suchtpreventive Arbeit häufig mit der betrieblichen Gesundheitsförderung verknüpft. Diese Entwicklung wurde durch die Einführung des Gesundheitsmanagements in den Betrieben noch verstärkt:

„Wir sind eingebettet in den verschiedenen gesundheitsförderlichen Maßnahmen oder auch in Personalentwicklungsmaßnahmen. Wenn wir Bedarfe feststellen, melden wir sie oder wir klären auch gemeinsam, wo gibt es Überschneidungen. Wir stimmen uns ab und entwickeln gemeinsame Aktionen oder Seminare, wie zum Beispiel zu Achtsamkeit, Resilienz oder Stressmanagement.“ 14-13-FB-ü10T-SB/NA/NA

Das zuletzt zitierte Beispiel ist kein Einzelfall. Wenn die betrieblichen Einrichtungen erfolgreich arbeiten wollen, müssen sie für ihre Informations- und Aufklärungsangebote möglichst aktuelle und attraktive Themen wählen, bei denen es nicht allein – aber letztlich doch auch – um Suchtprävention und Suchthilfe geht, die sie in verschiedenen betrieblichen Kontexten platzieren:

„Dann nehme ich ein Thema wie Doping in der Arbeitswelt. Was ich auch unheimlich wichtig finde [...]. Es ist ja nicht einfach nur Doping, sondern das ist ja schließlich auch ein Medikamentenmissbrauch. Dann kann ich das auf diesen Punkt bringen. Dazu habe ich

schon relativ viel gemacht [...]. Über solche Themen, die ein bisschen moderner klingen, die das Suchtspezifische etwas verwaschen, also über ein anderes Label bringe ich die Suchtprävention wieder hinein. Das andere Thema ist Gesundheitsorientierte Führung, was wir angeboten haben. Da habe ich das Thema Umgang mit Auffälligkeiten natürlich auch drin. Und das haben wir relativ viel gemacht in den letzten zwei, drei Jahren.“ 5-29-BE-b3T-SB

Wie in der vorstehenden Aussage zum Ausdruck kommt, sind Themen in der betrieblichen Suchtprävention durchaus Moden unterworfen, je nachdem, welche Gesundheitsfragen in der gesellschaftlichen Diskussion im Vordergrund stehen. In Verbindung mit der gesetzlichen Neuregelung des Nichtraucherschutzes durften z. B. die Aufklärung über Gefährdungen durch Tabakgebrauch und die Hilfe bei Nikotinabhängigkeit im Angebot der Einrichtungen nicht fehlen, während sie heute allenfalls noch eine Nebenrolle spielen:

„Wir bieten auch Nichtrauchertrainings an. Zu Anfang sind die angenommen worden, aber inzwischen meldet sich keiner mehr an. Nikotin ist ja schon ein ziemlich heftiges Suchtmittel.“ 8-50-VD-b5T-SB

Die betrieblichen Einrichtungen bemühen sich zudem immer wieder durch gezielte öffentlichkeitswirksame Aktionen, die regelmäßig oder punktuell stattfinden, besondere Aufmerksamkeit auf ihre Angebote zu richten:

B3: „Es gibt Gesundheitstage, wo wir auch versuchen, spannende Sachen zu machen. Da gibt es das Beispiel mit dem Fahrsimulator, den wir dafür gemietet haben.“

„B1: Das war echt eine heiße Sache.

B3: Wo wir in der [Kantine] dazu eine Saftbar eingerichtet hatten und Material verteilt haben.“ 4-4-BE-b5T-SB/NA/NA

Dabei sollen die Beteiligten sich persönlich angesprochen fühlen und motiviert werden, im Sinne der Prävention verantwortlich mit der eigenen Gesundheit und den möglichen Risiken umzugehen:

„Als gemeinsame Aktion haben wir unter anderem das Thema Glücksspiel- und Computersucht gewählt. Dafür haben wir eigene

Flyer entwickelt. Im Rahmen der Aktion hatten wir Stände in der Kantine und Impulsvorträge für Vorgesetzte. Der Flyer, hatte übrigens die Form eines kleinen Handys.“ 14-5-FB-ü10T-SB/NA/NA

Für jede Einrichtung stellt sich die Herausforderung, im Rahmen der vorbeugenden Arbeit immer wieder mit neuen Angeboten und Medien Akzente zu setzen und Aufmerksamkeit zu erregen:

„Wir haben uns in die Kantine gestellt und nicht nur Flyer im Handyformat, sondern auch Glückskekse verteilt. In diese hatten wir themenbezogene Glückskekseztel mit Sprüchen oder Fragen, zum Beispiel ‚Wussten Sie, wie viele Menschen in Deutschland glücksspielabhängig sind?‘ [...] Wir müssen die Mitarbeiter irgendwie ködern, damit sie auch an unseren Stand kommen mögen. Als wir eine andere Aktion zum Thema Medikamentenabhängigkeit machten, haben wir kleine Pillenschächtelchen verteilt. Darin waren natürlich Bonbons enthalten. Zusätzlich hat ein externer Psychiater Impulsvorträge für Vorgesetzte gehalten: Woran erkenne ich Medikamentenabhängigkeit? [...] Wenn wir Zeit in einer Veranstaltung haben, setzen wir gern Rauschbrillen ein. Damit sollen die Mitarbeiter Geld raussuchen oder müssen einen kleinen Parcours laufen.“ 14-7/8-FB-ü10T-SB/NA/NA

Der suchtpreventive Auftrag der betrieblichen Einrichtungen ist selbst bei weniger kreativen Angeboten vor allem eins: zeitintensiv. Stehen größere Aktionen wie z. B. Suchtwochen oder Gesundheitstage im Betrieb an, nehmen die Vorbereitungen zeitweise sogar die volle Aufmerksamkeit der Beteiligten in Anspruch:

„So versuchen wir auch immer wieder in der Betriebsöffentlichkeit zu wirken. Zum Beispiel hatten wir im vergangenen Jahr unsere Arbeitssicherheitsunterweisungen im Rahmen sogenannter Gesundheits- und Arbeitssicherheitstage organisiert. Dort hatten wir einen Stand, an dem wir elf Tage vertreten waren.“ 14-7/8-FB-ü10T-SB/NA/NA

Im Vorlauf jeder Maßnahme, gleich ob es um die Entwicklung von Informationsmaterial geht oder um größere Aktionen, fallen Organisationsaufgaben

an, die weitestgehend von den Fachkräften und AfS bewältigt und mit ihren sonstigen beruflichen Aufgaben abgestimmt werden müssen:

„Wir machen so was eigentlich sehr dosiert. Wir haben im letzten und im vorletzten Jahr zwei Aktionen hintereinander gemacht. Und jetzt warten wir erst einmal ab.“ 14-5-FB-ü10T-SB/NA/NA

Zugleich ist die Prävention aber auch einer der kreativsten Teile ihrer Arbeit, den viele Haupt- und Nebenamtliche trotz aller Mühen sehr schätzen. Denn sie ermöglicht den unmittelbaren Kontakt zur „Basis“ – die Rückmeldung der angesprochenen Beschäftigten macht die Erfolge des eingesetzten Engagements sofort erfahrbar. Kein Wunder, dass bei vielen eine ambivalente Haltung gegenüber dieser arbeitsintensiven Aufgabe besteht, wie in der folgenden Aussage deutlich wird. Es geht einerseits um Bedenken, wie eine größere Aufklärungsmaßnahme für die Beschäftigten zu stemmen ist, die auf der anderen Seite mit der Erwartung auf ein positives Echo verbunden ist und daher auch etwas Verlockendes hat:

„B1: Die Information über die BV in den Betrieb zu tragen, ist so eine immer wiederkehrende Aufgabe, die sich nicht mit einer Schulung oder einem Artikel im Intranet erledigt hat. Also das an alle heranzutragen ist mit Sicherheit eine langwierige Aufgabe. Damit werden wir jetzt aber beginnen.

B2: Genau. Das steht jetzt an. Das haben wir eigentlich schon länger vor, haben es aber zeitlich nicht umsetzen können. Und jetzt haben wir selber den Druck auf uns erhöht, weil wir es überall bekannt gegeben haben, jetzt müssen wir. Aber ich freue mich auch schon darauf. Wir können unseren Input loswerden und versprechen uns auch was davon.“ 9-41-KH-b1T-NA/BR

Es geht im vorliegenden Beispiel auch nicht mehr ausschließlich darum, Beschäftigte zu Themen der Suchtprävention zu informieren. Das Vorhaben ist vielmehr mit der Idee verbunden, nicht nur die Führungskräfte, sondern auch die Mitarbeitenden zum Handeln im Sinne der BV zu gewinnen und das Unterstützungsangebot der AfS zu positionieren:

„Unser Plan ist sportlich. Wir werden in die Bereiche gehen und der Basis praktisch eine Info geben. Aber wir werden auch noch mal ap-

pellieren: ‚Ihr merkt das zuerst, wenn sich die Kollegin ändert. Was auch immer das ist und was dahinter steckt.‘ Wir werden sie aufklären, dass man dann nicht einfach die Arbeit übernimmt und es immer weiter toleriert. Eine direkte Ansprache kann jeder selber machen, aber man kann das auch über Vorgesetzte einfädeln. Oder, wenn man schon eine Ahnung hat, dass Suchtprobleme dahinter stecken könnten, kann man ja auch uns ansprechen. Dann können wir anfangen zu steuern.“ 9-19-KH-b1T-NA/BR

Für nebenamtliche AfS, die keine hauptamtliche Fach- oder Beratungskraft an der Seite haben, ist die präventive Arbeit zeitlich keineswegs immer einfach mit der beruflichen Hauptaufgabe in Einklang zu bringen. Das führt des Öfteren dazu, dass die vorbeugende Arbeit hintangestellt werden muss. Wenn darüber hinaus noch die Kompetenz oder Einsicht der zuständigen Führungskraft zum Thema Suchtprävention eher gering ist und deren Unterstützung fehlt, lassen sich die für eine erfolgreiche Arbeit erforderlichen Aktivitäten in der Prävention im Nebenamt oft nur schwer realisieren:

„Es gibt neue motivierte Leute, die ihre Aufgabe als Ansprechpersonen durchaus im weiteren Sinne verstehen. Die sagen: ‚Wir wollen uns auch um Prävention kümmern.‘ Dafür bräuchten sie aber Zeit. Aber damit stoßen sie dann auf taube Ohren. Oder sie werden mit dem Argument konfrontiert: ‚Es gibt doch hier keine Fälle. Wofür brauchen sie denn dann Zeit?‘ Dann zu sagen, ‚ich brauche die Zeit dafür, dass es auch zukünftig keine Fälle gibt und deshalb müssen wir da investieren‘, ist schwierig [...]. Das ist für die Nebenamtlichen manchmal unbefriedigend.“ 1-23-öV-ü10T-KO-BGM

Im Kombinationsmodell bringt die Beteiligung der nebenamtlichen AfS an präventiven Aktionen und bei der Aufklärung sowie Beratung von Beschäftigten zum einen eine Arbeitserleichterung für die hauptamtlichen Fach- und Beratungskräfte mit sich. Zum anderen stärkt sie auch die Sichtbarkeit und Akzeptanz der AfS sowie der betrieblichen Einrichtung insgesamt:

„Als Erfolg sehe ich, dass sich vor allen Dingen auch das Selbstverständnis meiner Gruppe, mit der ich zusammen gearbeitet habe, verändert hat; [die AfS] aus dieser Rolle der reinen Suchtkrankenhilfe mehr in die Prävention zu bekommen; dass es gelungen ist,

Präventivmaßnahmen anzugehen, Führungskräfte zu unterstützen, dort eine beratende Funktion anzunehmen. Dabei gibt es auch für mich zunehmend Unterstützung. Die werden deutlich mehr eingebunden. Früher war es immer so eine Gruppe, die war nicht sichtbar für die Organisation. Und jetzt wird sie zunehmend in die Organisation getragen.“ 7-14-VD-b3T-KO-BGM

In Zeiten zunehmender Arbeitsverdichtung und knapper Personaldeckung scheint in den Betrieben allerdings die Bereitschaft, Arbeitszeit für die präventive Tätigkeit der AfS oder für die Information und Aufklärung der Beschäftigten zur Verfügung zu stellen, eher zu sinken. Früher, so heißt es in einem großen Unternehmen, habe man neben der Führungskräfte-schulung auch allen Beschäftigten in dreistündigen Veranstaltungen ermöglicht, sich über Suchtgefährdung sowie über Hilfeangebote bei Suchtproblemen zu informieren. Das wäre heute gar nicht mehr denkbar. Vielleicht, so wird vermutet, sei es aber auch in dieser Form nicht mehr notwendig. Denn heute seien die meisten Beschäftigten schon besser ausgebildet und könnten sich über andere Kanäle zu dem Thema informieren.

5.4.2 Erfolgsfaktor Zielgruppenspezifische Angebote – Seminare mit Auszubildenden



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherchemöglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„Der Bereich Ausbildung hat schon weit vor dieser Betriebsvereinbarung ein Programm gehabt, das sich [Name] nennt. Darin sind dem Thema Suchtprävention mehrere Bausteine gewidmet [...]. Im ersten Ausbildungsjahr gibt es eine Einheit über die Gefahren von Suchtmitteln. Es geht auch um eigene Erfahrungen im Umgang damit. Und im dritten Ausbildungsjahr gibt es noch mal eine Refreshing-Einheit.“ 3-25-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Zielgruppenspezifische Seminarangebote gehören seit jeher zu den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen. Als Zielgruppen für ausgewählte Präventionsangebote kommen nach den Standards der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe z.B. Führungskräfte, aber auch Beschäftigte aus anderen Kulturkreisen, ältere Beschäftigte, Jugendliche oder junge Erwachsene in Betracht (DHS 2011, S. 30 f.). Ebenso könnten spezifische Informations- und Seminarangebote für Männer oder Frauen mit ihren unterschiedlichen Konsummustern und Suchtgefährdungen vorgesehen werden. Gerade der hohe Anteil weiblicher Fach- und Führungskräfte, die zur Bewältigung ihrer Belastungen zu Suchtmitteln und Medikamenten greifen und dabei die Grenze zum riskanten Alkoholkonsum häufig überschreiten, würden ein solches Angebot nahelegen (vgl. Wienemann/Wartmann 2013):

„Aufklärung und Prävention

Die Beschäftigten werden regelmäßig – mindestens einmal jährlich – über risikoarmen, riskanten und schädlichen Alkoholkonsum, über suchtbedingtes Verhalten und dessen gesundheitliche und soziale Folgen sowie über interne und externe Hilfsangebote informiert. Die Informationen werden gender- und zielgruppengerecht aufbereitet (z.B. Auszubildende, Führungskräfte).“

➔ Versicherungsgewerbe, 050102/251/2011

In der Praxis der betrieblichen Suchtprävention der in diese Studie einbezogenen Betriebe werden spezifische Seminare z.B. für Beschäftigtengruppen ausländischer Herkunft in eigener Sprache nicht genannt, ebenso wenig wie entsprechende Angebote für Frauen oder Männer. Kultur- oder gendersensible Informationen werden allenfalls in schriftlicher Form veröffentlicht. Nur in der zuletzt zitierten Vereinbarung wird eine genderspezifische Aufbereitung von Informationen explizit erwähnt. Der Genderbezug wird im Interview durchaus für wichtig erachtet; ob er aber in der Umsetzung Bedeutung bekommen hat, konnte letztlich nicht konkretisiert werden:

„Das ist eher so ein Bauchgefühl, ohne dass ich das jetzt in Zahlen, Daten, Fakten liefern kann. Ich glaube, ja. Aber auch, weil das Thema Gender bei uns an vielen anderen Stellen immer wieder thematisiert wird. Und in dem Zusammenspiel macht es Sinn [...]. Also nach dem Gefühl ist der Fokus [der Prävention] ja immer noch auf Alkoholmissbrauch. Also das ist nach wie vor das, was am ehesten

auffällt. Spürbar für mich ist aber schon, dass über die Dienstvereinbarung auch andere Süchte schon mal thematisiert worden sind. Man hat eher eine Sensibilität dafür bekommen, neben Alkohol auch auf Medikamente, Magersucht, Spielsucht zu achten [...]. Bei Alkohol sind es eher immer noch Männer. Aber das Thema Magersucht, Medikamentenabhängigkeit ist halt eher frauenbelegt. Insofern sind für mich gefühlt beide Gruppen vertreten.“ 10-10-VB-ü10T-GPR

Im Vordergrund stehen überall die Qualifizierungsmaßnahmen für Führungskräfte und gegebenenfalls für weitere Personalverantwortliche (vgl. Kapitel 4.1). Seltener werden Seminarangebote für Beschäftigte anderer Organisationsbereiche des Betriebes genannt. Wo das der Fall ist, handelt es sich entweder um Seminare für Auszubildende oder für Betriebs- und Personalräte.

