

Editorial

Doping am Arbeitsplatz – Teil modernen Selbstmanagements?

Das Buch „Doping am Arbeitsplatz“ wurde 2011 von Marianne Giesert und Cornelia Wendt-Danigel herausgegeben. Ausgelöst wurde die damalige Diskussion durch den DAK-Gesundheitsreport, der sich 2009 dem Thema Doping am Arbeitsplatz widmete. Im gleichen Jahr war in der Zeitschrift „Gehirn&Geist“ auch das Memorandum „Das optimierte Gehirn“ von mehreren Wissenschaftlern veröffentlicht worden, worin sie die Möglichkeiten des modernen Neuro-Enhancement als Versuch, die psychomentalen Fähigkeiten des Menschen auch mit Medikamenten zu steigern, durchaus positiv darstellten. Sie sahen „im pharmazeutischen Neuro-Enhancement die Fortsetzung eines zum Menschen gehörenden geistigen Optimierungsbestrebens mit anderen Mitteln“.

Schließlich erschien 2009 die Studie „Der pharmakologisch verbesserte Mensch“, in Auftrag gegeben vom Büro für Technikfolgen-Abschätzung des Deutschen Bundestages. Deren Autoren schätzten die Chancen und Risiken wesentlich kritischer ein und warnten vor den Folgen, wenn Doping am Arbeitsplatz ähnlich wie in Teilen des Sports eingesetzt würde und sahen neue Herausforderungen für den Betrieblichen Gesundheitsschutz bei einer zu erwartenden Verbreitung von pharmazeutischem Neuro-Enhancement im Arbeitsleben.

Zeit also für ein Themenheft „Doping am Arbeitsplatz“! Wir konnten einige Verfasser des 2011 erschienenen gleichnamigen Buches (siehe Abbildung) dafür gewinnen, ihre Analysen für uns zu aktualisieren. Für diese Arbeit und die Erlaubnis, die (leicht gekürzten) Beiträge an dieser Stelle veröffentlichen zu dürfen, sei den Autoren und dem VSA-Verlag ausdrücklich gedankt.

Tim Pfeiffer-Gerschel und Alicia Casati von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht sehen unter dem Deckmantel des Neuro-Enhancements ein neues Phänomen des Arzneimittelmisbrauchs; die Gruppe der Medikamentenabhängigen erreiche in Deutschland bald die Größe der Alkoholabhängigen.

Hans-Dieter Nolting beschreibt die Verbreitung und die Perspektiven des Hirndopings, wie Neuro-Enhancement auch genannt wird. Tilmann Holzer sieht in der Zunahme von individualisiertem Leistungsdruck eine Ursache für die Bereitschaft zum Hirndoping. Aber auch die zustimmende Diskussion unter den Neurowissenschaftlern kann diesen Trend verstärken. Biologische Warnsignale wie Ermüdungssymptome erscheinen nun als durch Pillen steuerbar.



Inhalt

Editorial

Doping am Arbeitsplatz – Teil modernen Selbstmanagements?	129
--	-----

Praxis

Tretmühlen des Arbeitslebens – Hilfe aus der Pillendose?	130
Medikamentenmissbrauch und „Neuro-Enhancement“	132
Verbreitung und Perspektiven der Leistungssteigerung durch Neuro-Enhancement	134
Voraussetzungen für eine erfolgreiche betriebliche Suchtarbeit und Suchtprävention	137
Prävention von Hirndoping am Arbeitsplatz	140
Alkohol am Arbeitsplatz: Wenn die Sucht den Job gefährdet	142

Industrieinformationen

App überprüft Sitzposition am Arbeitsplatz	144
--	-----

Impressum

144



Und wie kann in diesem Szenario die betriebliche Prävention aussehen? Dieser Frage gehen Cornelia Wendt-Danigel und Sabine Heegner nach. Die Gefährdungsbeurteilung auch psychischer Belastungen im Betrieb soll die Sensibilität für den Abbau suchtfördernder Arbeitsbedingungen schärfen. Dabei spielen Führungskräfte eine entscheidende Rolle. Betriebliche Suchtarbeit ist nicht mehr allein auf Alkoholikerbetreuung und Nichtraucherchutz fokussiert. Der betriebliche Suchtkrankenhelfer muss sich zum Suchtpräventionsberater entwickeln.

In das vielschichtige Thema „Doping am Arbeitsplatz“ führe ich Sie mit einigen Beobachtungen aus meinem Arbeitsleben ein und leite daraus Gedanken zu unserem Verständnis von Arbeit, Leistung und Leben ab. Ergänzt wird dieser Beitrag in der nächsten Ausgabe von Dr. Rolf Hess-Gräfenberg, der aus seiner arbeitsmedizinischen Praxis vom Umgang mit Suchtkranken berichtet.

Eine angenehme Lektüre und Inspirationen für Ihr Berufsleben wünscht Ihnen

Ihre Ulrike Hein-Rusinek

Tretmühlen des Arbeitslebens – Hilfe aus der Pillendose?



*And though she's not really ill
There's a little yellow pill
She goes running for the shelter
of a mother's little helper
And it helps her on her way,
gets her through her busy day
.....
The pursuit of happiness just
seems a bore
And if you take more of those,
you will get an overdose
No more running for the shelter
of a mother's little helper
They just helped you on your way,
through your busy dying day
The Rolling Stones –
Mother's little helper (1965)*

Während meines Studiums Anfang der achtziger Jahre fuhr ich mit einem befreundeten Anästhesisten zum Kongress „Humanere Medizin“ nach Berlin. Wir trafen uns am Bahnhof. Er hatte einen anstrengenden Nachtdienst hinter sich. Kaum im Abteil des Zuges angekommen, griff er zur Pillendose: er müsse nun schlafen. Sechs Stunden später, kurz vor unserer Ankunft in Berlin, nahm er erneut eine Pille ein. „Hallo-wach“ hieß sie, meinte er scherzhaft. Ja, in der Anästhesie lerne man, Körperfunktionen zu steuern. Damals erschien mir das Verhalten für

einen Arzt eher eigenartig und kaum zum Thema des von uns besuchten Kongresses passend. Jahre später, vor meinem ersten Notarztdienst, empfahl mir ein fürsorglicher Kollege Betablocker, man bliebe cooler und bekäme keinen Tremor.

Valium – „mother's little helper“

Durch Medikamente wie dem von den Rolling Stones als Mother's little Helper bereits 1965 besungenen Valium versprach man sich „better living through chemistry“. Nach meinen Erfahrungen als Internistin wurden Beruhigungsmittel und Schlafmittel von eigentlich gesunden Menschen zur Regulierung des Lebens benutzt. Gerade unter meinen älteren Patientinnen gab es etliche mit Diazepam-Abhängigkeit. Später, in meiner Betriebsärztlichen Sprechstunde in einem Krankenhaus, bemerkte auch die eine oder andere meist weibliche Beschäftigte „Schlaftabletten“ in der Rubrik „regelmäßige Medikation“. Wenn ich sie bei der Untersuchung darauf ansprach, gaben etliche zu, ohne diese kleinen Helfer nicht mehr einschlafen oder durchschlafen zu können. Der Tag-Nacht-Rhythmus sei durch jahrelange Nachtdienste eben aus dem Lot geraten.

Schon immer wurde zur Konzentrationssteigerung am Arbeitsplatz im Krankenhaus das Koffein in hohen Dosierungen in Form von literweise getrunkenem Kaffee eingesetzt. Besonders in den Nachtdiensten gehörte die gutgefüllte Kaffeekanne zu den notwendigen Arbeitsmitteln. Die Pausen-Zigarette war lange Zeit das Signal zur kurzen Entspannung und zum Plausch mit den Kolleginnen. Das wurde natürlich nie als Doping im Sinne des Neuro-Enhancements verstanden.



Autorin

Dr. Ulrike Hein-Rusinek, Fachärztin für Innere Medizin, Betriebsmedizin und Notfallmedizin. BGW Multiplikatorin

Modafinil für Dauernachtwachen

Überrascht war ich dann, als ich vor zirka acht Jahren von einem Pharmareferenten besucht wurde, der mir als Betriebsärztin etwas Neues aus Amerika anbieten wollte, was ich aus meiner Klinikzeit in der Inneren Medizin bereits kannte. Er pries mir Modafinil zum Einsatz bei Schichtarbeitern an. Modafinil hatte ich einmal einer Patientin mit Narcolepsie verordnet. Diese Krankheit ist selbst in der Klinik eine Rarität und Modafinil unterlag damals, soweit ich erinnere, sogar der Betäubungsmittelverordnung. Umso erstaunter war ich über die neue Indikation und der damit verbundenen Anwendungserweiterung auf gesunde Beschäftigte im Nachtdienst. Studien in Amerika hätten belegt – so der Pharmareferent –, dass die Vigilanz bei Schichtarbeitern im Nachtdienst mit Modafinil deutlich verbessert werden könne und damit auch die Fehlerquote sinke. Das wäre doch für unsere Dauernachtwachen eine gute Sache? Damals bin ich nicht auf dieses Angebot eingegangen, wir beließen es im Klinikbereich bei den gewohnten Kaffeekannen zur Vigilanzkontrolle. Durch den DAK-Report „Doping am Arbeitsplatz“ und das von Marianne Giesert und Cornelia Wendt-Danigel herausgegebene gleichnamige Buch wurde ich an den Jahre zurückliegenden Pharma-Referentenbesuch erinnert. Hatte ich etwas verpasst? Ich fragte einige betriebsärztliche Kollegen.

