

**Entwicklung eines betrieblichen Alkoholsucht-
Präventionsprogramms anhand der Gesellschaft
OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co.KG Freiburg
im Breisgau**

von

Fabian Weihrauch

aus Eberswalde



Duale Hochschule Baden-Württemberg Lörrach

Baden-Wuerttemberg Cooperative State University

Fakultät Wirtschaft

Betreuender Dozent
Abgabetermin
Kurs
Studiengang
Unternehmen
Betreuer im Unternehmen

Herr Markus Moser
26.07.2010
WHD07 B
Handels- und Dienstleistungsmanagement
OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co.KG Freiburg
Herr Petraglia, Herr Gröll

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Thema

Titel der Projekt- / Bachelorarbeit

selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift

Hinweis zum Umfang der Arbeit

Der Textteil der vorliegenden Arbeit – beginnend mit der Einleitung bis ausschließlich Quellenverzeichnis – umfasst **XYZ** Seiten / **XYZ** Wörter.

Freigabe durch das Ausbildungsunternehmen

Diese Projekt- / Bachelorarbeit wurde durch das Ausbildungsunternehmen inhaltlich geprüft und zur Vorlage an der DHBW Lörrach, Studiengang Name des Studiengangs freigegeben.

Stempel mit Name/Logo des Unternehmens

Ort, Datum

Unterschrift des Betreuers bzw. Ausbildungsleiters (eigenhändige Unterschrift!)

Name des Betreuers bzw. Ausbildungsleiters (Name in Druckbuchstaben)

Abstract

Egal zu welchem Anlass in der heutigen Zeit geladen wird, bei allen wird Sekt oder ein ähnliches alkoholisches Getränk gereicht. Das interessante an diesem Faktum ist, dass das auch zur Arbeitszeit geschieht. Bei einem Geschäftsessen der Wein zum Mittag, bei Vertragsabschluss der Sekt, bei Verkäufen hochwertiger Produkte die Flasche Sekt oder einfach das Bier Bauarbeiter oder Dachdecker. Der Alkohol spielt in der heutigen Arbeitswelt eine große Rolle und wird von allen Seiten akzeptiert. Ein Programm einzuführen, dass genau diese Tatsachen zu verhindern versucht, stößt bei vielen auf Widerstand. Erst wenn es zu Alkohol bedingenden Unfällen kommt oder einer der Beschäftigten erkrankt erkennen die Entscheider die Wichtigkeit solchen Alkoholsucht-Präventionsprogramme. Aber spätestens bei der Kostenfrage sind alle guten Vorsätze wieder dahin und das Thema (erkrankter MA) wird lieber gedeckelt und stillschweigend akzeptiert. Diese Arbeit zeigt den aktuellen Stand der Präventionsarbeit in der Theorie. Durch einen Fragebogen sollten dazu Informationen zu praktischen Ansätzen gesammelt werden. Durch den Vergleich der Theorie mit den aktuell verwendeten Konzepten der Präventionsarbeit im Raum Freiburg wurde ein Alkoholsucht-Präventionsprogramm für eine GmbH & Co. Kg, mit ca. 140 MA und einem Umsatz von ca. 30 Mio. Euro, entwickelt. Zu diesem Konzept wurde ein geeigneter Maßnahmenplan erstellt, um die relative Einfachheit der praktischen Umsetzung zu beweisen. Eine weitere Verstärkung der Argumente für eine solche Implementierung ist die Kosten-Nutzen-Analyse die für diese Gesellschaft erstellt wurde. Diese einfache (nicht genaue aber aussagekräftige) Rechnung kann auf jedes andere Unternehmen angewendet werden. Das letzte Argument für dieses Konzept wurde durch die Erfolgskontrolle erbracht. Es ist gelungen eine einfache aber sehr genaue Erfolgskontrolle durch eine Kennzahl einzuführen. Die einfache Implementierung, die Kosten-Nutzen-Analyse sowie die mögliche Erfolgskontrolle des Konzeptes beweisen in dieser Arbeit den Sinn solcher Präventionsprogramme. Was höchstwahrscheinlich nicht in dieser Arbeit erreicht werden konnte, ist die Veränderung des Denkens zum Nervengift Alkohol.

Danksagung

Für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich bei allen beteiligten bedanken.