Die spezifischen Seminarprogramme für den Ausbildungsbereich ragen besonders heraus. Sie werden in einigen Betrieben zu den wesentlichen Erfolgsfaktoren der betrieblichen Suchtprävention gezählt:

„Prävention

Für alle in Ausbildung Beschäftigten werden speziell auf diese Zielgruppe ausgerichtete Präventionsmaßnahmen angeboten.“

➔ Maschinenbau, 050102/250/2016

Suchtpräventionsseminare für Auszubildende zeichnen sich erstens durch einen verbindlichen Charakter aus. Zweitens werden sie teilweise nach innovativen pädagogischen Ansätzen gestaltet. Drittens drehen sich die Fragen nicht nur um Alkohol, sondern es kommen selbstverständlich auch andere Themen zum Zuge:

„Die Prävention ist in der Hauptsache auf Alkohol bezogen. Aber bei den Schulungen bei den Auszubildenden sind wir auch auf illegale Drogen zu sprechen gekommen.“ 4-6-BE-b5T-SB/NA/NA

In einem weiteren Interview wird darauf hingewiesen, dass gegenwärtig in der Arbeit mit den Auszubildenden „noch andere Themen aufploppen“. Da gehe es um Themen wie Internet- und Mediensucht, die unter Umständen auch den Betriebsablauf erheblich stören können. Es müsse ein Umgang mit

diesen Themen gefunden werden, da es sich bei der Digitalisierung nicht nur um eine Mode handle wie bei manch anderen Suchtmitteln.

Im Anhang der zuletzt zitierten Vereinbarung werden die aktuellen Module zur Suchtprävention inhaltlich wie folgt umrissen:

„Anhang zur BV

Im Rahmen des Gesundheitsprogramms [Name] für Auszubildende werden 2 Module zur Betrieblichen Suchtprävention durchgeführt.

1. Modul: Zweitätiges Seminar für Auszubildende des ersten Lehrjahres

Dieses Grundlagenseminar orientiert sich stark an den Bedürfnissen der Teilnehmer, dennoch gelten für alle Veranstaltungen folgende Themenschwerpunkte:

- Alkohol, Rauchen, ‚neue Medien‘ und ‚legal highs‘
 - Diskussion von Zahlen und Fakten zu Sucht, Suchtmitteln und Suchtformen
 - Reflexion eigener, alltäglicher Konsumerfahrungen
 - Entwicklung eines funktionalen Verständnisses für süchtiges Verhalten
 - Auseinandersetzung mit Risikokompetenz und mündigem Konsum als Verhaltensziel
 - Auswege aus der Sucht und Informationen über das Hilfesystem
 - Grundlagen der Suchtprävention
 - Umgang mit Betroffenen im privaten und betrieblichen Bereich
 - die Inhalte der Betriebsvereinbarung

2. Modul: Eintägiger Workshop für Auszubildende des dritten Lehrjahres

In diesem Workshop werden die gewonnenen Erkenntnisse aus den Grundlagenseminaren vertieft und unter Einbeziehung der Erfahrungen der Teilnehmer auf den betrieblichen Bereich angewandt. Wesentliche Elemente des Workshops sind:

- Illegale Drogen (besonderer Schwerpunkt auf Cannabis) und Glücksspiel
 - Wiederholung und Vertiefung der Kernaussagen des Grundlagenseminars
 - Reflexion der Erfahrungen als Auszubildende bei [der Firma]
 - Wiederholung der Inhalte der Betriebsvereinbarung zur betrieblichen Suchtprävention

- Umgang mit Auffälligkeiten im privaten und betrieblichen Kontext

Das Suchtpräventionsprogramm innerhalb der Ausbildung wird regelmäßig im Rahmen des Arbeitskreises Suchtprävention überprüft und angepasst.“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

Für die Angebote im Ausbildungsbereich wird von der internen Einrichtung in vielen Fällen die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen gesucht, die in der Suchtprävention und Suchthilfe für Jugendliche und/oder junge Erwachsene tätig sind:

„Wir machen hier Auszubildendenseminare. Die nennen wir Gesundheitsseminare, in denen wir auch was zu Sucht, zu Alkohol oder auch zu möglichem riskanten Internetkonsum machen [...]. Das Seminar geht über zweieinhalb Tage. Den halben Tag gehe ich mit denen zur [Drogenberatungsstelle]. Die gestalten einen Vormittag mit den Auszubildenden. Da bin ich selbst nicht dabei, denn geht es da ja auch um illegale Mittel. Die Erfahrung der [Drogenberatungsstellen]-Leute ist es, dass die jungen Leute einfach offener reden, wenn da keiner vom Betrieb dabei ist. Das ist wahrscheinlich auch in Ordnung so.“ 8-20-VD-b5T-SB

In den externen Einrichtungen kommen die Auszubildenden dann teilweise in Kontakt mit ehemaligen Drogenkonsumenten und -konsumentinnen oder solchen, die sich gerade in der Entwöhnungsbehandlung befinden. Für die Beteiligten ist das oftmals eine nachhaltige Erfahrung:

„Mit unseren Auszubildenden machen wir Pflichtseminare. Die Azubis bekommen eine Zweitages Schulung, die Teil unseres Ausbildungsplans für das zweite Lehrjahr sind. Wir gehen mit den Azubis in eine Klinik für junge Leute. Dort können Sie nicht unterscheiden, wer Patient oder Auszubildender ist. Das ist echt toll. Damit können sich die jungen Menschen tatsächlich identifizieren. In den Diskussionen der jungen Leute, merkt man dann, wie dieses Thema richtig lebendig wird.“ 14-4-FB-ü10T-SB/NA/NA

Angebote der Suchtprävention für Jugendliche und junge Erwachsene lassen sich vor allem in solchen Betrieben gut platzieren, die zur Förderung ihrer Auszubildenden sogenannte ausbildungsbegleitende Maßnahmen anbieten. Wie es in der einleitend zitierten Aussage angesprochen wurde, lassen sich dort einschlägige Einheiten in die Lehrpläne einbauen.

Aber auch ein gut eingeführtes Programm braucht stets die kompetente fachliche Begleitung und das Engagement der internen Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe, damit es lebendig und wirksam gestaltet und erhalten werden kann:

„B1: Was ich gerne noch ein bisschen mehr hätte, das ist dieses [Programm]. Das ist eine Zeit lang super gelaufen, hat sogar einen Preis bekommen. Und dann sind die wichtigen Player gegangen. Danach war es ein bisschen eingeschlafen, so gut wie tot. Dann haben wir das wieder zum Leben erwecken können. Aber leider nicht mehr mit der gleichen Nachhaltigkeit.

B2: Das lebt nicht mehr mit der gleichen Seele wie früher, da ist etwas verloren gegangen [...].

B1: Aber ich glaube, dieses Programm [...] können wir doch noch ein bisschen nachschärfen und es damit wieder verbessern.“ 3-27-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Präventionsmaßnahmen im Betrieb benötigen aktive und aufmerksame Betreiber und Kümmerner, sonst drohen sie schnell wieder im Sande zu verlaufen und schließlich sogar ganz auszulaufen – mit der Folge, dass auch die Ressourcen dafür eingeschränkt oder sogar eingestellt werden. Selbst im Ausbildungsbereich wird in den Interviews die bereits in [Kapitel 5.4.1](#) aufgezeigte Tendenz spürbar, dass die für die Teilnahme an Präventionsangeboten zugebilligte Arbeits- oder Ausbildungszeit gegenüber früheren Jahren eher reduziert wird:

„Früher waren es für [das Programm] zwei Tage im ersten und zwei Tage im dritten Ausbildungsjahr. Und jetzt ist es im dritten Ausbildungsjahr auf einen Tag verkürzt worden.“ 3-25-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

5.4.3 Erfolgsfaktor Unterweisung als verbindliche Information für Beschäftigte



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„Ich denke – oder jedenfalls erlebe ich es so – dass ich jetzt mit der Unterweisung wirklich die Inhalte transportieren kann. Ja, das kann ich tatsächlich, während ich mich vorher oft gefragt habe: ‚Mache ich überhaupt Suchtprävention?‘ Jetzt kann ich mir sagen: ‚Ja, ich mache es, und zwar standardisiert und nicht nur mal so, wenn ich ‚darf‘ oder wenn sich eine Gelegenheit bietet!‘“ 2-10-BE-b5T-SB

Zu den Präventionspflichten des Arbeitgebers gehört gemäß dem Arbeitsschutzgesetz, „die Beschäftigten über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit während der Arbeitszeit ausreichend und angemessen zu unterweisen“ (§ 12 Abs. 1 ArbSchG). Diese Unterweisungspflicht wird in der Regel den Vorgesetzten übertragen. Erforderliche Informationen und/oder Unterstützung können die Vorgesetzten bei den Fachkräften für Arbeitssicherheit oder anderen fachlich geeigneten Personen einholen – sowohl betriebsintern als auch von externen Anbietern.

Anders als die meisten Informationsveranstaltungen zur Suchtprävention und Suchthilfe haben die Unterweisungen einen verbindlichen Charakter. Der Arbeitgeber muss ihre Durchführung nachweisen und sie in angemessenen Abständen wiederholen. Die Beschäftigten wiederum haben die Pflicht, sich innerhalb der Arbeitszeit über mögliche Gefährdungen informieren zu lassen sowie „gemäß der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen“ (§ 15 Abs. 1 ArbSchG). Sie belegen durch ihre Unterschrift, dass sie an der Unterweisung teilgenommen haben.

Vielfach betrachten Führungskräfte und Beschäftigte Unterweisungen als lästige Pflicht. Durch stark formalisierte rechtliche Informationen gepaart mit vielen Warnhinweisen und Verhaltensvorschriften wird diese Haltung

häufig noch verfestigt. Entgegen der reinen Pflichtunterweisung gemäß dem Arbeitsschutzgesetz wird im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und -prävention dagegen eher das Gespräch gesucht und/oder ein Training gewählt. Dies soll z. B. die Einsicht in den Nutzen risikoarmen Konsums und Verhaltens fördern und darüber informieren, wie riskanten Mustern unter anderem mit Regeln oder mit Beratung und Therapie begegnet werden kann, um sie zu verändern oder bestenfalls zukünftig ganz zu vermeiden.

Darüber hinaus werden die internen Einrichtungen zur Suchtprävention und Suchthilfe gerne mit ihrem spezifischen Fachwissen und ihrem Methodenrepertoire bei Arbeitssicherheitsaktionen und Unterweisungen hinzugezogen:

„Zum Beispiel hatten wir im vergangenen Jahr unsere Arbeitssicherheitsunterweisungen im Rahmen sogenannter Gesundheits- und Arbeitssicherheitstage organisiert. Dort hatten wir auch einen Stand, an dem wir elf Tage vertreten waren. Wir haben dort auf die Gefahren hingewiesen, die beim Arbeiten unter Rauschmitteln entstehen und haben Rauschbrillen eingesetzt. Die Mitarbeiter konnten diese exemplarisch ausprobieren.“ 14-8-FB-ü10T-SB/NA/NA

Wenn sich die Einrichtungen mit dem Thema Prävention von Suchtgefährdungen in die verbindlichen Unterweisungen einbringen, entsteht daraus eine Win-win-Situation:

„Und ich denke gerade an diese Sache mit diesen Unterweisungen, die wir jetzt ja neu durchführen [...]. Das ist noch mal eine andere Ebene. Ich fand das interessant, über diese Ebene als betrieblicher Ansprechpartner auf einmal mit dabei zu sein. Viele Vorgesetzte wissen ja gar nicht, wie problematisch das ist unter dem Einfluss von Alkohol oder Medikamenten zu arbeiten.“ 4-26-BE-b5T-SB/NA/NA

Die bei Unterweisungen durch die Vorgesetzten oder Arbeitsschutzexperten übliche Erläuterung der rechtlichen Vorschriften können Beratungskräfte oder AfS mit einschlägigem Informationen und teilweise unterhaltensamen Medien zu den Wirkungen des Suchtmittel- und Medikamentengebrauchs sowie zu den damit einhergehenden Risiken und Gefährdungen ergänzen.

Zugleich können sie ihre Angebote zur Beratung sowie die Hilfeangebote bei Suchtproblemen platzieren und auf diese Weise zugleich die professionellen Grundlagen und Prinzipien ihrer Arbeit sichtbar machen. Das hat unmittelbare Rückwirkungen auf den Status und die Wahrnehmung der Suchtbeauftragten, vor allem durch die Führungskräfte:

„Was ich anbiete, ist ein Inhalt, den hier sonst keiner bietet [...]. Das ist ein spezieller fachlicher Themenbereich, der einer spezifischen Funktion [der Sucht- und Sozialberatung] zugeordnet ist. Das schafft schon eine neue Transparenz: [...] Was macht die Stelle? Wofür ist sie da? Damit gibt es eine [nachvollziehbare] Begründung für die Einrichtung.“ 2-14-BE-b5T-SB

Diese Aussage bezieht sich auf ein Modell, bei dem es nicht mehr darum geht, bei Unterweisungen durch andere beteiligt zu werden, sondern sie im Auftrag des Arbeitgebers selbstständig zu organisieren und vielfach auch selbst durchzuführen.

Ausgangssituation war ein aus Sicht der Einrichtung zu optimierender Informationsstand zur Suchtprävention im Unternehmen. Das Modell wurde auf Veranlassung der hauptamtlichen Beratungskraft eingeführt. Sie war an die Leitung des Hauses herangetreten und hatte vorgeschlagen, die fachliche Verantwortung für die Unterweisung zu Themen wie dem riskanten Suchtmittelgebrauch und dessen Folgen für die Arbeitssicherheit und Gefährdung der Gesundheit zu übernehmen. Die Aufgabe wurde folglich der Einrichtung für Suchtprävention übertragen. Seither schreibt die Suchtbeauftragte im Auftrag der Geschäftsleitung die Führungskräfte in den Betriebsbereichen direkt an. Das Anschreiben enthält – mit Hinweis auf die Verbindlichkeit der Unterweisungspflicht – das Angebot, die Führungskräfte mit Informationen zu unterstützen oder die Beschäftigten vor Ort auf Einladung der jeweiligen Vorgesetzten selbst zu unterweisen. Unterschrieben wird das Anschreiben von der Unternehmensleitung:

„Ich kann den Prozess ja einmal beschreiben: Es beginnt mit dem Anschreiben. Vorher wird das Anschreiben [dem zuständigen Vertreter der Unternehmensleitung] vorgelegt. Der unterschreibt das. Dann kommt der Verteiler dran. Ich habe einen Verteiler; daraus schreibe ich pro Jahr ungefähr 35 [Bereiche] an. Mehr schaffe ich logistisch nicht. Ich mache im Anschreiben auch schon Terminvorga-

ben im Sinne von Vorschlägen. Ich muss die Maßnahme ja irgendwie takten. Und da versuche ich zum Beispiel im Gebäude [...] auch möglichst am Tage drei Termine zu erledigen. Manchmal schreibe ich auch bis zu fünf aus – wissend, da klappt nicht jeder. Wenn ich zwei bis drei Bereiche aufsuche, habe ich damit einen Vormittag oder zwei bis drei Stunden – je nach Wegezeiten – zu tun. In der Zeit, wo ich mich schwerpunktmäßig damit beschäftige, habe ich in sechs Wochen schon mal 30 Unterweisungstermine geschafft. Durch Verschiebungen kleckern aber immer noch ein paar nach. Das ist dann so einigermaßen gut zu schaffen [...]. Schließlich ist da ja auch noch das Betriebliche Eingliederungsmanagement.“ 2-3-BE-b5T-SB

Im Interview weist die Beratungskraft darauf hin, dass die Durchführung des Unterweisungsauftrags mit einem hohen Organisationsaufwand verbunden ist und ein gutes Zeitmanagement erfordert. Das Erstellen des Verteilers, die Koordination der Termine und Terminänderungen sowie das Versenden der Briefe erfolgt in Eigenregie. Hinzu kommt die Arbeit an der inhaltlichen Konzeption und an der Entwicklung und Aktualisierung von Materialien für die Unterweisung wie Skript und Präsentation.