Sie winkten alle ab. Nein, in den Betrieben war Modafinil oder Vergleichbares nie etabliert worden. Ethisch sei das doch auch sehr bedenklich! Nun, wir Betriebsärzte, unsere Interessenvertretungen und Berufsverbände hatten sich ja gerade in den letzten Jahren für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und namentlich die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes eingesetzt.

Gehirndoping als menschliches Optimierungsbestreben?

Liest man nun das bereits 2009 in der Zeitschrift „Gehirn&Geist“ von mehreren Wissenschaftlern veröffentlichte Memorandum „Das optimierte Gehirn“, so glaubt man wirklich, etwas verpasst zu haben. Dort wird selbst der Einsatz bei gesunden Kindern wohlwollend diskutiert. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass „eine pauschale Ablehnung angesichts des positiven Potenzials von Neuro-Enhancement jedenfalls unangemessen und voreilig erscheint.“ Ist – wie im Memorandum am Ende konstatiert wird –, „pharmazeutisches Neuro-Enhancement die Fortsetzung eines zum Menschen gehörenden geistigen Optimierungsbestrebens“? Oder ist es nicht eher eine Kapitulation vor dem allgemeinen Leistungsfetisch? Schneller – konzentrierter – effektiver!

„Wenn man etwas erreichen will, muss man es nur wollen“, so ein chinesischer Abiturient am Rande seiner Prüfung, bei der 50% der Examinanden durchfallen und unter den Augen der Aufsichtspersonen Infusionen zur Stärkung verabreicht werden. Gezeigt wurde das gruselige Szenario am 9. September 2012 in einer Sonntagnachmittags-Sendung des deutschen Fernsehens, in der Jugendlichen die Andersartigkeit des Lebens in China dargestellt werden sollte.

Erhöhter Puls und Kurzatmigkeit nervt den User

Schaut man ins Internet, so findet man in einschlägigen Foren eine rege und durchaus kontroverse Diskussion, besonders in Studentenkreisen. Gibt man „Ritalin“

ein, findet man sofort rezeptfreie Anbieter. Über Beschaffung, Kosten, Wirkung und Nebenwirkung auch von Modafinil besteht ein reger Austausch im Netz. Ein User moniert den hohen Preis, auch „nervt der erhöhte Puls und die gelegentliche Kurzatmigkeit“. Die Wirkung habe ihm aber bei der Bachelor-Arbeit geholfen, er konnte 34 Stunden am PC arbeiten. Die Frage ist nur, ob neben der Vigilanz auch die Kreativität erhalten bzw. gesteigert worden ist? Das bezweifelt die Studie des Büros für Technikfolgenabschätzung beim Bundestag „Der pharmakologisch verbesserte Mensch“, die in diesem Jahr erschienen ist. Hirndoping könne zwar den Wachheitsgrad beeinflussen und die Dauer der Arbeit – die Quantität also verlängern, aber es stehe nicht fest, ob die Qualität der Arbeit positiv beeinflusst werden könne oder nicht sogar absinke.



Foto: Photos.com (fphotos)

Die Studie warnt vor der „Gefahr der Selbstzerstörung eines Wettbewerbssystems durch unbegrenzte Leistungssteigerungserwartung“. Machen wir normale Angestellte zu professionellen Selbstoptimierern und eben auch Selbstausbeutern, wie ein Psychiater beim Düsseldorfer Symposium „Arbeit – Chance und Risiko für psychische Gesundheit“ in diesem Monat meinte. Ist der Anstieg von psychischen Erkrankungen als Frühberentungsdiagnose etwa die Antwort darauf, dass „der Mensch als Ganzes zu einer Leistungsmaschine wird, die störungsfrei zu funktionieren und ihre Leistung zu maximieren hat“? So formuliert es der in Deutschland lebende und lehrende Philosoph Byung-Chul Han in seiner Analyse „Müdigkeitsgesellschaft“. Die „Leistungsgesellschaft (...) entwickelt sich langsam zu einer Dopinggesellschaft“.

Nichts ist unmöglich, gilt in der postmodernen Arbeitswelt. Man kann alles erreichen, wenn man nur will, so der oben zitierte chinesische Abiturient. Herrschaftsverhältnisse wie Herr und Knecht gibt es nicht mehr. Die Tretmühlen des Arbeitslebens sind subtiler geworden. Jeder ist seines Glückes (und damit auch Unglückes!) Schmied. Welch' eine irrsinnige Bürde lastet damit auf jedem Einzelnen! Das führt in Konsequenz zur Selbstaussbeutung. Ein Griff zur Pille mit „little Helpers“ moderner Art mag da verlockend erscheinen. Der unter diesen Bedingungen arbeitende und schließlich in einer Depression ausbrennende Mensch, so Han, ist Täter und Opfer zugleich.

Opfer und Täter zugleich

Müssen und wollen wirklich alle schneller, konzentrierter, effektiver arbeiten? Ist stetes Optimierungsbestreben auch am Arbeitsplatz wirklich ein grundlegendes menschliches Bedürfnis? Oder gilt nicht eher der Satz: Ein gutes Pferd springt nicht höher als es muss? Wir sollten die Diskussion des Neuro-Enhancement weiterhin kritisch begleiten. Mit und ohne medikamentöse Unterstützung kann der Preis für permanente Leistungssteigerung und Selbstaussbeutung der Einstieg in eine Erschöpfungspirale sein, an deren Ende Burnout, Depression und Frühberentung stehen. „Der Exzess der Leistungsgesellschaft führt zum Infarkt der Seele“, so der Philosoph Han. □

Literatur:

Thorsten Galert, Christoph Bublitz et al.:

Das optimierte Gehirn, in: Gehirn&Geist, Heidelberg, 11/2009

Marianne Giesert, Cornelia Wendt-Danigel (Hrsg.):

Doping am Arbeitsplatz, Hamburg, 2011

Byung-Chul Han: *Müdigkeitsgesellschaft,*

Berlin, 2012

Arnold Sauter, Katrin Gerlinger: *Der pharmakologisch verbesserte Mensch, Studien des Büros*

für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen

Bundestag, Berlin, 2012

Medikamentenmissbrauch und „Neuro-Enhancement“



Autoren

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel ist Leiter der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht sowie der Arbeitsgruppe Klinische Epidemiologie und Monitoring am IFT Institut für Therapieforschung in München.

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



Problematischer und abhängiger Arzneimittelkonsum rückt während der letzten Jahre zunehmend in den Fokus der öffentlichen Debatte. Etwa 4 bis 5 % aller häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotential (Glaeske 2008), wobei Schmerzmittel (Analgetika) und so genannte Beruhigungs- und Schlafmittel (Sedativa, Hypnotika) die wichtigste Rolle einnehmen (Rösner/Steiner/Kraus 2008). Allerdings häufen sich Hinweise, nach denen auch Neuroleptika und Antidepressiva zunehmend in einer nicht indizierten Weise konsumiert werden.

Die Schätzungen zur Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland variieren von etwa 700.000 Betroffenen (Schwabe 2007) bis zu 1,9 Millionen arzneimittelabhängigen Personen (Kraus/Augustin 2001; Soyka et al. 2005). Weitere 1,7 Millionen müssen als mittel- bis hochgradig gefährdet eingestuft werden, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln. Damit liegt die Zahl der in Deutschland von Medikamentenabhängigkeit betroffenen Personen vermutlich in einer vergleichbaren Größenordnung wie die der Alkoholabhängigen (vgl. dazu www.dhs.de). Trotz dieser großen Verbreitung wird diese oft als „stille Sucht“ bezeichnete Erkrankung im Gegensatz zur Abhängigkeit von Drogen und Alkohol in der Öffentlichkeit deutlich seltener wahrgenommen (Rabbata 2005).

Seit vielen Jahren stellt der Arzneimittelverordnungsreport (Schwabe/Pafraht 2010) regelmäßig Informationen zu Verordnungen und zum Verbrauch von Medikamenten zur Verfügung, die auf Daten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) basieren. Durch die jährliche Berichterstattung mit einer vergleichbaren Methodik ist es mit Hilfe des Arzneimittelreports auch möglich, Trends und aktuelle Entwick-

lungen des Konsums von Arzneimitteln nachzuvollziehen. Unberücksichtigt bleiben bei diesen Erhebungen allerdings diejenigen Medikamente, die ohne Rezept frei z. B. in Apotheken erworben werden (so genannter „Over-the-counter“-Verkauf). Auch wenn in den meisten Fällen die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit im Zusammenhang mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (vor allem aus den Gruppen der Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Schmerzmittel) steht, weisen auch Präparate, die ohne Rezept verkauft werden (z. B. Schmerzmittel) ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko auf. Insgesamt ist davon auszugehen, dass etwa jeder zwanzigste erwachsene Bundesbürger akut von einer Medikamentenabhängigkeit oder dem Missbrauch von Medikamenten mit einem Suchtpotenzial betroffen ist (Bundesärztekammer 2007).