An erster Stelle möchte ich meiner Lebensgefährtin Carolin Janikowski Danken, ohne Sie hätte ich den Weg des Entzuges, der Therapie sowie der letzten 2 trockenen Jahre nie in der Form überstanden.

Des Weiteren danke ich Herrn Prof. Dr. Thomas Bogner, der meine Situation 2008 mit viel Verständnis verstand und mir das Beenden dieses Studiums überhaupt erst ermöglicht hat. Ich danke ausdrücklich Herrn Marcus Moser. Herr Moser betreute diese Thesis und stand mir immer, ohne Ausnahme, mit Rat und Tat zur Seite. Seinen regen Bemühungen verdanke ich es, dass diese Arbeit in diesem Umfang in dieser Zeit fertig geworden ist.

Für die vielen und wichtigen Informationen bedanke ich mich bei Herrn Sebastian Gröll, stellv. Marktleiter das OBI Heimwerkermarktes Freiburg Süd, bei Frau Ute Noack, Mitarbeiterin des Sozialdienstes der Stadt Freiburg sowie bei Herrn Höchst und Herrn Blank vom Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH.

Inhaltsverzeichnis

Seite

Ehrenwörtliche Erklärung	2
Freigabe durch das Ausbildungsunternehmen	3
Abstract	4
Danksagung	5
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Abbildungsverzeichnis.....	10
Tabellenverzeichnis	11
Anlagenverzeichnis	12
1 Einleitung	13
1.1 Motivation.....	13
1.2 Problemstellung und -abgrenzung	14
1.3 Ziel der Arbeit.....	15
1.4 Vorgehen	15
2 Grundlagen	18
2.1 Sucht / Abhängigkeit, Trunksucht / Alkoholismus	18
2.2 Anerkennung als Krankheit, Krankheitsverlauf und Typologie der Alkoholkranken.....	20
2.3 Zahlen und Fakten	24
2.4 Therapie und Heilung	25
2.5 Arbeitsrechtliche Aspekte.....	27
2.6 Suchtprävention	28
3 Konzepte der Alkoholsucht-Prävention	29
3.1 Gründe und Ziele für die Alkoholsucht-Prävention.....	29
3.2 Rahmenbedingungen im Unternehmen	30
3.2.1 Der Steuerkreis	30
3.2.2 Verfügbarkeit von Alkohol am Arbeitsplatz	31
3.2.3 Betriebsvereinbarungen / Dienstvereinbarung (öffentlicher Dienst)	31
3.2.4 Betriebliche Suchtkrankenhilfe	33
3.3 Aufbau der Alkoholsucht-Prävention	35
3.3.1 Primärprävention	36
3.3.1.1 Aufklärung	36
3.3.1.2 Arbeitsplatzgestaltung	36
3.3.1.3 Weiterbildungen der Führungskräfte.....	37
3.3.2 Sekundärprävention	38
3.3.2.1 Coaching zur Gesprächsführung von Führungskräften	38
3.3.2.2 Konstruktive Leidensdruck	39
3.3.2.3 Phasenkonzept / Interventionskette	39
3.3.3 Tertiärprävention.....	41
3.3.3.1 Wiedereingliederung und Nachsorge.....	41
3.3.3.2 Selbsthilfegruppen.....	42