Nicht zuletzt wegen des fortlaufenden Arbeitsaufkommens in anderen Beratungsfeldern oder für die Bearbeitung von Grundsatzangelegenheiten der Einrichtung kann deshalb der Unterweisungsauftrag von der hauptamtlichen Beratungskraft jeweils nur in einem begrenzten Zeitabschnitt des Kalenderjahres ausgeführt werden:

„Es ist sehr aufwendig, das muss man eingestehen. Es hat auch mitunter so ein bisschen was von Klinkenputzen, das ist so. Aber ich muss sagen, unterm Strich ist es sehr befriedigend und es ist auch überwiegend positiv [...]. Schon das Wissen, ich kann meinen Auftrag ausüben, den kann ich wirklich realisieren auf diese Weise, das macht mich sehr zufrieden. Ich wüsste jetzt auch keine andere Form, das zu erreichen.“ 2-17-BE-b5T-SB

Diese anspruchsvolle und zeitintensive Aufgabe ist, wie Rückläufe und Rückmeldungen zeigen, mit einem hohen Wirkungsgrad verbunden. Schon deshalb lohnt sie sich aus dem Blickwinkel der Einrichtung. Da sind zum einen die vielen Teilnehmenden in den jeweiligen Bereichen, die sich in den Ge-

sprächen oder Unterweisungsterminen mit den Themen der Suchtprävention und -gefährdung befassen:

„Wenn es sehr gut angenommen wird, dann sind das Dienstbesprechungen mit rund 12 Personen. Das größte war ein Treffen mit circa 30 Personen. Bei größeren Gruppen nutze ich die Vortragsvariante. Sonst stelle ich es meist am runden Tisch in ihren Besprechungsräumen vor. In den meisten Fällen sind die [Führungskräfte] dabei und alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Für diejenigen, die an dem Tag nicht dabei sein können, erfolgt die Information schriftlich [...]. Manchmal sind auch nur die [Führungskräfte] anwesend oder sie rufen die Sicherheitsbeauftragten oder einzelne weitere Personen dazu. Die informiere ich dann und übergebe das Material, damit sie danach die Beschäftigten in ihren jeweiligen Bereichen unterweisen können.“ 2-8-BE-b5T-SB

Zum anderen setzt die Kontaktaufnahme in den Bereichen etwas in Gang, was über die Unterweisungsthemen hinaus zu nachhaltigen Effekten für die Einrichtung der Suchtprävention und Suchthilfe führt. Mit dem sachbezogenen Auftreten in den Bereichsrunden steigen zugleich das Ansehen der Einrichtung und das Vertrauen in das professionelle Handeln der Beratungskraft auch im Hinblick auf die weiteren Angebote der Suchtprävention und Suchthilfe:

„Ich komme in den Abteilungen und Arbeitsbereichen in Kontakt zu den Sekretariaten und eben auch zu den [Führungskräften]. [...] Die hätte ich ohne diese Maßnahme nie kennengelernt bzw. die hätten mich nie kennengelernt [...]. Es ist vorgekommen, dass im Anschluss an diese Information Führungskräfte an mich herangetreten sind und zu mir gesagt haben: ‚Ihr Vortrag oder unser Gespräch hat uns noch einmal gezeigt, wir haben einen konkreten Handlungsbedarf. Und wir haben das schon immer vorgehabt. Aber jetzt müssen wir handeln.‘ [...] Oder: ‚Das war jetzt gut, dass wir erfahren haben, dass es auch in [dieser Organisation] Mitarbeiter mit dieser Kompetenz gibt.“ 2-11-BE-b5T-SB

Angesichts der überwiegend positiven Erfahrungen, die vorstehend beschrieben wurden, soll nicht verschwiegen werden, dass in Einzelfällen bei den an-

geschriebenen Führungskräften auch Widerstand ausgelöst wird. In solchen Situationen bemüht sich die Beratungskraft, die Verbindlichkeit durch alternative Vorgehensweisen sicherzustellen:

„Ich habe auch Führungskräfte, die haben sich wirklich entzogen. In diesen Fällen bin ich dann penetrant gewesen. Ich habe freundliche Schreiben entworfen, in denen ich in etwa mitgeteilt habe: ‚Sie konnten aus Zeitgründen diesen Termin nicht wahrnehmen. Dafür habe ich Verständnis. Um jedoch meinen Auftrag ausüben zu können, bitte ich darum, mir einen Ersatztermin zu nennen. Ich richte mich dabei gerne nach Ihnen.‘ Ich wollte das so, um glaubwürdig zu sein und weil ich es ernst nehmen will mit der Sache. Da muss ich einfach nachfassen, ohne es zu übertreiben. Ich habe das auch sehr freundlich formuliert [...]. Ich nutze teilweise noch eine zweite Variante. Da sage oder schreibe ich: ‚Wenn Sie keinen Termin ermöglichen können, dann mache ich Ihnen einen Vorschlag. Ich schicke Ihnen die Unterlagen zu. Und unterschreiben Sie bitte einfach, dass Sie diese zur Kenntnis genommen und auch Ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zur Kenntnis gegeben haben.‘ Und das ist dann auch in Ordnung.“ 2-6/7-BE-b5T-SB

Neben der hier beschriebenen regelmäßigen Information im Sinne des Arbeitsschutzes besteht auch noch die Möglichkeit der anlassbezogenen Unterweisung. Werden einzelne Beschäftigte im Betrieb auffällig und liegt die Annahme nahe, dass es einen Zusammenhang mit riskantem Suchtmittel- oder Medikamentengebrauch gibt oder suchtgefährdendes Verhalten eine Rolle spielt, so sollte der oder die Vorgesetzte dies zum Anlass nehmen, mit der betreffenden Person ein Gespräch zu führen. Die Führungskraft kann darin empfehlen oder auch verbindlich einfordern, dass der oder die Beschäftigte sich im Sinne der Unterweisung darüber informieren lässt, welche Gefährdungen mit den Auffälligkeiten einhergehen können und wie diese zu vermeiden sind. Für eine anlassbezogene Information im Sinne der Unterweisung kommen die interne Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe in Betracht ebenso wie Betriebsärzte oder Beauftragte von externen Anbietern:

„Interventionsprozess

[...]

I. Stufengespräch

Verweis auf die Beratungsstelle für Sucht und Soziales oder externe Beratungsstellen (Hilfeangebot), Aufforderung zum Informationsgespräch.

[...]

II. Stufe

Verweis auf die Beratungsstelle für Sucht und Soziales oder externe Beratungsstellen (Hilfeangebot). Dringende Aufforderung zum Informationsgespräch und Empfehlung eines Nachweises über dieses.“

➔ Maschinenbau, 050102/250/2016

Als Nachweis kann ein unterschriebener Beleg für die Teilnahme an der Unterweisung eingefordert werden. Somit kann sowohl über ein fürsorgliches Gespräch sowie ab der ersten Stufe des Stufenplans eine Verbindlichkeit hergestellt werden. Diese setzt den Impuls für die Betroffenen, sich mit der Thematik zu befassen und bei Bedarf weitere Hilfeangebote und Unterstützungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

5.4.4 Erfolgsfaktor Regelungen zum Suchtmittelgebrauch und zur Beseitigung von Ursachen des riskanten Konsums



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„Ich glaube auch, dass das Problembewusstsein gestiegen ist. Das glaube ich wahrhaftig, das ist auf jeden Fall gestiegen, sowohl bei Mitarbeitern als auch bei Führungskräften, dass Alkohol im Dienst letztendlich nicht tolerabel ist.“ 8-50-VD-b3T-SB

In den [Kapiteln 5.4.1 bis 5.4.3](#) dieser Studie wurden die Präventionsaktivitäten vorgestellt, die vor allem auf ein verantwortliches Verhalten der Beschäftigten im Umgang mit Suchtmitteln, Medikamenten, Medien usw. zielen. Weiterführend sollen in den folgenden Erläuterungen die verhältnisbezoge-

nen Aspekte der Suchtprävention in den Vordergrund gestellt werden. Dazu gehören a) die Konzepte und Regelungen zum Suchtmittelgebrauch vor und bei der Arbeit oder in Verbindung mit betrieblichen Anlässen und b) die Modelle zur Beseitigung von Ursachen des riskanten Konsums.

Letzteres stellt eine der anspruchsvollsten Aufgaben der betrieblichen Suchtprävention dar. Viele Arbeitsbedingungen und -situationen der heutigen Arbeitswelt sind mit erheblichen psychischen und physischen Belastungen verbunden, die wiederum nachweislich mit dem Konsum von Suchtmitteln in Zusammenhang stehen (vgl. Wienemann/Wartmann 2011). Insbesondere in Beschäftigungsbereichen mit anhaltenden psychischen und psychosozialen Belastungskonstellationen lässt sich häufig ein überdurchschnittlicher Suchtmittelkonsum feststellen. In diesem Kontext kann man deshalb durchaus von Suchtmittelgebrauch fördernden Arbeitsbedingungen sprechen.

Schon früh wurde in die BV/DV die Aufforderung aufgenommen, dass bei gehäuften Auffälligkeiten von riskantem Konsum in Betriebs- oder Beschäftigtenbereichen geprüft werden sollte, inwieweit die dort vorgefundenen Arbeitsbedingungen dazu beigetragen haben könnten:

„Arbeitskreis Sucht/Prävention

Die Ursachen für einen riskanten Umgang mit Suchtmitteln, die mit dem Arbeitsplatz in Verbindung stehen – z. B. Unter- oder Überforderung, ungerechte Behandlung durch Führungskräfte, Mobbing, sozialer Druck usw. – werden vom Arbeitskreis geprüft mit dem Ziel, geeignete Maßnahmen zu ergreifen.“

→ Versicherungsgewerbe, 050102/251/2011

Zur Anwendung kam diese Regelung jedoch eher selten. Erst seit das Arbeitsschutzgesetz Mitte der 1990er-Jahre die Gefährdungsbeurteilung zur Pflicht erhoben hat, wird auch von Seiten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes das Augenmerk stärker auf Stress und Suchtmittelgebrauch fördernde Arbeitsbedingungen gelegt. Erhöhter Suchtmittelgebrauch – dazu zählt auch übermäßiger Zigarettenkonsum – sollte daher als möglicher Indikator für Fehlbelastungen betrachtet und in der Prävention aufgegriffen werden:

„Arbeitssicherheit

[...]

In Arbeitsbereichen oder Beschäftigtengruppen, in denen ein auffälliger Suchtmittelgebrauch festgestellt wird, sollte im Sinne des Ar-

beitsschutzes gemeinsam mit den Beschäftigten geprüft werden, ob Ursachen dafür auch in der Arbeitssituation, in den Arbeitsbelastungen oder im Arbeitsklima zu suchen sind. Festgestellte Ursachen sind – soweit möglich – zu beseitigen. Die Akteure der Suchtprävention, des Arbeitsschutzes und des betriebsärztlichen Dienstes sollen hierbei zur fachlichen Unterstützung beratend hinzugezogen werden.“

→ I Bildungseinrichtung, 050102/248/2011

Mit Unterstützung des Gesundheitsmanagements können z. B. in Mitarbeitergesprächen oder -workshops die Situationen analysiert und gesundheitsförderliche Lösungen für belastende Arbeitsanforderungen entwickelt werden. Darüber hinaus erzielen Maßnahmen zur Ressourcenstärkung und zur Stressbewältigung oder andere Angebote der Gesundheitsförderung wertvolle Effekte und tragen zur Prävention auf der individuellen Ebene bei:

„Beseitigung von Ursachen für riskanten Suchtmittelkonsum
Ursachen für riskanten Suchtmittelkonsum können neben persönlichen, gesundheitlichen und sozialen Lebenssituationen sowie individuellen Bewältigungsstrategien auch in besonderen Belastungen bei spezifischen Arbeitsanforderungen oder Fehlbeanspruchungen liegen bzw. durch diese begünstigt werden. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und eines präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes werden gesundheitliche Gefährdungen am Arbeitsplatz geprüft und geeignete Maßnahmen ergriffen, um diese möglichst zu beseitigen oder zu minimieren. Soweit dies nicht möglich ist, wird geprüft, inwieweit Beschäftigte durch spezifische Angebote der Gesundheitsförderung ihre Möglichkeiten zur Belastungsbewältigung erweitern können.“

→ I BV-VD-b3T-2013

Des Weiteren ist bekannt, dass besonders in Belastungssituationen vermehrt zu Medikamenten gegriffen wird, um den Herausforderungen des Arbeitstages gewachsen zu sein, um sich fit zu halten für die gestellten Leistungsansprüche oder um nach aller Hektik wieder zur Ruhe zu kommen (vgl. Wartmann/Wienemann 2013). In der Prävention dieser Problematik leisten die Einrichtungen zur Suchtprävention und Suchthilfe einen wesentlichen Beitrag, indem sie über diese Zusammenhänge aufklären und die für die Gesundheit der Beschäftigten Verantwortlichen im Betrieb sensibilisieren. Das

Thema Medikamentenmissbrauch von Beschäftigten spielt keineswegs nur in Einrichtungen des Gesundheitswesens eine Rolle. Diskussionen über Doping am Arbeitsplatz oder aktuell über den grassierenden Gebrauch von opiathaltigen Schmerzmitteln in den USA machen zudem auf die Problematik aufmerksam, dass die Grenze zwischen ärztlich verordneter Medikamenteneinnahme und illegalem Konsum in diesen Bereichen fließend sind. Bei den Recherchen zu dieser Studie ist eine „Handlungsanleitung zum Medikamentengebrauch am Arbeitsplatz“ in einem an der Interviewstudie beteiligten Betrieb aus dem Gesundheitswesen aufgefallen. Sie macht deutlich: Es kann sinnvoll sein, dieses Thema in der präventiven Arbeit auch mit einem Leitfaden konstruktiv anzugehen.

Der andere zentrale Bereich der verhältnisbezogenen Suchtprävention betrifft die Regelungen und Absprachen zum Suchtmittel- und Medikamentengebrauch im Betrieb. Sehr vereinfacht ausgedrückt geht es vor allem darum, ob der Gebrauch von Alkohol von Seiten des Betriebes

a) grundsätzlich erlaubt wird und nur die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zu beachten ist, u. a. Verbote für bestimmte Arbeitnehmergruppen bei sicherheitsrelevanten Tätigkeiten,

b) eingeschränkt erlaubt wird, z. B. für besondere Anlässe oder Personengruppen, ansonsten aber verboten ist (relatives Alkoholverbot)

c) generell für alle Beschäftigten in allen Betriebsbereichen ohne Ausnahmen verboten wird (generelles Alkoholverbot).

Es geht bei dieser Frage keineswegs nur um Verhaltensanweisungen für die Beschäftigten oder die Ordnung des Betriebes. Die jeweiligen Regelungen sagen weit darüber hinaus viel über die betrieblichen Kulturen und Haltungen zum Suchtmittelgebrauch, aber auch über den Umgang mit Sicherheitsgefährdungen und den Stellenwert der Mitarbeitergesundheit aus. Das erklärt auch, wieso die Verhandlungen einer BV/DV an diesem Themenbereich nicht selten zu scheitern drohen oder grundsätzliche Auseinandersetzungen darüber geführt werden müssen.

Generelle Verbote des Suchtmittelgebrauchs, insbesondere des Alkoholkonsums im Betrieb sowie der Beeinflussung durch Suchtmittel bei der Arbeit sind in den Betrieben in der Minderheit (vgl. Wienemann/Müller 2005).

Häufig werden relative Verbote ausgesprochen mit mehr oder weniger präzisen Ausnahmeregelungen. Bei den in die vorliegende Studie einbezogenen Betrieben geht die folgende Regelung, die allerdings auch eine Ausnahme bei der Gästebewirtung vorsieht, am weitesten in Richtung eines generellen Verbotes:

„Allgemeine Verhaltensgrundsätze

Zur Vermeidung von Gefahren für Leib und Leben der Mitarbeiter und zur Gewährleistung der Sicherheit und Qualität unserer Produkte ist es untersagt,

- unter Einfluss von Alkohol oder von anderen Suchtmitteln zur Arbeit zu erscheinen
- alkoholische Getränke oder andere Suchtmittel im Betrieb zu konsumieren. Dies gilt auch in den Pausen sowie außerhalb der Arbeitszeit, wenn sich der Mitarbeiter auf dem Betriebsgelände aufhält
- alkoholische Getränke oder andere Suchtmittel mitzubringen und im Betrieb zu verteilen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Suchtmittel unentgeltlich abgegeben, getauscht oder an Dritte veräußert werden.“

➔ BV-FB-ü10T-2006

In den Interviews wird an verschiedenen Stellen davon berichtet, welche internen Dynamiken die Diskussion und Durchsetzung von Regelungen des Alkoholkonsums begleitet haben. Daher erscheint es nicht verwunderlich, dass eine Konsumregelung, die ein relatives Alkoholverbot vorsieht, das in der Praxis gängigste Modell darstellt. Diese Variante sieht eine definierte betriebliche Stelle im Führungsbereich vor, die die jeweiligen Ausnahmen genehmigen muss.