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

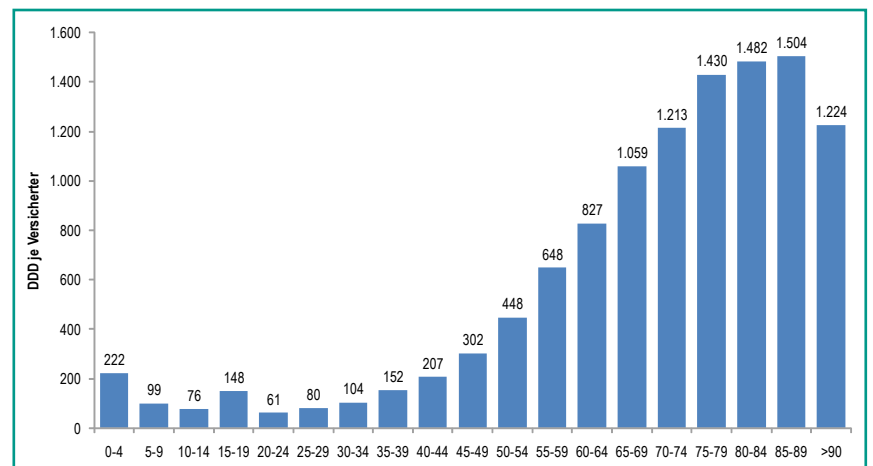


Abb. 1: Arzneimittelverbrauch in DDD (Defined Daily Doses) je Versicherten in der GKV (Coca/Nink 2010).

hängigkeit betroffen. Auch Soyka und Kollegen (2005) vermuten, dass vor dem Hintergrund einer erheblichen Verbreitung von Hypnotika unter den über 65-jährigen (Laux / Dietmaier 2006) möglicherweise von einer erheblich höheren Prävalenz der Arzneimittelabhängigkeit ausgegangen werden muss.

Auch wenn insbesondere Störungen aufgrund des Konsums von Benzodiazepinen – aber auch anderen Medikamenten – kein neues Thema sind, befinden sich Benzodiazepin-Abhängige – wie auch Personen mit anderen Medikamentenabhängigkeiten – nur selten in suchtmedizinischer Behandlung. Holzbach (2008) nimmt als Ursachen für die bundesweit geringe Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen durch Arzneimittelabhängige die fehlende Abwägung zwischen den Vor- und Nachteilen einer Langzeitbehandlung und die Überschätzung der Belastung durch den Entzug an. Medikamentenabhängige stellen eine eigenständige Gruppe innerhalb der Suchtpatienten dar, da es sowohl in der Krankheitsentstehung als auch in der Krankheitsverarbeitung Unterschiede z.B. zu alkoholabhängigen Patienten gibt. So bleibt die Abhängigkeit aufgrund des sozial meist unauffälligen Verhaltens der Betroffenen z. B. häufig wesentlich länger unerkannt und wird auch durch die Betroffenen häufig negiert. Auch erfolgt der Zugang zu Medikamenten in der Regel durch Kontakt mit dem medizinischen System und nicht über Schwarzmärkte oder den freien Markt.

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

Doping am Arbeitsplatz hat sich als ein neueres Phänomen des Arzneimittelmissbrauchs in den letzten Jahren entwickelt. Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als 2 Millionen Menschen in

Deutschland schon einmal zu Arzneimitteln gegriffen haben, um ihre Leistung am Arbeitsplatz zu steigern (DAK Gesundheitsreport 2009). Um diesen neuen Trend im Arzneimittelmissbrauch zu reduzieren, existiert in Deutschland seit 2007 das Gesetz zur Besserung der Bekämpfung des Dopings im Sport (BGBl) sowie eine Dopingmittel-Mengen-Verordnungen. Hauptziel dieses Gesetzes ist es, die international vernetzten kriminellen Strukturen an ihren Aktivitäten zu hindern.

In vielen „typischen“ Fällen der Entwicklung eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von Medikamenten ist davon auszugehen, dass es sich zumindest zu Beginn des Konsums um eine Medikamenteneinnahme im Zusammenhang mit einer Erkrankung und aufgrund ärztlichen Rats gehandelt hat. Auch bei der Teilgruppe, die Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum frei verkäuflicher Medikamente entwickelt, dürfte in der überwiegenden Zahl der Fälle zunächst der Aspekt der (Selbst-) Medikation im Vordergrund gestanden haben. Das unter Begriffen wie „Hirndoping“, „Psycho- oder Neuro-Enhancement“ oder „doping the mind“ bekannte Phänomen der Medikamenteneinnahme zur Leistungssteigerung steht im Gegensatz dazu nicht im Zusammenhang mit der Intention, Krankheitssymptome im weitesten Sinne zu behandeln.

Es existieren verschiedene Definitionen zur Beschreibung des Phänomens, denen gemein ist, dass es sich bei „Neuroenhancement“ um biomedizinische Maßnahmen handelt, die das Ziel haben, die (kognitive, motivationale oder emotionale) Leistungsfähigkeit eines (gesunden) Individuums über das normale, gesunde Maß hinaus zu steigern. Einige Forscher beschränken den Fokus der Betrachtung auf die Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente und differenzieren damit Neuroenhancement deutlich vom Konsum anderer (frei verkäuflicher) Substanzen wie z. B. Kaffee (Koffein) oder Ginkgo Biloba. Insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum von Medikamenten erfolgt in diesem Fall eine Begriffsbestimmung



Foto: Photos.com (Stockbyte)

über die Vorgaben rechtlicher Rahmenbedingungen, die sich regional oder international unterscheiden können und es dann erheblich erschweren, Daten miteinander vergleichen zu können.

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

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

Andere Substanzen, die im Zusammenhang mit Neuroenhancement genannt werden, gehören zu den Gruppen der Antidepressiva (beispielsweise so genannte selektive Serotonin-Wiederauf-

nahmehemmer wie Fluoxetin) oder der Antidementiva (z. B. Donepezil). Grob lassen sich Substanzen zur Optimierung der kognitiven Fähigkeiten (z. B. Methylphenidat, Modafinil, Piracetam oder Memantine) von Arzneimitteln unterscheiden, die zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens eingesetzt werden (z. B. Fluoxetin oder β -Rezeptor-Blocker wie Metoprolol). Insbesondere die große Zahl ethischer aber auch medizinischer Fragen lassen „Neuroenhancement“ gegenwärtig noch weit entfernt von einem gut kontrollierbaren und in der Breite einsetzbaren An-

satz erscheinen. Inwieweit handelt es sich bei den Versprechungen der Befürworter um Übertreibungen, was ist mit den Langzeitfolgen, welche Nebenwirkungen treten für das Individuum und die Gesellschaft auf, welche Rolle spielen Ärzte in diesem Zusammenhang und welche Rolle sollen sie zukünftig spielen, wie groß ist das Risiko der Entwicklungen von Suchterkrankungen, handelt es sich nicht nur um die Folge eines wachsenden Drucks nach äußerer Konformität und wer hat verlässliche Daten? Sicher ist aber, dass die Büchse der Pandora geöffnet ist und insbesondere

betriebliche Präventionsprogramme, die sich bislang im Wesentlichen auf Alkohol und Nikotin konzentriert haben, sich zukünftig auch mit Fragen der pharmakologischen Leistungssteigerung und Emotionsregulation befassen sollten – wissend, dass unsere Erfahrungen und Interventionsangebote in diesen Bereichen der Erweiterung bedürfen. Tableteneinnahme kann man in der Regel nicht riechen – die Ursachen und Folgen des Konsums sollten uns jedoch nicht unberührt lassen. □

Literatur bei den Verfassern

Verbreitung und Perspektiven der Leistungssteigerung durch Neuro-Enhancement

Der Begriff „Neuro-Enhancement“

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

Ein Neuro-Enhancement (NE) ist auf unterschiedlichen Wegen vorstellbar: Neben psychologischen Programmen beispielsweise zur Verbesserung von Lernfähigkeiten kommen auch Techniken der elektrischen Stimulation des Gehirns in Betracht [9]. Im Mittelpunkt der Diskussion steht jedoch das Potenzial bereits existierender bzw. zukünftig unter Umständen verfügbarer Arzneimittel.

Auslöser der breiten Diskussion über NE war eine 2008 von der Zeitschrift Nature durchgeführte Umfrage unter ihren Lesern [5]. Seinerzeit gaben 20 % von 1.400 Befragten an, schon einmal Arzneimittel ohne medizinische Indikation eingenommen zu haben, um Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis zu verbessern.