3.4	Gesamtbetrachtung der Präventionsarbeit.....	43
4	Betriebliche Alkoholsucht-Prävention im Raum Freiburg	44
4.1	Alkoholsucht, ein Problem bestimmter Gesellschaftsklassen/ Branchen/ Regionen?	44
4.2	Sucht-Institutionen im Raum Freiburg	45
4.3	Auswertung des Fragebogens.....	46
4.3.1	Daten Erfassung.....	46
4.3.2	Auswertung der Fragen 2 bis 4.....	47
4.3.3	Auswertung der Frage 5.....	49
4.3.4	Auswertung der Frage 6.....	52
4.4	Ergebnis des Fragebogens	53
4.5	Zusammenfassung der betrieblichen Alkoholsucht-Prävention im Raum Freiburg.....	54
5	Implementierung eines Alkoholsucht-Präventionsmodells in der Gesellschaft OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co.KG Freiburg im Breisgau	55
5.1	Vorstellung des Unternehmens	55
5.2	Aktueller Umgang mit Alkohol im Unternehmen	56
5.3	Entwicklung eines Alkoholsucht-Präventionsprogramms für die Gesellschaft Freiburg	57
5.3.1	Steuerkreis und betriebliche Suchtkrankenhilfe	57
5.3.2	Erstellung der Marktleiteranweisung.....	58
5.3.3	Primärpräventive Maßnahmen	59
5.3.3.1	Information aller Mitarbeiter / Aufklärung	60
5.3.3.2	Weiterbildung der Führungskräfte.....	60
5.3.4	Sekundärpräventive Maßnahmen.....	61
5.3.4.1	Coaching zur Gesprächsführung von Führungskräften	61
5.3.4.2	Erarbeitung der Interventionskette	62
5.3.5	Tertiärpräventive Maßnahmen	64
5.4	Umsetzung	65
5.4.1	Roll-Out Plan.....	66
5.4.2	Chancen und Risiken	68
5.5	Erfolgskontrolle	69
6	Zusammenfassung	71
6.1	Vergleich der gesetzten Ziele mit den erreichten Ergebnissen der Thesis ...	71
6.2	Ausblick	72
6.2.1	Heilung.....	72
6.2.2	Zukunft der betrieblichen Gesundheitsförderung	73
	Quellenverzeichnis	74
	Stichwortverzeichnis.....	79
	Anhang	81

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitgeber
allg.	allgemein
AN	Arbeitnehmer
BL	Bereichsleiter
BSG	Bundessozialgericht
BR	Betriebsrat
BV	Betriebsvereinbarung
bwlv	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
Co.	Compagnie
DHS	Deutsche Hauptstelle für Sucht
EK	Eigenkapital
etc.	et cetera
e. V.	eingetragener Verein
g	Gramm
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
mbH	mit beschränkter Haftung
IHK	Industrie- und Handelskammer
KG	Kommanditgesellschaft
MA	Mitarbeiter
Mio.	Millionen
ML	Marktleiter
Mrd.	Milliarden
m ²	Quadratmeter
o.J.	ohne Jahr
O. V.	Ohne Verfasser
ROI	Return on Investment
SGB	Sozialgesetzbuch
SHG	Selbsthilfegruppe
sog.	sogenannte
stellv.	stellvertretende
VL	Vertriebsleiter

WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel
ZNS	Zentralnervensystem
zw.	zwischen

Abbildungsverzeichnis

Seite

Abbildung 1: Faktoren für Abhängigkeitsentwicklung (eigene Darstellung).....	19
Abbildung 2: Ampel-Modell (eigene Darstellung).....	20
Abbildung 3: Stufen der Alkoholerkrankung (eigene Darstellung).....	22
Abbildung 4: Aufgaben des nebenamtlichen Suchthelfers (eigene Darstellung)	33
Abbildung 5: Aufgaben des hauptamtlichen Suchthelfers (eigene Darstellung)	34
Abbildung 6: Phasenkonzept für den Umgang mit Betroffenen Mitarbeitern (eigene Darstellung)	40
Abbildung 7: Auswertung der 2. Frage (eigene Darstellung)	47
Abbildung 8: Auswertung der 3. Frage (eigene Darstellung)	48
Abbildung 9: Auswertung der 4. Frage (eigene Darstellung)	49
Abbildung 10: Auswertung der 5. Frage (eigene Darstellung)	50
Abbildung 11: Auswertung der 6. Frage (eigene Darstellung).....	52
Abbildung 12: Interventionskette für Die OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co. Kommanditgesellschaft Freiburg im Breisgau (eigene Darstellung).....	62

Tabellenverzeichnis

Seite

Tabelle 1: Trinkertypologie (eigene Darstellung).....	23
Tabelle 2: Vergleich der Konsumklassen 2004 und 2009 (eigene Darstellung).....	24
Tabelle 3: Inhalte einer BV (eigene Darstellung)	32
Tabelle 4: Suchtfördernde und Gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen (eigene Darstellung)	37
Tabelle 5: Interventionskette (eigene Darstellung).....	41
Tabelle 6: Inhalte einer Marktleiteranweisung (eigene Darstellung).....	58
Tabelle 7: Beispielrechnung Kosten-Nutzen-Analyse von Präventionsmodell in der Gesellschaft Freiburg (eigene Darstellung)	65
Tabelle 8: Roll-Out Plan zur Einführung des Präventionsmodells (eigene Darstellung)	66