Bei der Entscheidung für oder gegen ein generelles Alkoholverbot wurde in den Interviews wiederholt auf die Schwierigkeit des zu erwartenden Widerstands von Teilen der Beschäftigten hingewiesen, die sich nach Einschätzung der Interviewpartner voraussichtlich auf beliebte Traditionen berufen würden. Insbesondere bei dezentralen Organisationen mit einer ganzen Breite von Konsumkulturen wurde darauf verwiesen:

„Das kann man sehr deutlich sehen an diesen Vereinbarungen. Die Stimmung war anfangs so, dass es [der Alkoholausschank] zu einer gewissen Tradition dazu gehörte. Es hieß: ‚Wir wollen uns auch nicht jede Tradition kaputt machen lassen.‘ Deswegen haben wir gesagt: ‚Ihr müsst das letztendlich vor Ort entscheiden.‘ Das muss ja auch passen. Es macht keinen Sinn, eine Vereinbarung abzuschließen, wo jeder sagt: ‚Interessiert uns überhaupt gar nicht.‘ [...] Also es war bei uns am Anfang mit zum Teil erheblichen Widerstand ver-

bunden. Aber ich würde trotzdem eine ganz klare Empfehlung aussprechen, diesen Weg zu gehen, in Gespräche einzutreten, die Diskussion darüber zu führen, aber nicht mit so einem Schwarz-weiß-Blick da heranzugehen.“ 10-9-VB-b8T-GPR

Wird in der Entwicklungsphase der Vereinbarung über eine Veränderung der Konsumkultur im Betrieb gesprochen, prallen häufig unterschiedliche Interessen aufeinander. Mehrmals wurde darauf hingewiesen, dass das Durchsetzen eines generellen Alkoholverbots zugleich ein Scheitern der BV/DV nach sich gezogen hätte. Aus Sicht der Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe führen die Verhandlungen dann zu zwar nachvollziehbaren, manchmal aber ungeliebten Kompromissen in der BV/DV:

„Was wir nicht geschafft haben, und das haben wir alle im Arbeitskreis bedauert, dass die Ausnahmeregelung immer noch in der DV ist: ‚bei besonderen Anlässen mit Genehmigung von der Dienststellenleitung‘. Wenn wir das rausgenommen hätten, hätte es Dienststellen gegeben, die der gesamten DV nicht zugestimmt hätten. Auf der anderen Seite gibt es mittlerweile einige Dienststellen und Dienststellenleitungen, die das tatsächlich ganz konsequent durchziehen. Die haben für sich die klare Regelung ausgesprochen. Da gibt es gar nichts mehr. Da gibt es auch nicht die Unterscheidung besondere Anlässe oder weniger besondere Anlässe.“ 1-9-ÖV-ü10T-KO-BGM

Die Herausforderung, einen gangbaren Weg für eine umsetzbare Regelung zu finden, ist besonders groß, wenn es um die Erstellung einer Rahmen- oder Gesamtvereinbarung geht, wie es bei einigen Beispielen der Fall ist:

„Da wir im Nachgang [der DV] bei allen Einheiten die örtlichen Vereinbarungen [...] angefordert haben, um so einen Überblick darüber zu haben, was dort abgeschlossen worden ist, kann ich was dazu sagen. Da ist festzuhalten, dass der Gestaltungsspielraum, den wir an bestimmten Stellen aufgemacht haben, auch genutzt worden ist. Also der Rahmen ist überall eingehalten worden [...]. Dann ist aber die Frage, welchen Rahmen mache ich auf [...]. Und da gibt es aber dann noch mal eine Bandbreite, wie weit sie diesen Rahmen jetzt aufgemacht haben [...].“ 10-8-VB-ü10T-GPR

Eine Besonderheit findet sich im unten aufgeführten Beispiel, in dem die Beschäftigtenvertretungen mit in die Verantwortung genommen werden:

„Eines der Themen [...], was extrem Stress verursacht hat, das war der Suchtmittelkonsum bei Betriebsfeierlichkeiten, Weihnachtsfeiern, Freitagnachmittags. [...]

Und dann kamen wir mit der Regelung, dass eine verantwortliche Führungskraft zu benennen ist, dass eine schriftliche Genehmigung von der Bereichsleitung vorliegen muss und es bei dem örtlichen Betriebsrat angemeldet wird [...].

Am Anfang war es eine Riesenwelle, die von Führungskräften kam. Das muss man aushalten. Mittlerweile ist es ganz okay.“ 7-21-VD-b5T-KO-BGM

In der Anlage zur BV findet sich dazu die folgende Passage:

„Allgemeine Bestimmungen für die Mitarbeiter der [Firma]
Umgang mit Alkoholkonsum zu besonderen betrieblichen Anlässen, Feierlichkeiten und Ausschank von Alkoholika im Rahmen von dienstlichen Veranstaltungen.

Bei allen Feierlichkeiten, besonderen betrieblichen Anlässen und Festen während der Arbeitszeit innerhalb und außerhalb des Betriebsgeländes, verbleibt die [Firma], soweit es sich um eine betriebliche Veranstaltung handelt, grundsätzlich immer in der Fürsorgeverantwortung.

Betriebliche Veranstaltungen, bei denen alkoholische Getränke ausgeschenkt werden, bedürfen daher bei bereichsinternen Veranstaltungen der vorherigen schriftlichen Genehmigung durch den jeweiligen Bereichsleiter und den örtlichen Betriebsrat. Bei übergreifenden Veranstaltungen ist die schriftliche Genehmigung durch die Geschäftsführung und die Zustimmung des GBR [und weiterer Beschäftigtenvertretungen] erforderlich.

In jedem Fall ist eine verantwortliche Führungskraft zu benennen und durch geeignete Maßnahmen muss die Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften, hier insbesondere die Vermeidung von Wegeunfällen, sichergestellt werden.“

→ BV-VD-b3T-2013 (Anlage)

Hintergrund für dieses Vorgehen ist das Bestreben, einen Entwicklungsprozess in Richtung des verantwortlichen Umgangs mit Suchtmitteln in Bewegung zu bringen:

„Der Betriebsrat ist bei der Genehmigung von Feierlichkeit auf jeden Fall miteinzubinden. Da muss man schon darauf achten, dass sie jetzt keine Blankoschecks austeilen. Aber das wirkt [...]. Die sind ja auch einbezogen bei Feierlichkeiten [...]. Und so stehen sie auch eher zu dem, was von ihnen unterschrieben ist.“ 7-22-VD-b5T-KO-BGM

Bei den neu entwickelten oder überarbeiteten BV/DV fällt auf, dass der Rahmen des Umgangs mit Suchtmitteln im Betrieb häufig detaillierter beschrieben wird und präziser gefasst ist. Dabei wird auch auf die Erfahrungen aus der bisherigen Umsetzungspraxis zurückgegriffen:

„Dann noch der Punkt Alkoholverbot. Da hat sich wieder positiv ausgewirkt, dass wir da erfahrene Leute in der Arbeitsgruppe hatten. Von Vertretern der [AfS] waren Leute aus der [Verwaltung] mit drin, die Außenprüfungen machen. Die haben diesen Aspekt vom Außendienst, der ja durchaus auch für andere Dienststellen von Bedeutung ist, mit hineingebracht [...]. Sie wollten die Formulierung zu Dienstfahrten und Besprechungen haben; das war ihnen wichtig.“ 1-9-öV-ü10T-KO-BGM

Die entsprechende Regelung in der DV umfasst jetzt auch Dienstfahrten und lautet:

„Umgang mit Suchtmitteln [...]

(2) Die Aufnahme und Durchführung der Arbeit/des Dienstes unter Einfluss von Alkohol oder illegalen Drogen ist nicht erlaubt.

(3) Während der Arbeits- und Dienstzeit, in dienstlichen Räumen, bei Dienstfahrten/-gängen und in Besprechungen ist der Konsum von alkoholischen Getränken und anderen abhängig machenden Substanzen nicht erlaubt.

Ausnahmen hiervon bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung der Dienststellenleitung im Einzelfall (z. B. bei Jubiläen oder Verabschiedungen).“

➔ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

In einer Reihe von BV/DV wurden die traditionellen Konsumregelungen erweitert um den Appell zur Punktnüchternheit oder teilweise auch um das Gebot der Nüchternheit bei der Arbeit.

Nach dem Konzept der Punktnüchternheit sind alle dazu aufgerufen, risikanten Konsum von Suchtmitteln zu vermeiden und in bestimmten Situationen auf die Beeinflussung durch berauschende Mittel ganz zu verzichten. Dazu gehören unter anderem der Straßenverkehr sowie die Arbeitssituation. Es wird im Prinzip kein Verbot ausgesprochen, das auf Einhaltung hin kontrolliert werden und bei Verstößen mit Sanktionen belegt werden müsste. Punktnüchternheit ist eine Aufforderung zum verantwortlichen Handeln:

„Grundsätze zu einem verantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln und anderen berauschenden Mitteln

Der Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol, Medikamenten und Drogen gehört bereits in kleinen Mengen zu den Faktoren, durch die nachweislich Leistungsfähigkeit, Qualität der Arbeit und Arbeitssicherheit massiv beeinträchtigt werden können.

Aufgrund der erheblichen Sicherheitsrisiken, der gesetzlichen Anforderungen, der Fürsorgeverantwortung gegenüber allen Beschäftigten und der Sicherheits- und Qualitätserwartungen der Kunden, erwarten Unternehmen und Mitarbeitervertretungen auch unabhängig von gesetzlichen Regelungen und Bestimmungen, dass Beschäftigte der [Firma] ohne Beeinträchtigungen von Suchtmitteln ihre Arbeit antreten und auf den Konsum von Suchtmitteln verzichten.“

→ BV-VD-b3T-2013

Anders steht es mit dem Nüchternheitsgebot bei der Arbeit. Dabei handelt es sich um eine konkrete Variante des Suchtmittelverbots, die sich nicht darauf beschränkt, den Konsum berauschender Mittel in der Arbeitssituation zu regeln, sondern die jede Art von Arbeit unter dem Einfluss von Alkohol untersagt:

„Umgang mit Suchtmitteln

[...]

(2) Die Aufnahme und Durchführung der Arbeit/des Dienstes unter Einfluss von Alkohol oder illegalen Drogen ist nicht erlaubt.“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

Verstöße gegen das Nüchternheitsgebot können wie beim Konsumverbot als Verstoß gegen die Ordnung des Betriebes entsprechend disziplinarisch gehandelt werden.

„Punktnüchternheit“ oder „Null Promille am Arbeitsplatz“ kann als Prinzip auch ergänzend zum Konsumverbot im Betrieb beworben werden. Vor allem dort, wo eingeschränkte Verbote bestehen, sollte es selbstverständlicher Bestandteil der Betriebskultur werden:

„Was das Thema Punktnüchternheit angeht, steht das eigentlich fast überall drin. Dann bleibt aber die Frage: Wann darf Alkohol vor Ort getrunken werden? Da gibt es Vereinbarungen, die sagen: ‚Gar nicht.‘ Und es gibt – gefühlt – in der überwiegenden Mehrheit Vereinbarungen, die Anlässe aufgelistet haben. Und da gibt es aber dann noch mal eine Bandbreite, wie weit sie diesen Rahmen jetzt aufgemacht haben [...].“ 10-8-VB-b8T-GPR

Eine zentrale Rolle spielt dabei das Vorbildverhalten der Führungskräfte und die aktive Unterstützung der Beschäftigtenvertretungen. Beide Parteien kommen als Promotoren für den verantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln und der Punktnüchternheit infrage, die ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Zusammenhänge informieren und von dem Präventionsgedanken überzeugen. Verbindliche Regeln, die mit den Beschäftigten abgestimmt werden, können dann zu einem verantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln aus Überzeugung beitragen. Die Akzeptanz der Empfehlung zur Punktnüchternheit scheint vergleichsweise hoch zu sein, was in den Interviews mit einer erhöhten Sensibilität unter den Beschäftigten in Verbindung gebracht wird:

„In der Umsetzung klappt das wohl ganz gut. Ich finde, man merkt, dass mit einer höheren Sensibilität mit diesem Thema ‚Wann trinkt man zu welcher Festivität vor Ort Alkohol?‘ umgegangen wird. Das heißt nicht, dass es gar keinen mehr gibt, aber schon eher so: ‚Muss es? Passt es? Wie viel?‘ Das ist für mich schon eine Entwicklung im Vergleich zu dem, was wir vorher hatten [...]. Also es war bei uns am Anfang mit zum Teil erheblichen Widerstand verbunden. Aber ich würde trotzdem eine ganz klare Empfehlung aussprechen, diesen Weg zu gehen, in Gespräche einzutreten, die Diskussion darüber zu führen, aber nicht mit so einem Schwarz-weiß-Blick da ranzugehen.“ 10-9-VB-b8T-GPR

In der folgenden Vereinbarung wird generell ein Appell zur Punktnüchternheit aufgeführt. Daneben existieren weitere sehr differenzierte Regelungen für einzelne Suchtmittel sowie Situationen:

„Verantwortlicher Umgang mit Alkohol und anderen berauschenden Mitteln

1. Konsumregelung

Aus Gründen der Arbeitssicherheit dürfen sich Beschäftigte durch den Konsum von Alkohol, Medikamenten, Drogen oder anderen berauschenden Mitteln nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können. [...] Zu diesem Zwecke sprechen die Betriebsparteien für das Betriebsgelände im [Betrieb] ein relatives Alkohol- und Medikamentenverbot, einen ‚Appell zur Punktnüchternheit‘ für alle Suchtmittel sowie ein Verbot für illegale Drogen aus. Diese Konsumregelung gilt für alle Mitarbeiter im [Betrieb] einschließlich der Auszubildenden und für alle zeitweise im Betrieb tätigen Personen (z.B. Studenten, Praktikanten, Arbeitnehmer nach [dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz]). [...] Über Ausnahmen von dieser Konsumregelung für betriebsbezogene Veranstaltungen außerhalb der Arbeitszeit oder bei bestimmten betrieblichen Anlässen gelten die Regelungen der Organisationsfestlegung [...] ‚Ehrungen im Betrieb‘.

2. Verbot von Alkohol in Teilbereichen

Sofern nicht ohnehin gesetzlich geregelt, kann die jeweils zuständige Personalabteilung nach Information mit der internen Beratungsstelle für Sucht und Soziales und mit Zustimmung des Betriebsrates wegen zwingender Erfordernisse des Betriebes in Teilbereichen ein absolutes Alkoholverbot aussprechen. Diese Bereiche sind in der Anlage [...] aufgeführt.

3. Ausgabe von Medikamenten/Verkauf von Alkohol

Die Ausgabe von Medikamenten im Betrieb erfolgt ausschließlich durch den Werksärztlichen Dienst. Einmal im Jahr berichtet die Leitung des Werksärztlichen Dienstes dem Arbeitskreis Suchtprävention über Auffälligkeiten, die sich im Zusammenhang mit der Medikamentenausgabe ergeben haben, mit dem Ziel, notwendige Präventionsmaßnahmen abzuleiten.

Daraus resultierende Maßnahmen definiert und steuert der Arbeitskreis Suchtprävention [...].

Der Verkauf von Alkohol in den Versorgungsautomaten, Betriebsrestaurants und Shops ist nicht gestattet. Die Ausnahmen von dieser Regelung sind in der Organisationsfestlegung [...] ‚Ehrungen im Betrieb‘ geregelt.“

➔ Maschinenbau, 050102/250/2016

Gleich mehrere Aspekte heben sich in diesem Passus der BV von anderen Vereinbarungen ab. Da ist zum einen die Tatsache, dass die Regelung unter Punkt 1 explizit auch auf Personen ausgeweitet wird, die nicht zur Belegschaft zählen, sondern beispielsweise nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz nur zeitweise im Betrieb beschäftigt sind:

„Es gibt eine gelebte Praxis. Jeder unserer Dienstleister auf dem Werksgelände bekommt über den Einkauf in seiner Dienstleistungsvereinbarung ein Regularium mitgeliefert. Darin heißt es sogar ‚absolutes Verbot von Alkohol‘.“ 3-31-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Zum anderen ist das Modell der Medikamentenausgabe zu erwähnen. Sie bleibt nach der Regelung unter Punkt 3 zum einen auf den Betriebsarzt beschränkt und wurde zum anderen mit einer Rückmeldeschleife versehen. Aufgrund eines jährlichen Berichts vom betriebsärztlichen Dienst kann der Arbeitskreis Suchtprävention gegebenenfalls weitere konkrete Präventionsaktivitäten initiieren.

Schließlich ist die zitierte Regelung zum „Verantwortlichen Umgang mit Alkohol und anderen berauschenden Mitteln“ aufgrund ihrer erheblichen Komplexität besonders hervorzuheben. Wie schon erwähnt, sind manche der neueren Vereinbarungen auffällig detaillierter in puncto Konsumregelung gefasst. In ihrer Anwendung werden sie dadurch jedoch nicht unbedingt einfacher.

Nach Aussagen der Interviewten löst der vorliegende Vereinbarungstext auch bei den betrieblichen Führungskräften häufig Fragen aus. Besonders die Umgehung eines generellen Alkoholverbots bedarf nach Ansicht der Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe der Erläuterung, um die dahinterliegenden Überlegungen nachvollziehbar zu machen:

„Das hat mehrere Gründe. Der Hauptgrund [...] war unsere Befürchtung, daraus könnte ein Denunziantentum entstehen. Und dann muss ich ja jeden Verstoß in irgendeiner Weise ahnden. Und die Nachhaltigkeit kann ich auch nicht gewährleisten [...]. Wir ha-

ben ja noch Ausnahmen. Und dann ist es schwierig [...]. Wir wollen eher ein Verständnis erzeugen bei unseren Mitarbeitern und sagen: ‚Hier herrscht Nüchternheit in dem Werksgelände.‘ Mit einem Alkoholverbot kann ich nur regeln, hier wird kein Alkohol getrunken und es wird nichts mit reingebracht. Was jemand in seiner Freizeit macht, ja, also Restalkohol, das kann ich nicht regeln mit dem Verbot.“ 3-31-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Die Aussage verweist auf ein generelles Problem. Für die Personalverantwortlichen ist ein generelles Alkoholverbot sehr viel einfacher zu handhaben, wenn es konsequent umgesetzt werden kann. Das ist aber nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Gerade in großen Betrieben mit dezentralen, teils überregionalen Strukturen und räumlich getrennten weitgehend selbstständig arbeitenden Einheiten sind generelle Alkoholverbote schwer kontrollierbar. Da bedarf es eines hohen Maßes an Sensibilisierung und an Disziplin der Beschäftigten, den gebotenen Regeln zu folgen. In solchen Fällen führt kein Weg daran vorbei, mit den Beschäftigten daran zu arbeiten, selbstverantwortlich zur eigenen Sicherheit und Gesundheit nicht unter dem Einfluss von Suchtmitteln zu arbeiten. Dafür müssen sie sich selbst über die Zusammenhänge informieren und mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ins Gespräch gehen – zum Beispiel im Rahmen einer Unterweisung (vgl. Kapitel 5.4.3).