In Deutschland wurde das Thema NE vor allem durch zwei Publikationen über die wissenschaftlichen Kreise hinaus bekannt gemacht: Der DAK Gesundheitsreport 2009 mit dem Schwerpunktthema „Doping am Arbeitsplatz“ [1] lieferte erstmals Daten über die tatsächliche Verbreitung von Medikamenteneinnahmen mit dem Ziel der Leistungssteigerung sowie über Einstellungen und Bewertungen solchen Verhaltens in der berufstätigen Bevölkerung. Das von sieben Wissenschaftlern aus den Bereichen Medizin, Bioethik und Rechtswissenschaften in einer populärwissenschaftlichen Zeitschrift 2009 publizierte Memorandum „Das optimierte Gehirn“ befeuerte die Diskussion, weil



Autor

Hans-Dieter Nolting, Diplom-Psychologe, ist geschäftsführender Gesellschafter und seit 1991 für das IGES Institut tätig.

es „keine überzeugenden grundsätzlichen Einwände gegen eine pharmazeutische Verbesserung des Gehirns oder der Psyche“ erkennen kann und „im pharmazeutischen Neuro-Enhancement die Fortsetzung eines zum Menschen gehörenden geistigen Optimierungsstrebens“ erblickt [4]. Konsequenterweise fordern die Autoren des Memorandums eine „Enttabuisierung“ und die Förderung gezielter Forschung zur Auslotung der positiven Potenziale des NE.

Kenntnisstand zu Enhancement-Wirkungen von Arzneimitteln

Substanzen mit – zumindest kurzfristig – leistungsbeeinflussenden Wirkungen sind in vielen Kulturen bekannt und verbreitet. Dabei handelt es sich vielfach um pflanzliche Arzneistoffe oder Bestandteile von Nahrungsmitteln (z. B. Koffein, Nikotin). Darüber hinaus werden zahlreiche Neuropsychopharmaka als potenzielle Kandidaten für ein NE angesehen [3]. Am häufigsten genannt werden Arzneimittel aus den Gruppen der Anti-Dementiva, der Anti-Depressiva und der Psychostimulanzien.

Als mögliche NE-Substanzen aus der Gruppe der Anti-Dementiva werden sowohl die Acetylcholinesterasehemmer (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin) diskutiert, als auch Wirkstoffe, die das Glutamatsystem beeinflussen (Memantine). Im Hinblick auf leistungssteigernde Effekte dieser Substanzen bei Gesunden gibt es bisher keine überzeugenden Belege [6].

Insbesondere die neueren Anti-Depressiva werden bisweilen als mögliche NE-Substanzen angesehen. Neben der Hoffnung auf eine positive Beeinflussung der Stimmung („Mood Enhancement“) werden auch Wirkungen auf kognitive Leistungen diskutiert. Die bisherige Studienlage zur Anwendung von Anti-Depressiva bei Gesunden bestätigt diese Hoffnungen jedoch weder für die Stimmungsaufhellung, noch für kognitive Funktionen [8].

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

- Methylphenidat ist für die Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) bei Kindern zugelassen. Die amphetaminähnliche Substanz unterliegt dem Betäubungsmittelrecht und soll von (nicht an ADHS erkrankten) Schülern und Studenten gern als Mittel zur Steigerung von Wachheit und Konzentrationsfähigkeit genutzt wer-



Foto: Photos.com (John Foxx)

den. Die neueren wissenschaftlichen Studien zur Anwendung von Methylphenidat bei Gesunden haben keine Verbesserung der Aufmerksamkeit und allenfalls schwache Effekte auf die Gedächtnisleistung gefunden. Bei Einnahme über mehrere Wochen wurden keine Enhancement-Wirkungen festgestellt [7].

- Modafinil ist seit Beginn des Jahres 2011 nur noch zur Behandlung von Erwachsenen mit exzessiver Schläfrigkeit (Narkolepsie) zugelassen. In Bezug auf andere Indikationen, die ebenfalls mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit einher gehen (z. B. Schichtarbeitersyndrom, Schlaf-Apnoe-Syndrom), wurde die Zulassung durch die Europäische Arzneimittelagentur wieder entzogen. Modafinil soll die kognitive Leistungsfähigkeit insbesondere bei Schlafentzug verbessern und wird daher seit längerem durch das Militär intensiv beforscht. Studienergebnisse zeigen in der Tat positive Effekte auf kognitive Leistungen nach längerem Schlafentzug. Die Befunde zu Modafinil ohne vorangehenden Schlafentzug sind widersprüchlich [7].

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf alle hier angesprochenen Substanzen konstatieren, dass es bisher keine überzeugenden wissenschaftlichen Belege für positive Effekte auf die geistige Leistungsfähigkeit von gesunden Menschen gibt.

Bei allen Substanzen handelt es sich um Medikamente, die bei bestimmten Krankheiten wirksam sind, die aber natürlich auch unerwünschte Wirkungen

haben. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen sieht beispielsweise bei Methylphenidat und Modafinil ein „hohes psychisches Abhängigkeitspotenzial“ [2]. Angesichts der weitgehend fehlenden Belege für die erwünschten Enhancement-Effekte dürfte die Nutzen-Risiko-Abwägung daher bei allen Substanzen klar negativ ausfallen.

Verbreitung von Neuro-Enhancement unter Berufstätigen

Die Häufigkeit der Anwendung von Neuro- und Psychopharmaka durch gesunde erwerbstätige Personen mit dem Ziel der Leistungs- oder Stimmungsverbesserung ist in Deutschland erstmals 2008 durch das IGES Institut im Rahmen der Erstellung des DAK-Gesundheitsreports 2009 untersucht worden [1]. Eine Stichprobe von 3.017 erwerbstätigen Personen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren wurde nach ihren Kenntnissen und Einstellungen gegenüber der Möglichkeit der pharmakologischen Leistungssteigerung sowie den aktuellen Konsummustern gefragt.

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

- 43 % der Befragten hatten bereits davon gehört, dass Medikamente zur Therapie von Alzheimer oder Depressionen möglicherweise auch bei Gesunden wirken können.
- Ein Fünftel war der Meinung, dass die Risiken solcher Medikamente im Vergleich zum Nutzen vertretbar

sind. Dieser Anteil lag noch etwas höher (26 %) bei Befragten, die sich Sorgen machten, dass ihre geistige Leistungsfähigkeit nachlassen könnte.

- 21 % hatten bereits die Erfahrung gemacht, dass ihnen ohne medizinisch triftige Gründe Arzneimittel zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Stimmung empfohlen wurden.

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

Hinsichtlich der bevorzugten Wirkungen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Frauen nehmen eher Substanzen zur Stimulierungsbeeinflussung, Männer bevorzugen Medikamente mit leistungsrelevanten Wirkungsprofilen.

In der DAK-Umfrage wurde auch erhoben, unter welchen Umständen die Einnahme von leistungssteigernden Medikamenten ohne medizinische Indikation den Befragten als vertretbar erscheint. Für das Ziel „Gedächtnisleistung und Konzentration im Beruf allgemein zu steigern“ erscheint etwa einem Viertel auch der Einsatz von Medikamenten gerechtfertigt. „Um bei Termindruck länger arbeiten zu können“ ist für immerhin acht Prozent ein hinreichender Grund. Die Analyse zeigt, dass Befragte, die ihre persönliche Arbeitssituation als „durch hohen Stress geprägt“ einstufen, stets zu einem höheren Anteil ein vermeintlich hilfreiches „Doping“ als akzeptabel einstufen, als Personen, die ihre Arbeit als „überwiegend angenehm und gut zu schaffen“ bewerten.

Perspektiven des Neuro-Enhancement

Die skizzierten Forschungsergebnisse zur Eignung und Wirksamkeit der gegenwärtig verfügbaren NE-Substanzen stehen bei nüchterner Betrachtung in eklatantem Widerspruch zu dem Aufhebungs, das bisweilen von dem Thema gemacht wird. Auch die Ergebnisse zur Verbreitung der Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten zur Leistungssteigerung durch Gesunde zeigen, dass es sich bisher um ein seltenes Phänomen handelt.

Dies muss allerdings nicht so bleiben. Bereits laufende Entwicklungen wie die fortschreitende Etablierung von Lifestyle-Medikamenten und die Medikalisierung von natürlichen Alterungsprozessen (Anti-Aging-Medizin) schaffen grundsätzlich günstige Voraussetzungen für NE. Angesichts schrumpfender Erlöspotenziale auf dem ersten Arzneimittelmarkt, dürfte die Entwicklung von Produkten für den zweiten (Selbstzahler-)Markt für die Industrie attraktiv sein. Durch die von Kostendämpfung und Leistungsausgrenzungen geprägte Entwicklung der GKV sowie die weite Verbreitung von „Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)“ gewöhnen sich die Versicherten zunehmend daran, bestimmte Leistungen selbst zu bezahlen. Im Zusammenhang damit haben auch viele Ärzte entsprechende Fortschritte in Richtung eines Selbstverständnisses als nicht nur Heilkundige, sondern auch wunscherfüllende Dienstleister gemacht. Fügt man noch den durch das Internet stark erleichterten (illegalen) Zugang zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln hinzu, dann ist es durchaus möglich, dass aus dem Neuro-Enhancement noch eine sehr ernst zu nehmende Entwicklung wird.