Anlagenverzeichnis

Seite

Anlage 1: Verschiedene Gläser alkoholischer Getränke und Ihr Alkoholgehalt in Gramm	82
Anlage 2: Fragebogen.....	83
Anlage 3: Suchtberatung auf einen Blick.....	85
Anlage 4: Gesprächsprotokoll / Frau Noack	87
Anlage 5: Dienstvereinbarung der Stadt Freiburg im Breisgau	90
Anlage 6: Flyer über den betrieblichen Sozialdienst der Stadt Freiburg.....	97
Anlage 7: Gesprächsprotokoll / Herr Gröll	99

1 Einleitung

" Gott gebe mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden."¹

Dieses Zitat von Reinhold Niebuhr (21.06.1892 - 01.06.1971) hängt in vielen Einrichtungen für Suchtkranke Menschen. So auch in der Einrichtung des Verfassers dieser Thesis.

1.1 Motivation

Im Jahr 2006, im Alter zwischen 15 und 29 Jahren, steht jeder vierte Todesfall bei Männern in der Europäischen Union in Verbindung mit Alkohol, jeder zehnte Todesfall bei Frauen.² Im Jahr 2003 war jeder fünfte Todesfall in Deutschland im Alter zwischen 35 und 65 alkoholbedingt.³ Das übermäßiger Alkoholkonsum schädlich für die Gesundheit ist, ist demnach unbestritten.

Der Staat verdient natürlich auch an dem Konsum von Alkohol. im Jahre 2008 lagen die gesamten Steuereinnahmen bei ca. 3,3 Mrd. Euro.⁴ Ein nicht grad kleiner Betrag. Wenn man jedoch den Gesamtschaden der Volkswirtschaft Deutschland betrachtet, entstehen Kosten von 24,4 Mrd. Euro (ca. 8,4 Mrd. Euro direkte Kosten sowie ca. 16 Mrd. Euro indirekte Kosten).⁵

Ein betriebswirtschaftlicher Kontext zum Thema Alkohol entsteht dann, wenn einem Betrieb nicht unerhebliche Kosten durch alkoholranke Mitarbeiter entstehen. Der Verfasser dieser Arbeit verursachte durch diese Krankheit eben genau solche Kosten. Minderleistung und Fehlzeiten sind nur einige Aspekte, die im Zusammenhang mit Alkoholismus stehen. Diese Kosten erscheinen im Bereich des Personalwesens und genau an diesem betriebswirtschaftlichen Arbeitsfeld soll diese Arbeit ansetzen.

¹ Vgl. Niebuhr, R. (o.J.)

² Vgl. O.V.015 (2006) S. 2

³ Vgl. O.V.004 (o.J.) S. 3

⁴ Vgl. O.V.004 (o.J.) S. 2

⁵ Vgl. O.V.004 (o.J.) S.4

1.2 Problemstellung und -abgrenzung

Diese Thesis befasst sich mit der Entwicklung eines Präventionsprogramms im Themengebiet der Alkoholsucht für Betriebe. Die Hauptansätze solcher Präventionsmodelle beziehen sich auf die Personalentwicklung und dem betrieblichen Gesundheitsmanagement. Aufklärung und Ausbildung sind hier die verwendeten Schlagwörter. Ein erstes Problem liegt darin, dass diesem Thema viel zu wenig Beachtung geschenkt wird und viel zu wenig Alkoholsucht-Prävention betrieben wird. Die Auftretenden Probleme bei dem Versuch der Integration solcher Präventionsmodelle liegen zumeist in der schlechten Darstellung der Vorteile und des Nutzens für den Betrieb sowie in der gesellschaftlichen Betrachtung der Entscheider des Tabuthemas Alkohol. Die Zahlen sind Waage und es müssen viele Personen (die Entscheider) überzeugt werden um Gelder für die Investitionen zu bekommen. Es ist jedoch erstaunlich, dass das größere Problem wirklich die gesellschaftliche Betrachtung der Entscheider des Tabuthemas Alkohol ist. Dieses Grundsatzproblem wird nicht zu lösen sein. Zumindest solange wie die Droge eine solche gesellschaftliche Anerkennung genießt und die Unwissenheit über die Erkrankung so groß ist.⁶

Nicht betrachtet werden in diesem Zusammenhang Arbeitsschutz und die allg. Gesundheitsförderung. Es wird ausschließlich die Integration eines Alkoholsucht-Präventionsmodells diskutiert.