Als Fazit der vorherigen Ausführungen ist die Annahme berechtigt, dass die verschiedenen Ausnahmerebedingungen in den BV/DV nicht selten dazu führen, dass das Verfahren irgendwann nicht mehr für alle Beschäftigten und selbst nicht für Führungskräfte transparent ist. Im Sinne der Handlungssicherheit der Personalverantwortlichen (vgl. Kapitel 4.1.2) fehlt in der Folge die notwendige solide Grundlage. Wenn sich dann eine unterschiedliche Handhabung der Konsumregelung in der Praxis einschleicht, führt das schnell zu unsicheren und konfliktbelasteten Situationen. Die Antwort auf die Frage, ob es eine konsequente Umsetzung des Alkoholverbots im Betrieb gebe, fällt dann – wie im folgenden Beispiel – recht vage aus, soweit es nicht sicherheitsrelevante Bereiche betrifft:

„Also meine Antwort ist: Eigentlich ja, ne, aber. Ich bin mir nicht so sicher, ob es so konsequent gehandhabt wird. Ich weiß nicht, wenn ich jetzt im Personalbereich nachfrage, ob die aufs Wort sagen können: ‚Das steht da und da und deswegen machen wir das so.‘ Aber im Fahrdienst gibt es ein absolutes Alkoholverbot.“ 8-6-VD-b5T-SB

In einem weiteren untersuchten Betrieb läuft es demgegenüber geradezu umgekehrt. Dort geht der überwiegende Teil der Beschäftigten davon aus, dass ein Alkoholverbot mit Ausnahmeregelung existiert, und verhält sich auch weitgehend danach, obwohl die frühere Regelung gar nicht mehr gültig ist. Daran lässt sich gut belegen, wie nachhaltig eine Konsumkultur das konkrete Verhalten prägen kann.

5.5 Qualitätssicherung der Arbeit der Einrichtung



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

Im Rahmen des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms sehen die BV/DV für die betrieblichen Einrichtungen auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung ihrer Arbeit vor. Neben den Regelung zur Struktur der Einrichtung, ihrer personellen und materiellen Ausstattung hinaus sind für die Sicherung eines professionellen Angebotes in der Suchtprävention und Suchtberatung weitere Aspekte von Bedeutung. So bestehen für die Sozialberatung und Suchthilfe z. B. über die verschiedenen Berufsfelder hinweg ethische Standards, die zumindest ansatzweise auch in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe Eingang gefunden haben.

Als leitendes ethisches Prinzip der Beratung sowie des Unterstützungsangebots der betrieblichen Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe wird mehrfach die „Hilfe zur Selbsthilfe“ eingefordert bzw. in der BV/DV programmatisch als ein Ziel deklariert:

„Organisation der betrieblichen Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe

[...]

Nach dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe soll die Beratung und Unterstützung die Eigenverantwortlichkeit von Betroffenen stärken.“

➔ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

In einem betrieblichen Modell sind die ethischen Leitlinien für die Sozial- und Suchtberatung umfänglicher in die DV aufgenommen worden:

„Ethische Prinzipien

Die Arbeitskonzeption und die konkrete praktische Arbeit der Betrieblichen Sozial- und Suchtberatung, insbesondere die Beratungstätigkeit, hat sich an den nachfolgenden ethischen Prinzipien auszurichten:

- Prinzip der Nicht-Schädigung und der Fürsorge einschließlich der Wahrung absoluter Anonymität und Vermeidung jeglicher Grenzverletzung;
- Prinzip der Autonomie und Selbstverantwortung durch Achtung der Würde und Persönlichkeit jeder Klientin/jedes Klienten;
- Prinzip der uneingeschränkten Akzeptanz und Respektierung von individuell differierenden Formen von Lebensgestaltung sowie Lebens- und Problembewältigung;
- Prinzip der Achtung und Stärkung der Handlungs- und Entwicklungsfähigkeit jeder Klientin/jedes Klienten.“

→ Bildungseinrichtung, 050102/248/2011

Zu den Standards und zugleich zu den Instrumenten für die Qualitätssicherung gehören darüber hinaus die Supervision für haupt- und nebenamtliche Beratungskräfte und Ansprechpersonen sowie das Coaching für die Koordinations- und Beratungstätigkeit.

Ebenso ermöglicht eine gute interne Vernetzung, insbesondere innerhalb des betrieblichen Unterstützersystems, dass die Einrichtung mit ihren Informations- und Beratungsangeboten erstens auf die breite der Bedarfe in der Organisation reagieren und sie zweitens auf die Bedürfnisse der Beratungssuchenden abstimmen kann. Gemeinsam mit den Betroffenen und anderen internen Fachkräften können Lösungswege für viele gesundheitliche, persönliche oder soziale Problemstellungen entwickelt werden.

Die Beteiligung an überbetrieblichen und/oder externen Netzwerken zur Suchtprävention, zur Arbeitssicherheit und Gesundheit ermöglicht darüber hinaus den fachlichen Austausch und hält den Wissensstand sowie die professionellen Fähigkeiten von haupt- und nebenamtlichen Beratungskräften und Ansprechpersonen aktuell.

5.5.1 Erfolgsfaktor Qualitätssicherung durch Supervision und Coaching



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„Die Supervision ist ja eigentlich so ein bisschen drüber über dem Ganzen.“ 4-14-BE-b5T-SB/NA/NA

Die haupt-, aber auch die nebenamtliche Tätigkeit in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe bewegt sich zu großen Teilen zwischen personen- und organisationsbezogener Beratung und stellt damit eine Form von psychosozialer Arbeit dar. Für diese gelten in den verschiedenen Anwendungsfeldern spezifische Anforderungen der Qualitätssicherung. Neben einer qualifizierenden Ausbildung ist dies häufig eine kontinuierliche Praxis- und Projektbegleitung. Als Standard dafür haben sich im Bereich der Organisations- und Sozialberatung die Formate Supervision und Coaching durchgesetzt.

Supervision ist ein wissenschaftlich fundiertes praxisorientiertes Konzept für personen- und organisationsbezogene Beratung in der Arbeitswelt. Sie hilft komplexe Situationen zu bewältigen, der Vielfalt der Anforderungen gerecht zu werden, unter Druck und Verunsicherung handlungsfähig zu bleiben und ethische Grundsätze der Beratung zu berücksichtigen. In der Supervision werden Fragen, Problemfelder, Konflikte und Fallbeispiele aus dem beruflichen Alltag angesprochen. Ziel ist unter anderem eine Erweiterung der Perspektiven, die Veränderung von Einstellungen und Verhalten sowie die Verbesserung der Beziehungsqualität in der Zusammenarbeit (vgl. DGSV 2012).

Coaching ist ein Ansatz professioneller Beratung mit dem Ziel, organisationale und persönliche Kompetenzen und Potenziale sowie Handlungsoptionen zu erweitern, die eingesetzt werden können, um Entwicklungsprozesse zu initiieren und zu begleiten. Ziel ist es unter anderem, das Verständnis von komplexen Anforderungssituationen zu erweitern, Auftrag, Rolle, Verantwortung und Handlungsrahmen zu reflektieren, verschiedene Handlungsoptionen zu entwickeln sowie Lösungen auf personaler und systembezogener Ebene zu finden und Impulse zu geben diese umzusetzen (vgl. Ajdukovic et al. 2015).

Für betriebliche Beratungseinrichtungen wird Supervision insbesondere für die Fach- und Beratungskräfte sowie die AfS bereitgestellt. In einer Reihe von BV/DV ist das Angebot bereits explizit verankert:

„Interne Beratungsstelle für Sucht und Soziales
[...]

Den in der internen Beratungsstelle für Sucht und Soziales tätigen Personen ist nach Genehmigung durch den jeweiligen Vorgesetzten die Möglichkeit zur fachbezogenen Qualifizierung und Supervision zu geben.“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

„Fortbildung
[...]

Die oder der Suchtbeauftragte und die Ansprechpartner Sucht erhalten für ihre Tätigkeit regelmäßige Supervision.“

→ Bildungseinrichtung, 050102/206/2007

In einigen Betrieben wird die Teilnahme an Supervision wie bei Qualifizierungsmaßnahmen sogar zur Verpflichtung gemacht. Festgelegt wird dies entweder in der BV/DV, in der Arbeitsplatzbeschreibung der Hauptamtlichen oder bei der Bestellung der Nebenamtlichen:

„Betriebliche/r Sozial- und Suchtberater/in
[...]

Die Sozial- und Suchtberaterin/ der Sozial- und Suchtberater hat die Verpflichtung und erhält die Möglichkeit zur fachspezifischen Fortbildung und Supervision.“

→ Bildungseinrichtung, 050102/248/2011

Für die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Suchtpräventionsprogramms macht eine verbindliche und kontinuierliche Praxisbegleitung durch Supervision und/oder Coaching auch Sinn. Im betrieblichen Alltag ist die notwendige professionelle Reflexion schon deshalb nicht gewährleistet, weil erstens in den Betrieben nur selten mehr als eine professionelle Fach- oder Beratungskraft für Suchtprävention und Suchthilfe tätig ist und zweitens die dort tätigen Haupt- und Nebenamtlichen der Schweigepflicht unterliegen, was die Beratungsanfragen sowie -fälle betrifft:

„Und was meine Person ausmacht, dass ist [...] eben, was ich für die meisten sichtbar gemacht habe, dass ich als sehr vertrauenswürdig und verschwiegen gelte.“ 9-22-KH-b1T-NA/BR

Was einerseits die Qualität und Akzeptanz der Arbeit in der Beratung sichert, verhindert auf der anderen Seite, dass die Beratungskraft bzw. die AfS die üblichen Wege des kollegialen Austausches wählen kann. Um die eigene Beratungsarbeit systematisch zu reflektieren und sich in belastenden Beratungsprozessen sachliche und emotionale Unterstützung zu holen, ist sie gezwungen, sich – meist außerhalb des Betriebes – professionelle supervisorische Begleitung zu organisieren oder ein Korrektiv in fachöffentlichen Austausch zu suchen.

In größeren Einrichtungen mit dem Kooperationsmodell von Haupt- und Nebenamtlichen werden dagegen die in den Interviews beschriebenen regelmäßigen „Praxisberatungen“ (8 Mal im Jahr) oder der „Erfahrungsaustausch“ (monatlich) bzw. das „Teamtreffen“ (wöchentlich) intern durchgeführt und von der/einer hauptamtlichen Kraft begleitet (vgl. Kapitel 5.2.4). In solchem Rahmen kann sowohl anonymisiert über Beratungsfälle als auch über andere Fragen oder Problemstellungen aus der Arbeit vor Ort gesprochen werden. In größeren Abständen (1 bis 2 Mal jährlich) besteht in einigen Betrieben zusätzlich noch das Angebot der Supervision unter der Leitung von externen Supervisionskräften:

„B1: Wichtig für unseren Erfolg ist [...] dann weiterhin Fallbesprechungen und Supervision zu machen [...]. Manchmal verfallen Menschen in das Helfersyndrom oder in ein Co-Verhalten. Da ist es gut, die eigene Grenze wieder zu erkennen.

B2: Genau, die Erdung, das ist immer wichtig, um sich den Schuh nicht anzuziehen und konsequent handeln zu können.“ 14-40-FB-ü10T-SB/NA/NA

Der Unterschied zwischen den beiden Angeboten der Praxisbegleitung kommt in folgender Aussage zum Ausdruck:

„Von der Supervision weiß ich jetzt nur über die Kontakte zu den [externen] Supervisoren. Sie gehen, wenn es um einzelne Fallsupervisionen geht, anders in die Tiefe, als wir es im Erfahrungsaustausch tun. Da geht es schon auch um persönlichere Themen [...]. In der

Supervision werden manchmal auch Themen angesprochen, die nicht unbedingt etwas mit der eigentlichen Rolle zu tun haben.“
1-19-öV-ü10T-KO-BGM

Der spezifische Ansatz der Supervision sieht vor, dass bei der Reflexion beruflicher Erfahrungen sowohl der systemische Blick auf die Organisation als auch die Erfahrungen auf der persönlichen Ebene einbezogen werden. Dieser Teil der Selbstreflexion kann anfangs für AfS, die nicht aus psychosozialen Zusammenhängen kommen, sondern z. B. aus technischen, Berufen durchaus gewöhnungsbedürftig sein:

„Das war natürlich Neuland. [...] Am Anfang da fand ich das irgendwie fehl am Platze [...]. Mittlerweile weiß ich, dass das sehr wichtig ist und mir auch persönlich gut tut. Und von daher möchte ich das auch nicht missen.“ 4-14-BE-b5T-SB/NA/NA

Der unmittelbare Gewinn, der neben der professionellen Klärung und Kompetenzerweiterung aus der Supervision gezogen werden kann, ist für viele Beteiligte auch das Erleben von sozialer Nähe und intensiven Kontakten im Arbeitskontext, was sich zugleich stabilisierend und motivierend auf die eigene persönliche Weiterentwicklung auswirkt:

„Stolz sind wir auch, dass wir in dem System mitarbeiten können, weil es uns persönlich auch eine Menge gibt. Es ist ja nun nicht so, dass wir nur geben, wir bekommen ja auch viel [...]. Also diese emotionale Ebene, auf der wir arbeiten, davon profitieren wir auch.“
14-41-FB-ü10T-SB/NA/NA

In den Kooperationsmodellen findet die Supervision in der Regel in Gruppen zwischen drei und 30 Personen statt, wobei darauf hingewiesen wird, dass es bei Bedarf auch noch im Einzelfall Unterstützung gibt. Bei größeren Betriebseinheiten finden zum Teil auch parallele Gruppen statt:

„Wir haben drei Supervisionsgruppen für die Gruppensupervision. Die sind besetzt mit ungefähr vier bis acht Leuten.“ 1-19-öV-ü10T-KO-BGM

Den gemeinsamen Prozess in der Supervisionsgruppe erleben die Beteiligten oftmals besonders intensiv. Das wirkt sich auch für die weitere Zusammenarbeit aus:

„B1: Dass wir das nicht nur persönlich, sondern mit einer Gruppe das gemacht haben, finde ich gut [...]. Ich finde die Gruppe ist absolut wichtig.

B2: Es steigert auch das Zusammenhörigkeitsgefühl. Und von daher halte ich eine Gruppensupervision, in der so eine Gruppendynamik entsteht, mit Sicherheit für die bessere.

B3: Jeder hat ja seine Einschätzung von sich selbst oder von dieser Thematik. Und wenn man in einer Gruppe sitzt, sind alle beteiligt. Dann heiß es auch mal: ‚Sehe ich aber gar nicht so.‘

B2: Ich denke diese Miteinanderarbeit ist wichtig. Das Fachliche läuft ja eher auf den Fortbildungen.“ 4-14-BE-b5T-SB/NA/NA

In einzelnen Beispielen sind die Übergänge von Supervision und Weiterbildung bei den Gruppentreffen fließend:

„Die Supervision macht die Fachaufsicht. Da werden dann auch Fälle besprochen. Durch sie werden aber auch Schulungen der Suchthelfer vorgenommen, zum Beispiel zu therapeutischen Vorgehensweisen oder ‚wie erkenne ich psychischen Auffälligkeiten, illegalen Drogenmissbrauch?‘ Das wird regelmäßig wieder geschult.“
7-17-VD-b5T-KO-BGM

Für die strategischen oder organisationsbezogenen Aufgaben haben sich einige Interviewbeteiligte neben der Supervision auch noch ein Coaching organisiert, entweder für sich als Einzelperson oder als Mitglied in einer Coaching-Gruppe:

„Bei organisationsentwickelnden Maßnahmen arbeiten wir sehr eng mit [dem externen Berater] in verschiedensten Bereichen zusammen. Er unterstützt mich auch als Coach. Dadurch können wir in der Organisation sehr viele Dinge transportieren, weil er auch meine Bedürfnisse und Ziele letztendlich gut kennt. Er hält sich aber aus den fachlichen und therapeutischen Aspekten völlig raus.“
7-17-VD-b5T-KO-BGM

Sowohl für die hauptamtlichen Koordinations- oder Beratungskräfte, die allein in einem Betrieb arbeiten, als auch für die nebenamtlichen AfS, die allein bzw. in einem Team tätig sind, ist die Supervision fast noch wichtiger als im Kooperationsmodell. Denn der fachliche Austausch und der eigene Beratungsbedarf können dann nur in Kooperation mit externen Stellen oder Anbietern in einem professionellen Setting abgedeckt werden. Letztere verfügen jedoch oftmals nicht über spezifische Erfahrungen mit betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen.

Dem Anspruch, in der Supervision auf Berater oder Beraterinnen zurückzugreifen, die sich auch mit den Besonderheiten der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe auskennen, kann dabei nicht immer entsprochen werden. Verbunden mit einer breiten Schwerpunktsetzung in der Beratungsarbeit – so die Hypothese – kann das vor allem bei Hauptamtlichen dazu führen, dass die Supervision nicht dazu beiträgt, die Tätigkeit und das Engagement im Suchtbereich hinreichend zu beleuchten und blinde Flecken kritisch zu reflektieren.

Die Qualitätssicherung ist erst recht nicht mehr gewährleistet in solchen betrieblichen Einrichtungen, in denen eine Supervision oder andere Formen der Praxisbegleitung gar nicht vorgesehen sind bzw. auch keine Ressourcen dafür bereitgestellt werden.