Nicht zuletzt könnte das Neuro-Enhancement zu einer wichtigen Frage für die Arbeitsmedizin werden, denn es ist zumindest denkbar, dass Entwicklungen in der modernen Arbeitswelt in diesem Zusammenhang eine treibende Rolle spielen werden: Angesichts der alternenden Erwerbstätigenpopulationen in den

traditionellen Industrieländern bei gleichzeitig hohem Wettbewerbsdruck (auf die Unternehmen und den einzelnen Beschäftigten gleichermaßen) dürften hinreichende Anreize bestehen, den (natürlicherweise) auftretenden Einschränkungen in bestimmtem Leistungsbereichen im höheren Lebensalter notfalls auch mit pharmakologischen Mitteln aufzuhelfen. □

Hinweis: Bei dem Beitrag handelt es sich um eine überarbeitete und ergänzte Fassung eines Artikels, der in der Zeitschrift Die BKK (04 / 2012) erschienen ist.

Literaturverzeichnis

- [1] Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK). DAK-Gesundheitsreport 2009. Doping am Arbeitsplatz. www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2009.pdf; abgefragt 22. 03. 2012
- [2] Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): Hirndoping. Die Position der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/2011-06-20_Positionspapier_Hirndoping.pdf, abgefragt 22. 03. 2012.
- [3] Förstl, H.: Neuro-Enhancement. *Nervenarzt* 2009; 80: 840–846.
- [4] Galert, T., Bublitz, C., Heuser, I., Merkel, R., Repantis, D., Schöne-Seifert, B., Talbot, D.: Das optimierte Gehirn. *Gehirn & Geist*, 11 / 2009: 1–12.
- [5] Maher, B.: Poll results: look who's doping. *Nature* 2008; 452: 675–675.
- [6] Repantis, D., Laisney, O., Heuser, I.: Acetylcholinesterase inhibitors and memantine for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Pharmacological Research* 2010; 61: 473–481.
- [7] Repantis, D., Laisney, O., Heuser, I.: Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Pharmacological Research* 2010; 62: 187–206.
- [8] Repantis, D., Schlattmann, P., Laisney, O., Heuser, I.: Antidepressants for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Poesis & Praxis* 2009; 6: 139–174.
- [9] Sauter, A., Gerlinger, K.: Der pharmakologisch verbesserte Mensch. *Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag*. Berlin: edition sigma 2012.

Voraussetzungen für eine erfolgreiche betriebliche Suchtarbeit und Suchtprävention

Jeder fünfte Beschäftigte hält es inzwischen für vertretbar, die Arbeitsleistung mit verschreibungspflichtigen Medikamenten zu steigern. Dadurch hat sich auch der Umgang mit den Themen Gesundheit und Betriebliches Gesundheitsmanagement in den letzten Jahren verändert. In zukunftsorientierten Unternehmen, die wettbewerbsfähig sein wollen, wird der Begriff der Prävention ernst genommen: Gehandelt wird nicht erst, wenn Beschäftigte erkranken, sondern es werden präventive Strategien entwickelt, damit die Beschäftigten gesund und arbeitsfähig bleiben. Diese sollten dann – optimalerweise – auch in allen Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements konsequent umgesetzt werden: Sei es durch die Gefährdungsbeurteilung körperlicher wie psychischer Belastungen, die Anbindung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements oder auch Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Auch in der betrieblichen Suchtarbeit, als ein wesentliches Handlungsfeld im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, sind solche präventiven Strategien erforderlich. So setzen mittlerweile viele Unternehmen nicht mehr nur auf die reine Begleitung der Betroffenen, sondern klären die Beschäftigten auf, verbinden die Gefährdungsbeurteilungen und das betriebliche Eingliederungsmanagement mit der Frage nach suchtförderlichen Arbeitsbedingungen und verbinden die Suchtarbeit mit den anderen Gesundheitsthemen, um dem Entstehen von Suchtkrankheiten in der Arbeitswelt vorzubeugen.

Vom Suchtkrankenhelfer zum betrieblichen Suchtberater

Früher gehörte es zu den klassischen Aufgaben des Suchtkrankenhelfers in erster Linie, Betroffene, meist mit Alko-



Autorinnen

Cornelia Wendt-Danigel, Sabine Heegner



holabhängigkeit, in therapeutische Maßnahmen außerhalb des Betriebs zu begleiten und sie nach ihrer Rückkehr helfend bei der Wiedereingliederung am richtigen Platz zu unterstützen. Suchtkrankenhelfer sind oftmals selbst (trockene) Betroffene, die mit ihrer eigenen Erfahrung die Abhängigen auf dem Weg des „Trockenwerdens“ unterstützen. Dies ist ein wesentlicher Teil der Suchtarbeit im Betrieb.

Aufgrund der Veränderungen in der Arbeitswelt verändert sich auch das Aufgabenspektrum des Suchtkrankenhelfers: Während früher der Schwerpunkt auf der Begleitung der Betroffenen lag, so koordiniert der betriebliche Suchtberater auch präventive Maßnahmen und die Anbindung der Suchtarbeit an den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. So ist der Suchtberater in der betrieblichen Suchtarbeit mittlerweile zu einem wichtigen Akteur geworden und gehört mit zu einem Hilfesystem, das viele Betriebe den Betroffenen anbieten.

Dabei ist eine neue Ausbildung und Orientierung, die diese Entwicklung berücksichtigt, wesentlich. (um hier eine sach- und fachgerechte Unterstützung im Betrieb aufzubauen, hat das DGB-Bildungswerk die Ausbildung zum betrieblichen Suchtberater, zur betrieblichen Suchtberaterin konzipiert. Diese Ausbildung ist angelehnt an die von der DHS entwickelten „Qualitätsstandards zur betrieblichen Suchtprävention“).

Veränderungen in der betrieblichen Suchtprävention

Mit steigenden Belastungen verändert sich auch das Krankheitsspektrum, mit dem der Betriebsarzt zu tun hat: Nicht nur psychische Erkrankungen allgemein, sondern auch Suchterkrankungen im Betrieb nehmen in den letzten stetig Jahren zu. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, muss die Prävention in der betrieblichen Suchtarbeit stärker als bisher im Vordergrund stehen. Wichtig ist hier nicht nur die Aufklärung der Beschäftigten über den riskanten Konsum von Suchtmitteln, sondern auch das Entwickeln von Maßnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement:

Hierzu gehört beispielsweise auch die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung zu körperlichen und psychischen Belastungen: Betriebe, die eine gezielte Suchtprävention betreiben wollen, sollten die Gefährdungsbeurteilung um die Beurteilung und den Abbau suchtförderlicher Arbeitsbedingungen erweitern. Aber auch die Qualifizierung der Führungskräfte kann eine wesentliche präventive Maßnahme darstellen: Es muss klar sein, dass die Führungskräfte die Verantwortung für das Führen von schwierigen Gesprächen im Stufenplan haben und welche Unterstützungsmöglichkeiten durch den betrieblichen Suchtberater auch für die Führungskräfte gegeben werden können.

Die gesetzlichen Grundlagen bieten für die Suchtprävention eine gute Basis:

- Die Arbeitsstättenverordnung hat mit dem NichtraucherInnenschutz bereits wichtige Zeichen gesetzt.
- Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (SGB IX) bietet die Möglichkeit, die Betroffenen wieder am Arbeitsplatz einzugliedern.
- Das Arbeitsschutzgesetz fordert mit dem Durchführen von Gefährdungsbeurteilungen körperlicher wie psychischer Belastungen die menschengerechte Gestaltung der Arbeit. *Hierzu gehört auch der Abbau suchtförderlicher Arbeitsbedingungen.*
- Die Unfallverhütungsvorschrift BGV A1 beinhaltet, dass die Beschäftigten sich selbst und andere nicht durch den Konsum von berauschenden Mitteln am Arbeitsplatz gefährden dürfen.

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

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

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

Aber es treten auch andere Themen als Alkohol in den Blickpunkt des heutigen Suchtberaters / in. So haben wir eine Zunahme der Medikamentenproblematik, der Essstörungen und in manchen Bereichen auch von anderen, „harten“ Drogen. Themen wie Arbeitssucht oder Internetsucht können heute aus der betrieblichen Suchtarbeit nicht mehr herausgehalten werden. Klar ist natürlich, dass diese Probleme schon bei der Erkennung andere Herangehensweisen brauchen, als „nur“ Alkoholabhängige zu begleiten.