In dieser Thesis wird lediglich die Alkoholsucht abgehandelt. Es werden keine Daten zu anderen stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen gegeben. Bei der Erstellung eines Präventionsmodells werden ebenfalls keine anderen Süchte einbezogen. Dies würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und bedarf einer viel tieferen Grundlagenanalyse.

Aufgrund der bereits erklärten Eingrenzung in die Personalentwicklung werden in den Grundlagen keine Ausführlichen Erklärungen zum Grund der Erkrankung gegeben. Für diese Thesis ist es irrelevant warum ein Mitarbeiter Alkoholabhängig geworden ist, solange diese Gründe im Privatbereich anzusiedeln sind. Sehr wohl wird jedoch auf eventuelle betriebliche Gründe der Erkrankung eingegangen. Es ist jedoch bewiesen, dass diese Erkrankung nicht nur einer Ursache zugeschrieben werden kann.⁷ Damit ist es unmöglich der Krankheit über betriebliche Veränderungen vorzubeugen.

Diese Thesis befasst sich nur mit der Prävention im Betrieb. Es gibt viele Möglichkeiten Prävention gegen Alkoholismus zu betreiben. In der Verantwortung stehen hier der Staat, die Schulen, Jugend- und Sportverein, die Eltern sowie andere öffentliche Einrichtungen und Institutionen. Es werden jedoch keine anderen Präventionsmöglichkeiten angesprochen und diskutiert.

⁶ Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 5 f.

⁷ Vgl. Schmidt, L. G./et al. (2003) S. 30 ff.

1.3 Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit ist es, ein implementierungsfähiges Alkoholsucht-Präventionsmodell für die OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co. Kommanditgesellschaft Freiburg im Breisgau zu entwickeln. Desweiteren soll durch eine Kosten-Nutzen-Analyse verdeutlicht werden, dass eine Investition in diesem Bereich ihre Berechtigung hat. Ein weiteres Ziel dieser Arbeit ist es zu zeigen, dass in den Betrieben der Region Freiburg zu wenig betriebliche Alkoholsucht-Prävention betrieben wird. Durch diese Thesis soll die Wichtigkeit eben genau dieser Präventionsarbeit herausgestellt werden.

1.4 Vorgehen

Um die eben genannten Ziele zu erreichen, beginnt nach dieser Einleitung das **zweite Kapitel**, die Grundlagenforschung. Es werden einzelne Wörter für diese Arbeit definiert und wichtige Informationen zur Krankheit und zum Krankheitsverlauf gegeben. Diese Informationen dienen der Aufklärung und zum besseren Verständnis warum es so wichtig ist sich mit dieser Angelegenheit zu befassen. Zur Untermauerung dieser Aspekte folgen im Punkt 2.3 aktuelle Zahlen und Fakten zum Thema Alkoholmissbrauch in Deutschland / EU und zu den Auswirkungen in Betrieben. Im weiteren werden Auskünfte zur Therapie und zur Heilung gegeben. Ein sehr wichtiger Punkt, der bei der Arbeit mit solchen Präventionsprogrammen nicht außer Acht zu lassen ist, sind die arbeitsrechtlichen Aspekte. In diesem Punkt wird jedoch nur auf das Thema Abmahnung und Kündigung eingegangen, weil diese die wichtigsten Instrumente des AG sind. Um einen Übergang zum dritten Kapitel, den Konzepten der Alkoholsucht-Prävention, herzustellen, wurde im Unterpunkt 2.6 ein kleiner Ausblick zu Suchtprävention gegeben.