Besonders kurzichtig erscheint die Sichtweise von haupt- bzw. nebenamtlichen Kräften, die eine einschlägige Qualifizierung und supervisorische Begleitung nicht für erforderlich halten. Obwohl sie über eine Beratungsausbildung verfügen, stehen ihnen damit noch nicht die einschlägigen Kompetenzen für die betriebliche Arbeit zur Verfügung. Das zeigte sich im Interview, wo selbst bei einer langjährig tätigen Fachkraft Unsicherheiten im Umgang mit rechtlichen Fragen und in der Anwendung des Interventionsverfahrens deutlich wurden. Wie wichtig eine spezifische Qualifizierung ergänzt durch den supervisionsgestützten Blick auf die Praxis in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe sein kann, beschreibt auch die Beobachtung einer anderen AfS, die sie in ihrem Erfahrungsumfeld gemacht hat:

„Dafür finde ich es auch wirklich wichtig, dass man so eine Schulung genießt, die einem das geradezu eingebläut hat, nicht in solche Fallen zu tappen und konsequent zu bleiben. Man hat es ja in der [Ausbildungs-]Gruppe gesehen. Es waren einige Kandidaten dabei, wo ich gedacht habe: ‚Wow, du, da pass mal auf. Wenn du so daran gehst, hat der [Betroffene] dich schneller in dem Strudel drin, als du

gucken kannst! Und du kommst nicht wieder raus aus der Nummer. Dann hat der Mitarbeiter dich so eng eingekesselt, dass du mit dem Rücken nah an der Wand stehst und nicht mehr weißt, wo es langgeht.“ 13-49-öV-b5H-NA/NA/NA

In der Kombination von einschlägiger Ausbildung mit Praxis begleitender Supervision können Hürden und Widerstände im Präventions- und Beratungshandeln leichter überwunden oder konstruktiv gelöst werden. Als weiterführend erweisen sich auch unterstützende Kontakte in internen und externen Netzwerken, die äußerst hilfreich sein können für die eigene Stabilität in der herausfordernden Rolle als Beratungskraft oder AfS und für die Ausweitung und Aktualisierung der professionellen Angebote in der Suchtprävention und Suchthilfe.

5.5.2 Erfolgsfaktor Vernetzung in internen und externen Netzwerken



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku3>

„Wenn man so die Literatur von früher in die Hand nimmt, haben wir uns das eigentlich immer gewünscht dieses Eingebundensein im Gesundheitswesen und in die Strukturen, damit das Suchtthema auch bei HR und auch bei den Betriebsräten verankert ist sowie auch im Bereich der Führungskräfte. So lebt das Thema.“ 14-13-FB-ü10T-SB/NA/NA

Für den Erfolg des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms sowie die Arbeit der betrieblichen Einrichtung zur Umsetzung der BV/DV ist eine gute interne Vernetzung von herausragender Bedeutung. Über lange Zeit hatten „die mit der Sucht“ im Betrieb eine besondere, aber zugleich doch eher randständige Rolle. Heute werden sie viel selbstverständlicher als Teil eines um-

fassenderen betrieblichen Unterstützersystems wahrgenommen, das sich mit verschiedenen arbeitsbezogenen gesundheitlichen Themen und sozialen Problemlagen von Beschäftigten befasst. Allein die aktuellen Herausforderungen und Folgen psychischer Belastungen und Erkrankungen erfordern ein eng vernetztes Arbeiten.

Je nach Größe und Struktur des Betriebes sind neben der Sozial- und Suchtberatung sowie den AfS im Rahmen ihrer Aufgaben das Gesundheitsmanagement, die Betriebsärzte, die Personalabteilung, das BEM-Team, die Gesundheitsförderung, der Arbeitsschutz, Beauftragte, Interessenvertretungen und weitere interne Beratungsangebote am Unterstützersystem beteiligt. Auch die zuständigen Vorgesetzten sind sukzessive einbezogen. Darüber hinaus können Personal- und Organisationsentwicklung, in einigen Organisationen auch das Qualitätsmanagement unterstützend mitwirken.

Für spezifische gesundheitliche Probleme kann durch Kooperation mit externen Fachkräften Beratung organisiert werden. Bei Bedarf kann darüber schneller der Weg ins externe Beratungs- und Behandlungssystem geebnet werden:

„Zum Gesundheitsmanagement gehören bei uns Kollegen, die sich um bestimmte Projekte kümmern, die betriebliche Sozial- und Suchtberatung, sowie Kollegen, die sich um das BEM kümmern. Es gibt auch eine Physiotherapie [...] und auch eine Psychologische Sprechstunde [...]. Wenn wir feststellen, dass Sozialberatung nicht ausreicht, können wir direkt in weiterführende Hilfe vermitteln beziehungsweise das Netzwerk der Klinik nutzen, mit der wir ambulant zusammenarbeiten.“ 14-10-FB-ü10T-SB/NA/NA

An verschiedenen Stellen des Berichts wurden bereits Beispiele beschrieben, wie günstig sich die Zusammenarbeit im BGM unter anderem auf die Steuerungsprozesse und die Arbeitsgrundlagen der Einrichtung auswirken kann (vgl. Kapitel 3.2.2). Es wurde aufgezeigt, wie sich die Bedingungen für ein kooperatives themenübergreifendes Angebot in der Prävention (vgl. Kapitel 5.4.1) und für eine Erweiterung der Beratungsangebote für die Beschäftigten z.B. in Konfliktsituationen oder zur Bewältigung psychischer Belastungen (vgl. Kapitel 5.3.1 bis 5.3.3) entwickeln können. Bei guter Zusammenarbeit lassen sich die Wirkungsmöglichkeiten der Einrichtungen dadurch erheblich erweitern. Deshalb wird in den Standards der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe (DHS 2011, S. 82 f.) empfohlen, auf eine enge Kooperation und Vernetzung unter den genannten Bereichen hinzuwirken.

Besonders häufig werden in den Interviews die Vernetzungen innerhalb des betrieblichen Gesundheitsmanagements hervorgehoben. Das ist nicht verwunderlich, weil das Suchtpräventionsprogramm und die psychosoziale Beratung zwei wesentliche Säulen der betrieblichen Gesundheitspolitik bilden. Neben dem Arbeitsschutz, dem BEM und der Gesundheitsförderung arbeiten sie daran, den Präventionsauftrag in der Praxis umzusetzen. In den neueren Vereinbarungen wird die Kooperation innerhalb des Gesundheitsmanagements bereits als Auftrag an die Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe formuliert:

„Betriebliche/r Sozial- und SuchtberaterIn

[...]

Die Sozial- und Suchtberatung kooperiert mit den Akteuren der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des betrieblichen Gesundheitsmanagements, der/dem Beauftragten für das Betriebliche Eingliederungsmanagement und dem betriebsärztlichen Dienst.“

➔ Bildungseinrichtung, 050102/248/2011

An anderer Stelle werden von den hauptamtlichen Fachkräften neben der Beratungskompetenz explizit auch Netzwerkkompetenzen gefordert sowie die Orientierung in den betrieblichen Strukturen:

„Interne Beratungsstelle für Sucht und Soziales

[...]

Die Tätigkeit in der internen Beratungsstelle für Sucht und Soziales erfordert einschlägige Berufserfahrung in der Beratung und sehr gute Kenntnisse in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe. Darüber hinaus sind den Mitgliedern der Beratungsstelle die Strukturen des Betriebes bekannt und sie verfügen über interne und externe Netzwerke.“

➔ Maschinenbau, 050102/250/2016

Diese Kompetenzen können sich für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe auszahlen, nicht nur durch Nutzung der Synergien für eine Verbreiterung der Angebotspalette, sondern auch durch den Zugang zu materiellen und personellen Ressourcen. So werden in Betrieben z.B. Mittel für die Gesundheitsförderung bereitgestellt. Deren Angebote können unter bestimmten Voraussetzungen von Kranken- oder Unfallkassen gefördert und

von den Betrieben steuerlich geltend gemacht werden. Im folgenden Beispiel konnte in Kooperation mit der Gesundheitsförderung eine kreative Idee für eine Informationskampagne umgesetzt werden: Es wurde ein Flyer zum Thema Computer- und Glücksspielsucht zum verantwortlichen Umgang mit Online-Medien in der Form eines Handys aufgelegt:

„Ich arbeite eben auch mit den Gesundheitsförderern zusammen. Und wir haben im Team gegessen und überlegt: Was könnte man so machen? Da kam gerade [ein neues Handy] auf den Markt. Mensch da können wir doch mal ein Handy[-Format für einen Informationsflyer] nehmen. Lass uns doch mal so was machen. So, dann arbeiten wir mit einer Grafikerfirma zusammen.“ 14-6-FB-ü10T-SB/NA/NA

In den Interviews wurde an vielen Beispielen beschrieben, wie gewinnbringend die Vernetzung und Kooperation innerhalb des BGM sein kann. Aber nicht in allen Einrichtungen wird diese bedingungslos begrüßt. Die einen befürchten, dass ihr Alleinstellungsmerkmal, Expertise für die Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb vorweisen zu können, unter all den anderen Gesundheitsthemen und Präventionsaktivitäten zu sehr in den Hintergrund gerät. Andere sehen sich der Herausforderung ausgesetzt, sich aus dem weitgehend selbstständig zu gestaltenden Handlungsbereich Suchtprävention und Beratung in ein Netzwerk einzubinden, wo andere mitwirken, die ihre Themenbereiche und ihren Status ebenfalls in der Kooperation berücksichtigt sehen wollen. Es betrifft vor allem die hauptamtlichen Kräfte, die bislang ihre Beratungs- und Präventionsarbeit in einer Stabsstelle fachlich weitgehend unabhängig organisieren konnten, sich jetzt aber in ein multidisziplinäres Team einbringen und einordnen sollen. Manche von ihnen entscheiden sich dann z. B. aus ihrer Rolle in der Einrichtung zur Koordination des BGM zu wechseln oder ziehen dies zumindest in Erwägung:

„Ich habe immer gesagt: Sucht ist ein Teil von Gesundheit [...]. Dann habe ich das Thema Gesundheit vorangebracht und habe schon gemerkt, dass da eine Konkurrenz zur Sucht entsteht. Es war nicht so ganz einfach auf einmal zu merken: ‚Eigentlich hast du die Sucht aufgebaut und dadurch hast du dir eine Stellung und eine Basis verschafft. Und jetzt forciert du auf einmal ein anderes Thema. Aber das ist eigentlich nicht deine Grundqualifikation. Du lernst und weißt unheimlich viel darüber. Du könntest es eigentlich schon

machen, aber das wäre dann in einem anderen Bereich.“ 5-17-BE-b3T-SB

Sofern im BGM sämtliche gesundheitsbezogenen Prozesse und Angebote zusammengeführt werden, heißt das für die Einrichtung zur Suchtprävention und Suchthilfe bzw. für die dort tätigen Fachkräfte – teilweise auch für die AfS – eine veränderte Positionierung z. B. unter neuer Leitung. In einigen Fällen führt das durchaus zu Identitätskrisen und Abwehr statt zu Kooperation:

„Eigentlich müsstest du dich hierarchisch dem Gesundheitsmanagement unterordnen. Und das ist dann eine persönliche Herausforderung. Wenn du sagst, du willst, dass fürs betriebliche Gesundheitsmanagement auch eine Koordinatorin oder ein Koordinator eingestellt wird, dann musst du im Grunde genommen auch bereit sein zu sagen, dass du eigentlich dieser Funktion unterstellt werden müsstest. [...] Aber ich würde schon sagen, der Bereich Sucht hat sich dem Arbeitsfeld BGM unterzuordnen.“ 5-17-BE-b3T-SB

Die Ambivalenz gegenüber dem BGM, die in der vorstehenden Aussage treffend beschrieben wird, bezieht sich vordringlich auf die persönliche Auseinandersetzung der hauptamtlichen Fachkräfte zur veränderten fachlichen Anbindung und gegebenenfalls auch hierarchische Einordnung.

Für den Erfolg und die Positionierung der internen Einrichtung für Suchtprävention und Suchthilfe nimmt die Entwicklung der engeren Zusammenarbeit im BGM häufig einen positiven Verlauf (vgl. [Kapitel 3.2.2](#), [Kapitel 3.2.4](#) und [Kapitel 5.4.1](#)).

Zwingenden Vernetzungsbedarf gibt es zwischen der Suchtprävention und Suchthilfe und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Zum einen gibt es auf beiden Seiten Wiedereingliederungsverfahren, die im BEM wie in der Suchtprävention meistens in der jeweiligen BV/DV detaillierter ausgeführt sind (vgl. [Kapitel 5.3.4](#)). Diese gilt es abzustimmen. Zum anderen können die konkreten Verfahrensabläufe – in der Suchtprävention die Interventionskette nach dem Stufenplan und im BEM die Entwicklung geeigneter Maßnahmen für die Wiederherstellung und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit – im Einzelfall kollidieren. Für die Abstimmung ist zu berücksichtigen, dass das BEM als die gesetzlich verankerte Präventionspflicht (§ 167 Abs. 2 SGB IX) vorrangig vor einer Wiedereingliederung, die in der BV/DV vorgesehen ist, angeboten werden muss:

„Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung nach einer Entwöhnungsbehandlung

Über die Re-Integration am Arbeitsplatz hinaus kann die Verpflichtung für ein betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84⁶ (2) SGB IX bestehen und damit ist die Betriebsvereinbarung zum BEM anzuwenden.“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

Der vorstehenden Regelung ging ein längerer interner Abstimmungsprozess voraus, ob eines der beiden Verfahren das andere ersetzen könnte. Das Ergebnis zeigt jedoch: Für Beschäftigte im Suchthilfeprozess sollten bei der Wiedereingliederung beide Verfahren genutzt werden:

„Im Rahmen der Evaluation hatten wir eine Diskussion mit einem Personalreferenten, wie wir das BEM berücksichtigen sollten. Wenn wir sowieso ein Wiedereingliederungsgespräch machen, reicht das dann aus? Braucht man dann ein BEM überhaupt noch? Oder kann man beides verbinden? Dann haben wir lange hin und her überlegt. Und am Schluss haben wir gesagt, wir brauchen das eine und das andere. Wir gliedern jemanden wieder ein wegen seiner Suchterkrankung, aber vielleicht ist da auch noch was anderes, Rückenschmerzen oder sonst irgendwas. Das wird im BEM aufgegriffen. Also wir brauchen beides. So haben wir es da jetzt geregelt.“ 3-46-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Die Interventionskonzepte des Suchtpräventionsprogramms und die Verfahrensabläufe des BEM sind in Einzelfällen nicht immer kompatibel und bedürfen daher einer konkreten Absprache, wie jeweils verfahren werden sollte. Ohne Abstimmung kann nicht sichergestellt werden, dass der für das BEM zuständige Personenkreis mit den Prinzipien und Verfahrensweisen des Suchthilfeprozesses vertraut ist. Dann müssen formale oder informelle Kommunikationsmöglichkeiten dazu genutzt werden, die BEM-Verantwortlichen für die Belange der Suchthilfe zu sensibilisieren:

„Also das sind natürlich auch Hebel, die man setzen kann. Wo man einfach auch mal den Kollegen aus dem BEM-Team einen Input ge-

6 Seit dem 1. Januar 2018 ist es § 167 Abs. 2 SGB IX.

ben kann oder die mal zum Nachdenken anregen kann und mit ihnen einfach im Gespräch bleibt.“ 13-15-öV-b5H-NA/NA/NA

Gute kollegiale Kontakte mit den BEM-Beauftragten oder dem BEM-Team erleichtern es, diese für eine konstruktive Lösung oder einen gemeinsam abgestimmten Weg zu gewinnen. Eine wesentliche Schwierigkeit besteht jedoch darin, dass die Informationen zwischen den beiden verfahrensführenden Stellen aufgrund der Schweigepflicht nicht ohne Weiteres ausgetauscht werden können:

„Wir haben Kollegen, die sich um das BEM kümmern. Da müssen wir schauen, dass diese eben auch möglichst schnell beim Suchtfall zu uns verweisen und gar nicht lange dran rumdoktern [...] Man muss dann natürlich den rechtlichen Bestimmungen gerecht werden, aber man muss schon schauen, dass man die Stringenz und Konsequenz vor allem in laufenden Stufenverfahren auch beibehält. Dafür haben wir gute Absprachen unter anderem auch mit unseren Schwerbehindertenvertretern getroffen.“ 14-16-FB-ü10T-SB/NA/NA

In einigen Betrieben versucht man es so zu lösen, dass die Suchtberatung personell im BEM-Team vertreten und an der Maßnahmenentwicklung beteiligt ist. Besser wäre es jedoch, grundsätzlich zu klären, wie die Verfahrensweisen für BEM-Berechtigte mit sucht- oder suchtmittelbedingten Auffälligkeiten konstruktiv miteinander kombiniert werden sollen. Nach der Abstimmung bietet es sich an, die Regelung in der BV/DV zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) und/oder zur Suchtprävention und Suchthilfe aufzunehmen.