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

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

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

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

Durch die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers (z. B. § 3-6 ArbSchG, § 618 BGB) ergibt sich der Handlungsbedarf in den Betrieben: Der berauschte Mitarbeiter stellt für sich und andere eine Gefahr dar und muss, aufgrund der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, ggf. vom Arbeitsplatz entfernt werden.

In der betrieblichen Praxis gestaltet sich dies allerdings oftmals problematisch: In der Regel ist sich der Betroffene keiner Schuld bewusst und schätzt die Situation dementsprechend anders ein als der Vorgesetzte. Als Möglichkeit der Entlastung werden dem Betroffenen mittlerweile in vielen Betrieben Alkoholtests oder auch Drogenscreenings angeboten. Dabei gilt allerdings Vorsicht: Die Teilnahme an einem solchen Test ist freiwillig. Sie sollte lediglich zur Entlastung des Betroffenen dienen. Generelle Drogentests sollten ebenfalls mit Vorsicht behandelt werden. Dabei sollte vor allem von der betrieblichen Interessenvertretung hinterfragt werden, warum diese Tests durchgeführt werden.

Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers erstreckt sich an diesem Punkt auch auf einen sicheren Heimweg des Betroffenen bis hinter die Wohnungstür.



Abb. 2: Handlungsfelder in der betrieblichen Suchtarbeit, eigene Darstellung

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

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

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

3. Verfahrensweise des Betriebs mit suchtkranken MitarbeiterInnen (Stufenplan)

Das zentrale Handlungsfeld in der betrieblichen Suchtarbeit ist die Gestaltung des Stufenplans (oftmals auch Interventionskette genannt). In vielen Betriebs- und Dienstvereinbarungen bildet dieser das Herzstück der Vereinbarung, da hier der konkrete Umgang mit dem Betroffenen aufgezeigt ist. Ziel eines jeden Stufenplans ist die Verhaltensänderung des Betroffenen. Der Stufenplan soll auf den Betroffenen durch verschiedene aufeinander aufbauende Interventionsstufen einen konstruktiven Druck ausüben und somit eine Verhaltensänderung herbeiführen. – Ein Beispiel für einen Stufenplan ist zu finden im Buch „Doping am Arbeitsplatz“.



Foto: Photos.com (Robert Kreschke)

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

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

Gibt es einen Arbeitskreis Sucht und welche Aufgaben hat dieser?

Gibt es eine Verbindung zum Arbeitsschutzausschuss?

Wie und Was ist die Rolle der Führungskräfte? (Verantwortung!)

Welche Rolle und Aufgaben hat die betriebliche Suchtberatung?

Wie ist die Qualifizierung geregelt? (Suchtberatung, Führungskräfte, Beschäftigte)

Wie ist die Organisation bei Beseitigung von Ursachen, die Suchtmittelkonsum fördern?

(Anbindung an den Arbeitsschutz!) Welche weiteren Präventionsmaßnahmen sind geplant? z. B. Aufklärung und Information über Gefährdungen

durch Suchtmittel auf Betriebsversammlungen, Aushänge, Intranet

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

Der Arbeitskreis Sucht ist in vielen Unternehmen ein zentrales Steuerungsgre-

mium in der betrieblichen Suchtarbeit. Teilnehmende können z. B. die betriebliche Suchtberatung, Führungskräfte aber auch der Arbeitsmediziner (als Berater) sein. Dieses Gremium kann die oben genannten Aufgaben gut steuern und koordinieren.

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

Wie sich durch die Darstellung der vorangegangenen vier Themenfelder an mehreren Punkten gezeigt hat, bietet die Betriebsvereinbarung Sucht eine gute Grundlage für alle beteiligten AkteurInnen mit dem Thema umzugehen. Hat die Betriebs- und Dienstvereinbarung alle in den vier Themenfeldern genannten Punkte geregelt, so bietet sich hier für alle AkteurInnen ein entscheidender Vorteil: Alle wissen, was wann von wem im Fall der Fälle zu tun ist! So sind Verantwortlichkeiten klar geregelt (beispielsweise Führungskräfte führen die Gespräche mit den Betroffenen) und die Aufgaben eines jeden einzelnen (beispielsweise Rolle des Betriebs- / Personalrats und auch der betrieblichen Suchtberatung als weitere Ansprechpartner, bzw. Berater) sind festgelegt. Musterbetriebsvereinbarung können hier positive Impulse geben, sollten aber nicht 1:1 übernommen werden. Eine gute Orientierung bietet hier das Archiv Betriebs- und Dienstvereinbarungen der Hans-Böckler-Stiftung (www.boeckler.de/betriebsvereinbarungen). □

Prävention von Hirndoping am Arbeitsplatz



Autor

Dr. Tilmann Holzer ist Referent bei Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit

1. Hirndoping – die Leistungsfähigkeit der Mitte an der „final frontier“?

Während der Mensch als Mängelwesen in den vergangenen Jahrhunderten meist mit seiner körperlichen Ausstattung haderte, so beklagt sich der moderne Mensch in der Wissensgesellschaft zunehmend über sein scheinbar unzureichendes kognitives Leistungsvermögen. Die Motivation zum Hirndoping ist, das zeigen die bisherigen Umfragen, unter Wissenschaftlern, Studierenden und mit Einschränkungen Oberstufenschülern am höchsten. In der beruflichen Praxis entsteht „berufsbedingt“ in Unternehmensberatungen und bestimmten, stark am individuellen Wettbewerb ausgerichteten Unternehmen wie beispielsweise den Investmentabteilungen im Bankengeschäft ein „natürliches“ Interesse an Wegen zur Leistungssteigerung.

Verschiedene Faktoren deuten darauf hin, dass Hirndoping in Zukunft eher eine größere Verbreitung finden wird. Zu diesen Faktoren zählt der zunehmende, insbesondere der individualisierte Leistungsdruck an einzelnen Arbeitsplätzen, der härtere Wettbewerb um gute Schulnoten als Zugangsvoraussetzung zu höheren Bildungsanstalten sowie strukturelle Reformen, wie z. B. der Bologna-Prozess mit seiner hohen Prüfungsdichte. Verstärkt werden diese Faktoren durch eine latent bejahende Diskussion von Hirndoping unter einigen Neurowissenschaftlern und Neuroethikern.

2. Hirndoping ist mehr als Arzneimittelmisbrauch

Die umfassendste und aktuellste Definition von Hirndoping liefert der Mainzer Professor für Psychiatrie Klaus Lieb: „Unter Hirndoping versteht man den

Versuch gesunder Menschen, die Leistungsfähigkeit des Gehirns durch die Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten zu verbessern. Dabei ist die Einnahme nicht medizinisch indiziert, die Substanzen wurden nicht ärztlich verordnet und der Konsum erfolgt nicht aus Genussgründen. Als Hirndoping bezeichnet man daher auch nicht den Konsum von Koffein oder pflanzlichen Produkten wie Extrakten des Baumes Ginkgo biloba, die auch zur geistigen Leistungssteigerung eingenommen werden, aber frei verkäuflich sind.“¹

Diese Definition ist hinsichtlich der Motivation für Hirndoping, also der Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gehirns, nachdrücklich beizupflichten. Hingegen ist die Beschränkung auf „verschreibungspflichtige Medikamente“ zu eng gefasst und das implizite Kriterium hierfür, die Rechtslage nach Arzneimittelgesetz, eine sozial konstruierte Trennlinie, die verschiedene Substanzen, die zum Doping am Arbeitsplatz eingesetzt werden, letztlich ausschließt. Zu diesen Substanzen zählen beispielsweise verschiedene Amphetamine und Kokain, beide dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt. Derartige Substanzen werden auch zu Genussgründen eingesetzt, aber auch seit Jahrzehnten zur Leistungssteigerung am Arbeitsplatz.

Beispielsweise werden auch Koffeintabletten zielgerichtet zum Hirndoping eingesetzt und sind aufgrund ihrer pharmakologischen Wirksamkeit auch dafür geeignet. Die legalistische Definition von Lieb muss aber sowohl alle leistungssteigernden Betäubungsmittel, alle freiverkäuflichen Arzneimittel (wie Koffeintabletten) und alle (noch) nicht durch das Arzneimittelgesetz, aber beispielsweise im Ausland via Internet bereits bestellbaren Substanzen, per

Definition ausschließen. Da diese Substanzgruppen eine mehr oder weniger große Relevanz für die Praxis des Hirndopings in Betrieben besitzen, ist Lieb's Definition zu eng gefasst.

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

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

Am einfachsten zu beantworten ist diese Frage für Substanzen, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt sind: deren Verwendung mit dem Ziel des Hirndopings ist illegal. Gleichfalls dürfen verschreibungspflichtige Arzneimittel nur zur Therapie von bestimmten Krankheiten eingesetzt werden und nicht zum Hirndoping (Ritalin, Modafinil).