Für die Qualität der Arbeit der betrieblichen Einrichtung unerlässlich sind neben einer guten Verankerung im internen Unterstützungssystem die Kontakte zu und der fachliche Austausch mit den Beratungsstellen und Facheinrichtungen für Suchtberatung oder Suchttherapie in der jeweiligen Region. Die Kenntnis der jeweiligen Angebote und Ansätze ist wichtig, um Beschäftigten in der individuellen Beratung die Wege und Möglichkeiten zu den externen Beratungs- und Suchthilfeangeboten aufzeigen zu können. Das wechselseitige Erläutern der Erwartungen der internen und externen Einrichtungen hilft ebenso wie das Wissen um grundlegende Regeln und Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit, um Enttäuschungen und Probleme in laufenden Suchthilfeprozessen von Beschäftigten zu vermeiden:

„Früher habe ich auf eine Suchtberatungsstelle verwiesen. Dann machten die plötzlich eine ambulante Therapie mit ihm. Als er dann rückfällig wurde, hieß es hier: ‚Dem müssen wir kündigen.‘ Dadurch war das entglitten.“ 8-33-VD-b5T-SB

Über die Vernetzung mit Fachberatungsstellen und Therapieeinrichtungen sowie mit einschlägigen Verbänden und Leistungsträgern kann außerdem eine verbindliche Basis für das zügige Einfädeln von Kontakten der betroffenen Beschäftigten zum Suchthilfesystem geschaffen werden. Auch die Begleitung während ambulanter und stationärer Behandlung sowie für die Dauer der Nachsorgephase und Wiedereingliederung nach stationären Maßnahmen sollte zwischen den beteiligten Einrichtungen klar geregelt werden:

„Die effektive Netzwerkarbeit. Also wir haben es geschafft, wirklich uns auch mit den Kliniken zu verlinken. Dann zu den Ansprechpartnern der Kosten- und Leistungsträger. Sicherlich auch mit den Akteuren des [EAP]. Das war eine sehr starke Verbindung. Auch meine Kollegen – das habe ja nicht alles ich gemacht – die haben das auch nachher wesentlich intensiviert. Und das funktionierte sehr gut. [...] Wir mussten halt mehr so auf der menschlichen Ebene Netzwerke schaffen. Das ist gut gelungen. Wir haben es wirklich geschafft, innerhalb von kürzester Zeit Menschen Hilfe zukommen zu lassen. Das war lange Zeit das tragende Element [...]. Die Verlinkung in die Kliniken hat sich als sehr positiv und effizient gezeigt.“ 7-3/16-VD-b5T-KO-BGM

Wie im Falle von Suchterkrankungen nutzen die Einrichtungen auch bei Problemen mit psychisch belasteten oder erkrankten Beschäftigten ihre Netzwerke mit den externen Beratungs- und Behandlungsanbietern:

„Dazu kommt dann natürlich auch wieder die Vernetzung nach außen. Wenn man in der Sozialberatung feststellt, jemand hat jetzt wohl eine Depression, dann schicke ich den Mitarbeiter direkt hier zum Facharzt. Die Ärzte oder Psychologen können dann die Diagnose stellen und in einem solchen Fall an die entsprechende Klinik überweisen. Da ist die Vernetzung sehr wichtig und das multiprofessionelle Vorgehen.“ 14-22-FB-ü10T-SB/NA/NA

Die Fach- und Beratungsstellen zur Suchtprävention und Suchthilfe auf regionaler Ebene sind oftmals verlässliche Kooperationspartner. Wenn die Beratungskräfte oder AfS in ihrer Arbeit z. B. an fachliche oder persönliche Grenzen stoßen, für die sie im Betrieb keine angemessene Unterstützung erwarten können, besteht für sie in vielen Fällen die Möglichkeit, sich dort Beratung oder Supervision zu holen:

„B1: Manchmal weiß man ja auch nicht weiter. Aber wir sind schon nahe mit der Fachstelle Sucht verbunden, die uns dann auch mit Rat und Tat zur Seite steht, wenn wir da Fragen haben.

B2: Und da gibt es auch vierteljährlich den Arbeitskreis mit den Betrieben. Da kann man auch mal anonym eine Fallbesprechung machen. Wie geht es denn jetzt weiter? Da ist die Fachstelle Sucht mit dabei. Und das sind schon sehr tolle Partner, die wir bei Problemen ansprechen können.“ 9-23-KH-b1T-NA/BR

In vielen Teilen des Landes gibt es, wie im zitierten Beispiel angesprochen, sogenannte „Regionale Arbeitskreise betriebliche Suchtprävention“, in denen sich die Fach- und Beratungskräfte, AfS und Interessenvertreter aus den Betrieben der Region mit dort ansässigen Einrichtungen und Verbänden der Suchthilfe in einem regelmäßigen fachlichen Austausch befinden. Aufgegriffen werden aktuelle Themen aus der Forschung, der Therapie und Modelle aus der Praxis der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe; aus dem Kreis der Teilnehmenden werden Anregungen für betriebliche Aktionen eingebracht. Sie setzen auch Impulse für die Auseinandersetzung mit neuen Entwicklungen in der Suchtprävention wie im Gesundheitsmanagement. Außerdem können im Erfahrungsaustausch untereinander Probleme aus dem Arbeits- und Beratungsalltag der Einrichtungen vorgestellt und bearbeitet werden. Sie bieten vor allem dann wichtige Impulse, wenn es im eigenen Praxisumfeld gerade eher schwierig ist:

„Besonders wichtig waren die Netzwerke für mich an den Punkten, wo ich gemerkt habe, dass ich im Hause keine Unterstützung mehr hatte [...]. Im Grunde genommen konnte ich mich da stärken, mir Unterstützung holen und Rückendeckung bekommen oder mir eine Rückmeldung holen, zum Beispiel bei den großen Talfahrten. Ein ‚Ja das kennen wir alles, aber es geht auch wieder bergauf und es verändert sich wieder‘, hilft einem dann weiterzumachen. Dafür waren sie mir am wichtigsten.“ 5-34-BE-b3T-SB

Für die Beratungs- und Fachkräfte sowie AfS, die im Betrieb fachlich betrachtet als Einzelkämpfer unterwegs sind, haben die Netzwerke eine wichtige Funktion. Über den fachlichen Austausch kann sichergestellt werden, dass sie die Weiterentwicklung der professionellen Standards nicht versäumen und zugleich angehalten werden, die eigenen Praxisansätze zu reflektieren. Die Qualitätsstandards (DHS 2011, S. 83 f.) empfehlen deshalb, die Netzwerkbeteiligung in die Aufgabenbeschreibung für betriebliche Beratungskräfte in der BV/DV mitaufzunehmen. In den Vereinbarungen aus den an der Studie beteiligten Betrieben finden sich dazu einige Varianten mit unterschiedlicher Verbindlichkeit für die Einrichtungen:

„Arbeitsgruppe Suchtprävention

[...]

Zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe gehören weiterhin: [...]

Sie unterstützt die interne und externe Vernetzung der Einrichtung für Suchtprävention und -hilfe.“

→ Öffentliche Verwaltung, 050102/178/2012

„Aufgaben und Struktur der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung

[...]

– Vernetzung und Kooperation mit anderen Institutionen.“

→ Bildungseinrichtung, 050102/248/2011

„Fachstelle Suchtprävention

[...]

Der Referent Suchtprävention beteiligt sich an internen und externen fachlichen Netzwerken zur betrieblichen Suchtprävention und Gesundheitsförderung.“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

In größeren Betrieben oder dezentralen Organisationen (wie z. B. Konzernen, Holdings, Länder- oder Bundeseinrichtungen) sind im Zuge der Entwicklung der Suchtpräventionsprogramme häufig überbetriebliche Netzwerke zu finden. Sie organisieren den fachlichen Austausch über regelmäßige Treffen oder nutzen gemeinsame Weiterbildungs- und Supervisionsmöglichkeiten. Das Netzwerk dient hier auch dazu, die Konzepte und die Praxis der Suchtpräventionsprogramme miteinander abzustimmen und zu gestalten:

„Und ich glaube, was uns noch stark macht, das ist dieser Verbund der Suchtberater im Konzern [...]. Darüber können wir uns intensiv mit anderen Kollegen vernetzen. Das ist ganz wichtig, dieses gegenseitige Befruchten und auch Regulieren [...]. Also ich freue mich jetzt schon wieder aufs Beratertreffen nächste Woche.“ 14-41-FB-ü10T-SB/NA/NA

Manche Netzwerke treten auch als Veranstalter von Fachtagungen zur Suchtprävention oder zu anderen gesundheitsbezogenen Themen auf. Diese sind zum großen Teil öffentlich zugänglich und ermöglichen Interessierten einen Einblick in das Handlungsfeld und eine Übersicht über den Stand der Praxis.

Es zeigt sich in den Interviews immer wieder, wie sehr die betrieblichen Einrichtungen von den Netzwerken profitieren können. Aber die Beteiligung daran und vor allem die Mitgestaltung eines kontinuierlichen Netzwerksangebot kostet auch Zeit, die mit den Kernaufgaben der Beratung und Prävention sowie den organisationsbezogenen Verpflichtungen der Einrichtungen überein gebracht und bei den Planungen der Aufgabenpakete berücksichtigt werden muss:

„Ich bin Netzwerker und habe viele Netzwerke zur Suchtprävention und zur Gesundheit mit aufgebaut. Ich finde das Netzwerken wahnsinnig wichtig ist. Nur so kann man über den Tellerrand gucken: ‚Was machen die anderen?‘ [...] Aber weil es wahnsinnig viel Arbeit macht und Zeit verschlingt, muss ich dann wieder aufpassen, dass ich nicht zu viel netzwerke, sondern auch noch für die Institution tätig bin.“ 5-31-BE-b3T-SB

Netzwerke multiplizieren in vielfacher Weise professionelles Wissen und ermutigende Erfahrungen für die Weiterentwicklung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe und stellen damit einen wesentlichen Faktor für die Entwicklung und Ausgestaltung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme dar.

6 EVALUATION BETRIEBLICHER SUCHT-PRÄVENTIONSPROGRAMME



Wer mehr wissen möchte

Weitere Auszüge aus Vereinbarungen und Recherche-möglichkeiten zu diesem Thema finden sie hier:

<https://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/4129.htm?bvdoku.theme=185#bvdoku4>

Evaluationen gehören mittlerweile zum professionellen Standard betrieblicher Präventionskonzepte (vgl. DHS 2011). Trotzdem setzen sie sich als Instrument der Qualitätssicherung im Bereich der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe erst allmählich durch. Für den Erfolg der Umsetzung moderner Suchtpräventionsprogramme können sie jedoch von erheblicher Bedeutung sein. Schon die erste rechtsverbindliche Verankerung in einer BV in einem deutschen Unternehmen im Jahr 1975 erfolgte auf der Basis einer Evaluation der Arbeit der Sozial- und Suchtberatung und dem Nachweis einer internen Kosten-/Nutzen-Analyse (Wienemann 2000, S. 387 ff.).

Offen bleibt jedoch nach der hier vorgestellten Erhebung, welcher Stellenwert der Evaluation in der Praxis tatsächlich zugemessen wird a) für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Suchtprävention und der Suchthilfe im betrieblichen Gesundheitsmanagement, b) für den Aufbau und Ausbau der erforderlichen Strukturen sowie einer betrieblichen Einrichtung für Prävention und Beratung, c) im Hinblick auf die Akzeptanz und Anwendbarkeit der Instrumente insbesondere der Handlungsleitfäden für Präventions- und Interventionsgespräche sowie d) für die Entwicklung von Angeboten und Maßnahmen des Suchtpräventionsprogramms und von Gestaltungsimpulsen für zukünftige Programmelemente.

Die Einführung verbindlicher Evaluationsprozesse und der Einsatz geeigneter Evaluationsverfahren und -methoden sind in der betrieblichen Suchtprävention bei weitem noch nicht abgeschlossen. Viele der hauptamtlich besetzten Einrichtungen im Betrieb legen dem Steuerungsgremium oder der Leitung einen Jahresbericht oder andere Formen regelmäßiger Arbeitsberichte vor, die zum Teil Kosten-Nutzen-Analysen der Arbeit der Einrichtung enthalten. Auch bei den nebenamtlich tätigen AFS wächst die Zahl derer, die zu

einer Berichtslegung beitragen. Daneben werden häufig einzelne Präventionsmaßnahmen wie Seminare oder Aktionstage durch Teilnehmerbefragungen evaluiert. Schließlich gibt es auch betriebliche Modelle, in denen die einzelnen Interventionen von den Hauptakteuren im Nachhinein ausgewertet werden. Ziel ist es einen Lernprozess zu initiieren, damit Aktionen, Interventionen und Abläufe gezielt weiterentwickelt werden können.

Betriebe, die auf der Basis einer Regelung in der BV/DV die Wirkung des gesamten Programms in bestimmten Abständen evaluieren und davon dessen Weiterentwicklung oder Neuausrichtung abhängig machen, sind noch selten zu finden. In den an der Studie beteiligten Betrieben fanden sich jedoch zwei Beispiele:

„Qualitätssicherung und Berichtslegung

Die Betriebliche Sozial- und Suchtberatung vergewissert sich ihrer Wirkungen und Ergebnisse, indem sie ihre Arbeit evaluiert. Die Evaluation dient der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Die Qualitätssicherung erfolgt im Rahmen des Verfahrens der Selbstevaluation. Über die Arbeit der Betrieblichen Sozial- und Suchtberatung erfolgt mindestens alle zwei Jahre eine Berichtslegung.“

→ Bildungseinrichtung, 050102/248/2011

„Kontinuierliche Evaluation

Die Erhebung von Daten im Rahmen der kontinuierlichen Evaluation dient der Berichterstattung und Analyse von betrieblichen Maßnahmen in der Suchtprävention. Ziel ist es, Verbesserungspotenziale in den Prozessen zu identifizieren (Prävention, Hilfe und Intervention). Die festzulegenden Schritte zur Evaluation werden in Anlage [...] ‚Kontinuierliche Evaluation‘ beschrieben.“

→ Maschinenbau, 050102/250/2016

Ging es in den Interviews um die zögerliche Umsetzung des Evaluationsanspruchs, wurden als Begründung meist Kapazitätsprobleme angeführt:

„Die kontinuierliche Wirkungskontrolle erfolgt schon über den Erfahrungsaustausch [...]. Im Grunde würde ich es gut finden die Evaluation alle drei Jahre zu machen. [...] Wir arbeiten hier aber an der Grenze dessen, was wir schaffen können. Von daher macht man es hier nach fünf Jahren [...].“ 1-20/22-öV-ü10T-KO-BGM

Deutlich wird die Bedeutung der Evaluation für die konzeptionelle Entwicklung bzw. für die Aktualisierung bereits bestehender Programme herausgehoben:

„Wir haben eine Evaluation gemacht. Die war letztendlich Auslöser für die neue Fassung der Dienstvereinbarung. In der Evaluation haben wir danach gefragt: Wie viele Fälle hat es gegeben? Wird der Stufenplan überhaupt angewandt? Gibt es einen Arbeitskreis Sucht? Haben Sie betriebliche Suchtkrankenhelfer? Wir haben das abgefragt, was in der Dienstvereinbarung im Grunde angelegt ist. Das Ergebnis konnte nicht zufriedenstellen, so dass wir gesagt haben: ‚Da müssen wir noch mal ran.‘“ 1-20-öV-ü10T-KO-BGM

Werden bei der Entwicklung oder Anpassung grundsätzliche Änderungen vorgenommen oder ganz neue Verfahrenselemente eingeführt, hat es sich bewährt, diese erst in einem zwei- bis dreijährigen Pilotzeitraum auf der Basis einer BV/DV zu erproben.