¹ Lieb 2010: 25



Foto: Photos.com (Julien Tromeur)

Beide Substanzgruppen werden dennoch durch illegale Beschaffung zu Hirndopingzwecken eingesetzt. Hier stellen sich in erster Linie kriminalistische Fragen hinsichtlich der Unterbindung des illegalen Handels mit diesen Substanzen zu Zwecken des Hirndopings. Da die ethische Diskussion zu Hirndoping den rechtlichen Status der betroffenen Substanzen aber latent ausklammert, soll hierzu grundsätzlich Stellung bezogen werden.

Erstens ist die Einnahme von psychoaktiven Substanzen zu *Genusszwecken* so alt wie die Menschheit, gleichfalls die kontroverse Geschichte ihrer rechtlichen Regelung.² Während sich insbesondere Psychiater und andere Neurowissenschaftler meist sehr kritisch zur Einnahme von psychoaktiven Substanzen zu Genusszwecken äußern, so ist die Bewertung des Hirndopings in derselben Wissenschaftlergruppe deutlich positiver. Am deutlichsten kam dies in einer Umfrage des führenden Fachmagazins *Nature* zum Ausdruck: 80 % der Befragten stimmten der Freigabe von Hirndoping für Erwachsene zu.³

Dieser Auffassung ist aus mehreren Gründen zu widersprechen. Erstens besteht beim regelmäßigen Hirndoping im Gegensatz zum maßvollen Genusskonsum (beispielsweise von einem Glas Wein) die Gefahr der Schädigung Dritter durch die Einnahme von hochwirksamen psychoaktiven Substanzen. Das Urteilsvermögen kann sich unter dem Einfluss dieser Substanzen verändern, zu den typischen Phänomenen bei langfristiger Amphetamin-Einnahme zählen beispielsweise Paranoia, Appetitverlust und Herzkreislaufbeschwerden. Während der Appetitverlust unter dem Aspekt des Hirndopings wenig relevant erscheint, kann Paranoia zu äußerst problematischen Folgen führen.

Die Einnahme von Substanzen zu Zwecken des Hirndopings ist immer mit Nebenwirkungen verbunden. Aber auch die normale, intendierte Wirkung kann,

insbesondere bei Dauereinnahme zu Schädigungen führen. Die Dauereinnahme von Amphetaminen oder Ritalin kann zu einer Abhängigkeitserkrankung führen. Auch alltägliche und damit implizit „harmlose“ Genussmittel besitzen erstens ein breites Wirkungsspektrum und können zudem durchaus problematische Nebenwirkungen entfalten. Koffein regt nicht nur das Zentralnervensystem an (der Hirndopingeffekt, ohne den die moderne Arbeitswelt kaum möglich wäre) sondern erhöht auch die Kontraktionskraft des Herzens, steigert die Herzfrequenz, verengt die Blutgefäße im Gehirn und erweitert sie an der Peripherie und regt die Peristaltik des Darms an. Die Einnahme von hohen Dosen Koffein kann zu speziellen Schlafstörungen, Abhängigkeit, Kopfschmerzen, Ermüdungserscheinungen, Gereiztheit und Konzentrationsstörungen führen. Ähnliches gilt in abgewandelter Form für alle anderen psychoaktiven Substanzen: ihre Einnahme ist immer mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden und sollte daher nicht zu Zwecken des Hirndopings erfolgen. Hier ist die Wirkung dieser Substanzen erneut in den Blick zu nehmen. Meist werden durch Hirndoping die Sicherheitsreserven an physischer und psychischer Energie aktiviert. Dadurch wird für einen zusätzlichen Zeitraum Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, indirekt die Fähigkeit, sich zu erinnern, angeregt. Hirndoping steigert jedoch nicht die Intelligenz und senkt tendenziell die Kreativität.⁴ Da die Wirkung von Substanzen zu Hirndopingzwecken sich letztlich auf eine Ausschaltung von bio-

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

4. Maßnahmen zur Prävention von Hirndoping

Betrieblich bieten sowohl die Instrumente des Gesundheitsmanagements als auch der betrieblichen Suchtprävention vielfältige und noch zuwenig genutzte Möglichkeiten einerseits die Auslöser für Hirndoping präventiv zu reduzieren und andererseits konkrete Fälle des leistungssteigernden Substanzmissbrauchs als inakzeptabel zu thematisieren. □

Literaturverzeichnis:

- Amendt, Günter (2000): *Kokain ist überall, wo in Hochgeschwindigkeit gearbeitet wird*, in: *Berliner Zeitung* vom 24. 10. 2000
- DAK (2009): *Gesundheitsreport 2009*, Hamburg
- Genterczewsky, C. (2008): *Kokaindealer im bürgerlichen Milieu*, in: *Werse, Bernd: Drogenmärkte. Strukturen und Szenen des Kleinhandels*, Campus Verlag, Frankfurt
- Holzer, (Tilmann 2007): *Die Geburt der Drogenpolitik aus dem Geist der Rassenhygiene. Deutsche Drogenpolitik von 1933 bis 1972*, Norderstedt
- Lieb, Klaus (2010): *Hirndoping. Warum wir nicht alles schlucken sollten*, Patmos, Mannheim
- Maier, B. (2008): *Look who's doping*, in: *Nature*, 452: 674–675
- Seddon, Toby (2010): *A History of Drugs. Drugs and Freedom in the Liberal Age*, Abingdon
- Sürmann, Heike (2007): *Arzneimittelkriminalität – ein Wachstumsmarkt? Köln*
- The Independent*, 3. 1. 2003, *US pilots in friendly fire case „were given amphetamines“*

² exemplarisch Seddon 2010 und für Deutschland Holzer 2007

³ *Nature-Umfrage*, bei Lieb S. 125

⁴ Lieb 2010: 96

Alkohol am Arbeitsplatz: Wenn die Sucht den Job gefährdet

Schätzungen zufolge gelten drei bis fünf Prozent aller Beschäftigten in Deutschland als alkoholkrank, weitere fünf Prozent betreiben einen gefährlichen und zirka 15 Prozent einen schädlichen Suchtmittelkonsum. Alkohol führt allerdings schon in geringen Mengen zu erheblichen Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und zu einem erhöhten Fehler- und Unfallrisiko. Qualitätsverluste, Sicherheitsrisiken und ein schlechtes Betriebsklima sind oft die Folge.

Aufgrund der Fürsorgepflicht ist jeder Arbeitgeber verpflichtet, für die Sicherheit seiner Mitarbeiter zu sorgen und ihre Gesundheit durch unternehmensinterne Maßnahmen zu fördern. Hierzu gehört auch das Thema Suchtmittel. Arbeitnehmer, die übermäßig Alkohol konsumieren oder am Arbeitsplatz alkoholisiert erscheinen, gefährden nicht nur die eigene Gesundheit, sondern auch die Sicherheit am Arbeitsplatz. Die Hauptgefahr geht dabei von verminderter Wahrnehmungs- und Konzentrationsfähigkeit, der Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und – bei chronischem Konsum – von Gesundheitsschäden aus. So ist laut World Health Organisation (WHO) bei mindestens jedem fünften Arbeitsunfall Alkohol im Spiel. Außerdem fehlen riskant konsumierende Arbeitnehmer 16-mal häufiger am Arbeitsplatz und sind bis zu 2,5-mal häufiger krank.

Neben dem Verlust der Arbeitsleistung entstehen zusätzlich hohe betriebswirtschaftliche Kosten sowie eine schlechte Betriebsstimmung und nicht zuletzt droht ein erheblicher Imageschaden. Daher lohnt es sich für Unternehmen in jeder Hinsicht, ein Suchtpräventionsprogramm einzuführen. Es kann beispielsweise eine Betriebs- / Dienstvereinbarung erstellt werden, die unter anderem ein allgemeines Nüchternheitsgebot am Arbeitsplatz beinhaltet.



Foto: Photos.com (George Doyle)

Risikofaktoren am Arbeitsplatz

Der übermäßige Konsum von Alkohol kann seinen Ursprung sowohl im privaten als auch im beruflichen Umfeld haben. Anders als bei persönlichen Hintergründen können Arbeitgeber betriebsinterne Bedingungen so beeinflussen, dass sie einen riskanten Konsum von Suchtmitteln nicht fördern. Denn die Risikofaktoren am Arbeitsplatz sind zahlreich. Aspekte wie ständige Unter- oder Überforderung, hoher Leistungsdruck, zu viel oder zu wenig Verantwortung, Stress oder fehlende Anerkennung und Wertschätzung für die geleistete Arbeit können den Griff zur Flasche begünstigen. Aber auch Umweltbelastungen wie Lärm, Staub und Hitze, ein schlechtes Betriebsklima und Mobbing sowie Arbeitsplatzunsicherheit können einen Missbrauch auslösen. Dies gilt besonders, wenn im Unternehmen Alko-

hol verfügbar ist und ein sozialer Druck zum Mittrinken besteht.

Risikanten Alkoholkonsum erkennen

Ein Vorgesetzter kann nicht diagnostizieren, ob ein Mitarbeiter suchtkrank ist, und es gehört auch nicht zu seinen Aufgaben. Er kann aber diverse Auffälligkeiten feststellen, die auf ein gefährliches Konsumverhalten hinweisen. Verhaltensänderungen und Leistungsschwankungen müssen zwar nicht unbedingt durch ein Alkoholproblem ausgelöst werden, dennoch muss die Führungsperson handeln und ein Gespräch mit dem Mitarbeiter suchen. Riskantes Konsumverhalten ist entweder direkt beobachtbar, zum Beispiel bei betrieblichen Feiern, oder führt zu körperlichen Veränderungen, Persönlichkeitsveränderungen sowie zu verändertem Arbeits- und Sozialverhalten.

- **Körperliche Anzeichen, die auf Alkoholmissbrauch hinweisen können sind:** Zitternde Hände, Schweißausbrüche, Gleichgewichtsprobleme, Artikulationsschwierigkeiten, verlängerte Reaktionszeit, aufgedunsene und gerötete Gesichtshaut, glasige Augen und Vernachlässigung oder besondere Beachtung des äußeren Erscheinungsbildes.
- **Persönlichkeitsveränderungen:** Extreme Stimmungsschwankungen insbesondere vor Pausen oder Arbeitsende, Rückzug von Kollegen, Kunden und Vorgesetzten sowie Überreaktion auf Kritik.
- **Verändertes Arbeitsverhalten:** Häufige kurze Abwesenheit vom Arbeitsplatz, Unpünktlichkeit, kurzfristige Kurzurlaube oder Gleitzeitnahme ohne Ankündigung, häufige Fehltag ohne ärztlichen Nachweis, Unzuverlässigkeit, nachlassender Arbeitseinsatz, unerklärliche Leistungsschwankungen, vermehrtes Auftreten von Fehlern und Konzentrationsstörungen.
- **Veränderte Trinkgewohnheiten:** Bei feierlichen Anlässen wird viel Alkohol getrunken, Anlegen von Alkoholdepots und heimliches Trinken, häufige Alkoholfahne oder der Versuch, diese mit Mundwasser, Pfefferminzbonbons, Parfum oder ähnlichem zu überdecken.

Handlungsmöglichkeiten

Sobald der äußere Anschein eines Mitarbeiters den Eindruck erweckt, dass er alkoholisiert ist, muss der Vorgesetzte entscheiden, ob der Mitarbeiter seine Arbeit weiter erledigen kann, ohne sich selbst oder andere in Gefahr zu bringen. Bestehen daran Zweifel, ist er für den Tag von seiner Tätigkeit zu entbinden. In der Regel ist dem Vorgesetzten nicht zuzumuten, nach Promillewert zu entscheiden, weshalb der Verstoß gegen die „Punktnüchternheit“ bereits im Widerspruch zur erbringenden Arbeitsleistung steht. Für die Feststellung der Beeinträchtigung ist kein Alkoholttest notwendig – allein der Eindruck, den



Foto: Photos.com (Stockbyte)

die Führungskraft gewonnen hat, reicht aus. Man muss aber den Mitarbeiter darauf hinweisen, dass er einen Alkoholttest durchführen lassen kann, um sich gegebenenfalls vom Verdacht zu befreien. Bei der Beurteilung der Alkoholisierung

ist es sinnvoll, eine weitere Person, beispielsweise ein Mitglied der Personalvertretung, hinzuzuziehen und die auffälligen Verhaltensweisen zu notieren.

Checkliste von TÜV SÜD

Die Suchtbeauftragten des TÜV SÜD haben eine Checkliste zur Sensibilisierung für die Mitarbeiter von Unternehmen und Einzelpersonen entwickelt. Er ist unter www.tuev-sued.de/suchtpraevention abrufbar. □

Das Bundesgesundheitsamt schätzt die gesellschaftlichen Folgekosten von Alkoholerkrankungen auf mehr als 20 Milliarden Euro pro Jahr.

40 Fehltage mehr bei Alkoholproblemen

Erwerbspersonen mit Alkoholproblemen sind öfter und länger krankgeschrieben. Sie fehlen innerhalb eines Jahres im Schnitt 40,3 Tage länger am Arbeitsplatz als jene, bei denen kein Alkoholproblem besteht. Das ist eine wesentliche Erkenntnis aus dem Barmer GEK Gesundheitsreport Baden-Württemberg 2012.

Etwa fünf Prozent der Mitarbeiter von Unternehmen betreiben einen riskanten Alkoholkonsum, bei jeder sechsten Kündigung geht es um Alkohol. Eine Erwerbsperson aus Baden-Württemberg ohne Alkoholproblem fehlt durchschnittlich an 13 Tagen krankheitsbedingt am Arbeitsplatz (Bundesdurchschnitt: 15,4 Tage). Erwerbspersonen, bei denen ein Alkoholproblem besteht, sind innerhalb eines Jahres 40,3 Tage länger krankgeschrieben.

Dabei sind Alkoholprobleme aber nur selten direkter Grund für eine Krankschreibung (0,2 Prozent). Stattdessen werden die Betroffenen vor allem wegen psychischer Erkrankungen, Verletzungen und Magen-Darm-Problemen arbeitsunfähig geschrieben. Durchgängig zeigt sich dabei, dass Erwerbspersonen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme zum Teil gravierend häufiger von einzelnen Diagnosen betroffen sind als solche ohne Alkoholprobleme. Sie tragen zum Beispiel intrakranielle Verletzungen, zu denen die Gehirnerschütterung zählt, neunmal häufiger davon. Die Betroffenheitsquote wegen psychischer Störungen ist mit 14,2 AU-Tagen mehr als doppelt, die Fehlzeit mehr als dreimal so lang als bei Erwerbspersonen ohne Alkoholproblem.

Am häufigsten werden 15- bis 19-Jährige wegen akuter Alkoholprobleme („Koma-saufen“) im Krankenhaus behandelt, im Schnitt für 2,1 Tage. Im Betrieb fallen sie für rund 3,7 Tage aus. Bei älteren Menschen wird öfter eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Am häufigsten betroffen sind 55- bis 59-Jährige. Das Risiko einer Alkoholabhängigkeit ist bei ihnen rund sechs Mal höher als bei 20- bis 29-Jährigen. Wegen eines Alkoholproblems sind ältere Menschen seltener in der Klinik als die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen, die Aufenthalte dauern aber länger. 60- bis 64-Jährigen mit der Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen werden im Schnitt 11,1 Tage stationär versorgt, die Arbeitsunfähigkeit dauert fast 66 Tage. □

Korrekte Höheneinstellung des Tisches und/oder des Bürostuhls

App überprüft Sitzposition am Arbeitsplatz

Mit einer kostenlosen „App“ für Smartphones und Tablets, die im Apple Store bzw. im Android-Playstore heruntergeladen werden kann, lässt sich schnell und kostenlos die Sitzposition am Arbeitsplatz überprüfen. Das Programm gibt Auskunft, ob jemand an seinem Arbeitsplatz ergonomisch richtig sitzt oder ob Tisch und Stuhl neu eingestellt werden müssen.



Die App von König + Neurath, einem internationalen Komplettanbieter für Büro-, Sitzmöbel- und Raumsysteme, visualisiert die Sitzposition der Testperson mit minimalem Aufwand. Die Eckpunkte des Dummy über der fotogra-

Impressum ASUpraxis

ASUpraxis – Der Betriebsarzt
ASUpraxis ist ein regelmäßiges Special für Betriebsärztinnen / Betriebsärzte und redaktioneller Bestandteil der Zeitschrift *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU)*

Online-Archiv:
www.asu-praxis.de

Chefredaktion

Dr. med. O. Erens (verantwortlich)

Redaktion

Dr. med. U. Hein-Rusinek
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg
Dr. med. M. Konner
Dr. med. A. Schoeller
Dr. med. M. Stichert

Anschrift für Manuskripteinsendung:

Redaktion ASUpraxis
Alfons W. Gentner Verlag GmbH & Co. KG
Forststraße 131
70193 Stuttgart
E-Mail: asu@gentner.de



ferten Person eingeblendet und die App bestätigt gegebenenfalls die korrekte Sitzposition. Andernfalls können Einstellungskorrekturen am Bürostuhl oder Arbeitstisch sofort vorgenommen werden. Durch die einfache Handhabung lässt sich die „K+N Ergo App“ vom Arbeitsmediziner oder auch von den Mitarbeitern selbst schnell und effizient einsetzen.

Das Tool sensibilisiert die Testpersonen mit Spaß für eine richtige Sitzposition. Denn ergonomisch ausgestattete Arbeitsplätze können die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter erhöhen, wenn die ergonomischen Funktionen der Bürodrehstühle und Tischsysteme korrekt genutzt werden. Die App ist ein aktiver Beitrag zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Die König + Neurath AG setzt sich schon seit Jahren mit dem Thema „Ergonomie für die Arbeitswelten der Zukunft“ auseinander. Die Beachtung des systemergonomischen Gesamtzusammenhangs ist bestimmend bei der Produktentwicklung, Vertrieb und Beratung. □