In diesen Modellen tritt die BV/DV erst unbefristet in Kraft, nachdem diese Phase evaluiert wurde und die aus der Auswertung abgeleiteten Ergänzungen oder Korrekturen vorgenommen worden sind. Auf diese Weise können sichtbar werdende Unzulänglichkeiten in den Abläufen und Arbeitsgrundlagen zeitnah nachjustiert werden:

„Wir haben jetzt die Pilotphase evaluiert. Das heißt, wir haben Gespräche mit Führungskräften, mit Personalreferenten, Betriebsräten, Werksärzten und wer halt noch alles wichtig war geführt. ‚Wie anwendbar ist diese Betriebsvereinbarung? Wo hakt es denn aus Ihrer Sicht?‘ Und da kam dann auch schon mal zwischen den Zeilen raus [...] der Prozess ist noch immer sehr bunt, obwohl der eigentlich klar geregelt ist [...]. Das zeigt sich erst jetzt so.“ 3-21-FB-ü10T-SU/BR-SU/LT-BGM

Angebote im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms können unmittelbar von den Teilnehmenden bewertet werden. Dabei geht es um die Attraktivität sowie den erkennbaren Nutzen des Angebots und gegebenenfalls um ein Feedback an die Anbieter. Der Erfolg von Maßnahmen kann dagegen erst mit einem gewissen Abstand erhoben werden, wenn diese in der Praxis umgesetzt wurden und sich bewährt oder nicht bewährt haben:

„Da werden wir dann auch merken: Was kommt denn tatsächlich bei dem einzelnen Mitarbeiter an? Und was müssen wir eben halt für uns selber noch anders gestalten? Da bin ich auch ganz neugierig drauf. Für uns sind so viele Dinge ganz klar, und die sind eben für den Kollegen, der auf der Station oder in der Abteilung arbeitet, nicht sonnenklar.“ 9-41-KH-b1T-NA/BR

Die Evaluation verschafft weitergehende Einblicke in die Wirkung der Arbeit der Akteure im Suchtpräventionsprogramm. So erhält man z. B. eine Rückmeldung zum Kompetenzgewinn oder kann erhöhte Sensibilisierung und Handlungsbereitschaft bei den Verantwortlichen und Beschäftigten feststellen:

„Ich muss jetzt einräumen, dass ich nicht weiß, ob allen überhaupt bewusst ist, was ich hier mache, obwohl – ich habe es ja im Bericht geschrieben. Bei uns wird der Bericht auch durchaus gelesen. Und da steht sogar drin, dass die [Einrichtung] damit ihren Auftrag zur Prävention [von Gefährdungen durch Suchtmittel- und Medikamentengebrauch] durch Unterweisung erfüllen kann.“ 2-10-BE-b5T-SB

Durch Beiträge zu Qualitätsberichten über die Arbeit der Einrichtung kann im besten Falls sogar die Aufmerksamkeit der Entscheider auf die Rolle der Suchtprävention im Gesundheitsmanagement und selbst für die Erreichung strategischer Ziele der Organisation gesteigert werden:

„Ein [Mitglied der Leitung] [...] rief mich mal an und sagte: ‚Ich habe schon viel Gutes von Ihnen gehört.‘ Und da habe ich gesagt. ‚Das freut mich.‘ War aber auch verwundert, weil die Mitteilung von unerwarteter Seite kam.“ 2-10-BE-b5T-SB

Für viele ist der Evaluationsprozess lästig, weil er Zeit und Aufwand erfordert, wofür im Alltag oft keine Kapazitäten vorgesehen sind. Meist sind es die betrieblichen Einrichtungen für Suchtprävention, seltener das Steuerungsgremium, die für die Erhebung und Aufarbeitung der Daten sowie die Abfassung des Berichts zuständig sind. Auch wenn es dazu keinen formalen Auftrag gibt, sollte die eigene Arbeit zur Qualitätssicherung evaluiert werden:

„Ich habe mich gefragt: ‚Wie rechtfertigst du das jetzt, was du tust?‘ Am besten fängst du mal an, Arbeitsberichte zu schreiben. Dazu bin ich nie aufgefordert worden, sondern ich habe das einfach gemacht [...]. Und ich weiß nicht, ob jemand die Arbeitsberichte gelesen hat, aber im Grunde genommen, was ich daraus gelernt habe, ist meine eigene Arbeit zu reflektieren, was ich vorher gar nicht gemacht habe, und dabei zu merken: ‚Wo hängt es eigentlich noch? Was kann ich noch weiterentwickeln?‘“ 5-8-BE-b3T-SB

Vor allem die nebenamtlichen AfS tun sich häufig schwer mit dieser Aufgabe, obwohl gerade diese davon profitieren können. Denn die Vorlage eines fundierten Evaluations- oder Arbeitsberichts wird oftmals als Beleg bewertet, dass in diesem Feld tatsächlich nach professionellen Standards gearbeitet wird, auch wenn dies nicht unbedingt explizit zum Ausdruck gebracht wird:

„Ich glaube schon, dass sie eine Wirkung gezeigt haben und in der Organisation deutlich geworden ist: Da ist jemand, der setzt sich mit seiner Funktion auseinander, der reflektiert seine Arbeit [...]. Ich bin der erste in der Organisation gewesen, der einen Arbeitsbericht vorgelegt hat [...]. Ich glaube schon, dass das einen Rückhalt gegeben hat. Aber die Wirkung ist sehr verhalten bei mir angekommen.“ 5-11-BE-b3T-SB

Evaluationen haben bei geschicktem Einsatz durchaus auch einen Marketingcharakter. Sie können dazu beitragen, die (potenziellen) Bedürfnisse der Kunden des Angebots in dessen Entwicklung einzubeziehen. Und sie signalisieren den Abnehmern bestenfalls, dass die Anbieter über einen gewissen Grad an Professionalität verfügen:

„Beim zweiten Bericht habe ich schon geschrieben [...], ich möchte das Unterweisungsangebot qualitativ noch verbessern. Mein Anspruch ist es nicht, die Zahlen zu steigern. Das ist nicht leistbar. Aber natürlich soll das qualitativ immer inhaltlich aktuell sein, das ist schon der Anspruch.“ 2-11-BE-b5T-SB

Und schließlich rufen Fragebögen oder die Einladung zu Interviews oder Workshops, die der Qualitätssicherung dienen, die Erinnerung wach, sich mit dem Thema aktuell noch einmal zu befassen:

„Ich habe das noch nicht gemacht, aber schon erwogen. Es wäre eigentlich dran [...]. Das wäre auch noch eine Ergänzung zu dieser Maßnahme, dass man [über eine Evaluation] noch einmal daran erinnert, dass die Unterweisung jetzt auch wiederholt oder fortgeführt werden kann.“ 2-20-BE-b5T-SB

Ein zentraler Effekt von Evaluationen in den betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen ist die Notwendigkeit, dass die beteiligten Akteure sich ernsthaft mit der Bedarfsorientierung sowie der Qualität ihres Angebots auseinandersetzen müssen, wenn sie das Evaluationsverfahren ernst nehmen und es nicht nur formal abhandeln. Darüber hinaus steigert es die Zufriedenheit aller Beteiligten, wenn über die Auswertung der Erhebungen und Erfahrungen passgenauere Angebote entwickelt werden können:

„Wieso soll ich mich [mit meiner Stelle] nicht auch legitimieren, aufzeigen, was meine Kosten und mein Nutzen sind? Wieso soll ich nicht bestimmte Standards an mich stellen? Und über diese Fragen bin ich halt zum Qualitätsmanagement und zur Kosten-Nutzen-Analyse gekommen und habe das einfach gemacht. Ich weiß nicht, ob das etwas in der Institution bewirkt hat, aber für mich hat es etwas bewirkt. [...] Ich glaube, da hätte ich sonst nicht so darüber nachgedacht, dass es neben einer Kosten-Nutzen-Rechnung auch noch einen ethischen Standard gibt [...]. Das hat mich bestärkt, mich damit auseinanderzusetzen [...]. Und dann ist es zu anderen Angeboten gekommen.“ 5-10-BE-b3T-SB

Um auf dem Gebiet der Evaluation und Qualitätssicherung Fortschritte zu erzielen, sind von den für die Steuerung von Suchtpräventionsprogrammen zuständigen Gremien Fragen zu klären wie

- Welches Ziel und welchen Umfang sollte die Evaluation haben?
- Wer soll zuständig sein? Welche Ressourcen können dafür bereitgestellt werden?
- Sind die Kompetenzen dafür vor Ort im Gesundheitsmanagement vorhanden bzw. kann mit anderen (z. B. Personalentwicklung, Qualitätsmanagement, Netzwerkpartner) kooperiert werden? Wer könnte die Kompetenzen in welchem Zeitraum und wo erwerben?
- Welche Formate und Instrumente sind für die betrieblichen Rahmenbedingungen geeignet?

Von außen betrachtet und in einer Reihe von Betrieben sind Evaluation und Qualitätssicherung wichtige Erfolgsfaktoren für die Umsetzung der Vereinbarungen zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. In der aktuellen Praxis wird das von den Beteiligten noch zu wenig erkannt. Die Fachkräfte wissen zwar, dass es für die Positionierung der Einrichtung und die Akzeptanz des Präventionsangebots wichtig ist, scheuen aber die Arbeit, die dafür investiert werden müsste. Zu selten werden deshalb noch Evaluationen genutzt, um für die Weiterentwicklung der Programme eine bedeutende Rolle zu spielen.

LITERATURVERZEICHNIS

Ajdukovic, Marina/Cajvert, Lilja/Judy, Michaela/ Knopf, Wolfgang/Kuhn, Hubert/Madai, Krisztina/ Voogd, Mieke (2015): ECVision. Ein Europäisches Glossar für Supervision und Coaching. Die Wiener Volkshochschulen GmbH (Hrsg.). http://www.anse.eu/wp-content/uploads/2017/01/ECVision_Glossar_deutsch.pdf [18.6.2018].

Danigel, Cornelia/Heegner, Sabine (2016): Sucht und Suchtmittelmissbrauch. Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 330. Düsseldorf. <https://www.boeckler.de/6299.htm?produkt=HBS-006399> [12.07.2018]

DGSV Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (2012): Supervision – ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit. 8., überarbeitete Auflage. Köln.

DGUV Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (2013): Vorschrift 1/Unfallverhütungsvorschrift „Grundsätze der Prävention“. <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/1.pdf> [11.6.2018].

DHS Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (2011): Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der DHS. 2., aktualisierte und ergänzte Auflage. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Arbeitsplatz/Qualitaetsstandards_DHS_2011.pdf [11.6.2018].

DHS Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (2017): Das Gespräch unter Kolleginnen und Kollegen. Eine Praxishilfe für Suchtarbeit im Betrieb. 2. Auflage. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/2017_Das_Gespraech_unter_Kollegen.pdf [11.6.2018].

Faber, Ulrich (2005): Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe als Teil des Arbeitsschutzes. Expertengutachten. In: Wienemann, Elisabeth/Müller, Patrick: Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). Anhang 6. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Arbeitsplatz/Expertise_Standard_betriebliche_Suchtpraevention_2005.pdf [18.6.2018].

Glaeske, Gerd/Schick Tanz, Christel (2012): Arzneimittelreport 2012. Schriftenreihe Gesundheitsanalyse, Band 14. Barmer GEK (Hrsg.). <https://www.barmer.de/blob/36970/c20d65a604bf672d9b42d0d021f03c86/data/arzneimittelreport-2012-lang.pdf> [11.6.2018].

Grebe, Christian/Herde, Katharina/Latteck, Anne-Dörte/Rumpel, Andrea (2016): Entwicklung eines standardisierten Instruments zur Messung der subjektiven Handlungssicherheit von Studierenden und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege. Konferenzpapier. Forschungswelten 2016. 7. Internationaler wissenschaftlicher Kongress für angewandte Pflege- und Gesundheitsforschung 3.–4.3.2016 in München. <https://www.researchgate.net/publication/285587909> [11.6.2018].

Heilmann, Joachim (2005): Aspekte der rechtlichen Einbindung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe in den Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit. Expertengutachten. In: Wienemann, Elisabeth/Müller, Patrick: Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). Anhang 5. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Arbeitsplatz/Expertise_Standard_betriebliche_Suchtpraevention_2005.pdf [18.6.2018].

IG Metall (Hrsg.) (2012): Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe. Handbuch der IG Metall. 2., aktualisierte Auflage. Frankfurt am Main.

Liepmann, Detlev/Gnegel, Annette/Rainer, Ludwig/Fuchs, Reinhard (1987): Alkoholprobleme in der Arbeitswelt. Ein Seminarkonzept zur betrieblichen Alkoholprävention – Leitfaden. Köln.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel.

Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef/Kraimer, Klaus (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. S. 441–471.
https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/2402/ssoar-1991-meuser_et_al-expertinneninterviews_-_vielfach_erprobt.pdf [11.6.2018].

NABS Nord AG Betriebliche Suchtprävention (1999): Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe. Orientierungshilfen für die Praxis. Büro für Suchtprävention (Hrsg.). Hamburg.

Suchthilfe in der niedersächsischen Landesverwaltung. Rahmenempfehlungen 2006. Download unter <https://www.ms.niedersachsen.de/service/publikationen/> [15.6.2018].

Rehwald, Rainer/Reinecke, Gabriele/Wienemann, Elisabeth/Zinke Eva (2012): Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe. 2., aktualisierte Auflage. Frankfurt am Main.

Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (Hrsg.) (2006): Kompetenz ... mehr als nur Wissen. Informationsblatt April 2006. München.

Tietze, Andreas (2009): Management der Achtsamkeit – Ethische Kompetenz von Führungskräften in der Sozialwirtschaft. Dissertation an der Leuphana Universität Lüneburg <http://opus.uni-lueneburg.de/opus/volltexte/2010/14180/pdf/tietze.pdf> [11.6.2018].

Wartmann, Anja/Wienemann, Elisabeth (2013): Sucht bei Fach- und Führungskräften. In: Badura, Bernhard/Ducki, Anke/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.) (2013): Fehlzeiten-Report 2013. Verdammte zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft? Berlin und Heidelberg, S. 173–182.

Wienemann, Elisabeth (2000): Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement – Die Entwicklung der Betrieblichen Suchtprävention von 1800 bis 2000. Stuttgart.

Wienemann, Elisabeth (2012): Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Hensen, Gregor/Hensen, Peter (Hrsg.): Gesundheits- und Sozialmanagement. Leitbegriffe und Grundlagen modernen Managements. Stuttgart, S. 175–194.

Wienemann, Elisabeth/Müller, Patrick (2005): Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen. Expertise im Auftrag der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Arbeitsplatz/Expertise_Standard_betriebliche_Suchtpraevention_2005.pdf [18.6.2018].

Wienemann, Elisabeth/Wartmann, Anja (2011): Die Rolle des riskanten Alkoholkonsums im Stressbewältigungsverhalten von weiblichen Fach- und Führungskräften. Projektbericht. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_Die_Rolle_des_riskanten_Alkoholkonsums_im_Stressbewaeltigungsverhalten_von_weiblichen_Fach-_und_Fuehrungskraeften.pdf [11.6.2018].

Herangezogene Gesetze

Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Art. 427 V v. 31.8.2015 I 1474

Arbeitssicherheitsgesetz: Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom 12. Dezember 1973 (BGBl. I S. 1885), zuletzt geändert durch Art. 3 Abs. 5 G v. 20.4.2013 I 868

Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 16.6.2017 I 1670

Betriebsverfassungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. September 2001 (BGBl. I S. 2518), zuletzt geändert durch Art. 6 G v. 17.7.2017 I 2509

Bundespersonalvertretungsgesetz vom 15. März 1974 (BGBl. I S. 693), zuletzt geändert durch Art. 7 G v. 17.7.2017 I 2581

Niedersächsisches Personalvertretungsgesetz (NPersVG) in der Fassung vom 9. Februar 2016 (Nds.GVBl. Nr. 1/2016 S. 3), geändert durch Artikel 22 des Gesetzes vom 16.5.2018 (Nds. GVBl. Nr. 6/2018 S. 66) - VORIS 20470 02 –

Neuntes Buch Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), zuletzt geändert durch Artikel 23 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541)

ÜBER DIE SAMMLUNG VON BETRIEBSVEREINBARUNGEN

Die Hans-Böckler-Stiftung verfügt über die bundesweit einzige bedeutsame Sammlung betrieblicher Vereinbarungen, die zwischen Unternehmensleitungen und Belegschaftsvertretungen abgeschlossen werden. Derzeit enthält unsere Datenbank etwa 17.000 Vereinbarungen zu ausgewählten betrieblichen Gestaltungsfeldern.

Unsere breite Materialgrundlage erlaubt Analysen zu betrieblichen Gestaltungspolitiken und ermöglicht Aussagen zu Trendentwicklungen der Arbeitsbeziehungen in deutschen Betrieben. Regelmäßig werten wir betriebliche Vereinbarungen in einzelnen Gebieten aus. Leitende Fragen dieser Analysen sind: Wie haben die Akteure die wichtigsten Aspekte geregelt? Welche Anregungen geben die Vereinbarungen für die Praxis? Wie ändern sich Prozeduren und Instrumente der Mitbestimmung? Existieren ungelöste Probleme? Hintergründe und Strukturen in den Betrieben und Verwaltungen sind uns nicht bekannt. Ziel ist es, betriebliche Regelungspraxis abzubilden, Trends aufzuzeigen und Gestaltungshinweise zu geben.

Bei Auswertungen und Zitaten aus Vereinbarungen wird streng auf Anonymität geachtet. Die Kodierung am Ende eines Zitats bezeichnet den Standort der Vereinbarung in unserem Archiv und das Jahr des Abschlusses. Zum Originaltext der Vereinbarungen haben nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Archivs und Autorinnen und Autoren Zugang.

Zusätzlich zu diesen Auswertungen werden vielfältige anonymisierte Auszüge aus den Vereinbarungen in der Online-Datenbank im Internetauftritt der Hans-Böckler-Stiftung zusammengestellt. Damit bieten wir anschauliche Einblicke in die Regelungspraxis, um eigene Vorgehensweisen und Formulierungen anzuregen.

Sie haben eine interessante Vereinbarung abgeschlossen?

[Nehmen Sie Kontakt zu uns auf!](#)

Das Internetangebot ist unmittelbar zu erreichen unter

www.boeckler.de/betriebsvereinbarungen

Anfragen und Rückmeldungen richten Sie bitte an

betriebsvereinbarung@boeckler.de

Auf die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe haben Interessenvertretungen erheblichen Einfluss. Sie bestimmen bei Betriebsvereinbarungen und Gesprächsleitfäden mit. Was aber trägt dann weiter zum Erfolg und zur Wirksamkeit der Regelungen im betrieblichen Alltag bei?

Diese Frage beantworten Erfahrungen aus der Praxis: Die vorliegende Studie bietet Anregungen und Argumentationshilfen, die zur Entwicklung betrieblicher Programme nützlich sind. Das Profil der Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb wird geschärft. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten und zur Erfüllung des gesetzlichen Präventionsauftrags. Hierfür präsentiert die Studie zahlreiche konkrete Beispiele.

WWW.BOECKLER.DE

ISBN 978-3-86593-318-8