Das **dritte Kapitel** gehört ebenfalls noch zur theoretischen Analyse, begibt sich aber sehr tief in das Feld der Alkoholsucht-Prävention. Dieses Kapitel dient der Darstellung der Möglichkeiten in der Alkoholsucht-Präventionsarbeit. Zu aller erst werden die Gründe für eine Prävention und die Ziele dieser genauer erklärt. Danach werden die Rahmenbedingungen, die ein Unternehmen vorweg erschaffen muss, erklärt. In den Unterpunkten der Rahmenbedingungen bekommt der Leser einen ersten Eindruck über die Dimensionen, die solch ein Projekt mit sich bringt. Nachdem nun die Grundvoraussetzungen geklärt sind, werden die vielfältigen Möglichkeiten zum Aufbau eines solchen Programms erklärt. Beginnend mit der Primärprävention und den Unterpunkten weiterführend über die Sekundärprävention und deren Unterpunkten bis hin zur Tertiärprävention. Der Leser dieser Arbeit kennt nun die Krankheit Alkoholismus aus dem zweiten Kapitel und die Handlungsmöglichkeiten der Betrieb aus dem dritten Kapitel. Der letzte Punkt des dritten Kapitels fasst die Neuheiten der Präventionsarbeit sehr kurz zusammen und gibt zugleich die Überleitung zum vierten Kapitel. Anhand des vermittelten Wissen aus dem Kapitel 2 und 3 lässt sich das vierte Kapitel besser verstehen.

Das **vierte Kapitel**, Betriebliche Alkoholsucht-Prävention im Raum Freiburg, dient der Offenlegung der Präventionsarbeit und gibt erste praktische Ansätze des Kapitels drei wieder. Ein Fragebogen, der für diese Thesis erstellt wurde, ermöglicht diesen Einblick. Bevor aber die Praxis erklärt wird, soll im Unterpunkt 4.1 geklärt werden, ob diese Erkrankung ein Problem von bestimmten Gesellschaftsklassen, Branchen oder Betrieben ist. Denn wenn das so wäre, müsste der erstellte Fragebogen eben genau an diese Problemstellen anknüpfen. Der Punkt 4.2 gibt eine Auskunft über Dienstleister und staatliche Institutionen im Raum Freiburg, die sich auf diese Präventionsarbeit spezialisiert haben. Dieser Punkt wird im späteren Verlauf dieser Arbeit, bei der Entwicklung von einzelnen Maßnahmen, noch benötigt. Danach erfolgt nun der erste praktische Teil, die Auswertung des erarbeiteten Fragebogens. Es werden zuerst Informationen über Anzahl und Branche der Befragten gegeben, bevor die Auswertung erfolgt. Dieser Teil dient dem Ziel, die Verbreitung der Präventionsmodelle zu verdeutlichen und einen Überblick über die Nutzung zu geben. Nach der Auswertung des Fragebogens erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse und eine Überleitung zum fünften Kapitel.

Das **fünfte Kapitel** dient der Entwicklung eines Alkoholsucht-Präventionsmodells für die OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co. Kg Freiburg im Breisgau anhand der Kapitel zwei, drei und vier sowie der Implementierung in diese Gesellschaft durch einen Maßnahmenplan. Mit diesem Kapitel werden die Hauptziele dieser Thesis verfolgt. Um dieses Ziele zu erreichen wurde zu aller erst die OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co. Kg Freiburg im Breisgau vorgestellt und es wurden Informationen zum Umgang mit Alkohol gegeben. Im Anschluss an diese Informationen lehnt sich der Verfasser dieser Arbeit stark an das Kapitel drei an und arbeitet alle zu berücksichtigen Aspekte der Rahmenbedingungen durch und gibt zugleich Möglichkeiten der Umsetzung an. Danach erfolgt die Auswahl der Möglichkeiten der einzelnen Stufen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Es wird beschrieben welche dieser Möglichkeiten sich für die Gesellschaft Freiburg eignen würden und wie diese umgesetzt werden könnten. Anhand bestimmter Informationen aus dem Internet, des Fragebogens und verschiedener Dienstleister im Bereich der Präventionsarbeit konnten für alle Maßnahmen ungefähre Kosten angegeben werden. Durch diese Kosteninformationen für die Maßnahmen und durch die bereits im Unterpunkt 2.3 beschriebenen Kostenaspekte die durch Alkoholmissbrauch entstehen, konnte im Punkt 5.4 vor dem Maßnahmenplan eine Kosten-Nutzen-Analyse erstellt werden. Diese Beispielrechnung trägt einen großen Wert für die Überzeugungsarbeit, wenn es um die Realisierung dieses Projektes geht. Das verfolgte Ziel, eine Kosten-Nutzen-Analyse für die Berechtigung dieser Investition auszustellen, wurde durch diesen Punkt erreicht. Danach erfolgte die Erarbeitung eines Roll-Out Plans für die Gesellschaft Freiburg sowie die Abwägung von Chancen und Risiken. Letzteres dient ebenfalls der Überzeugungsarbeit für die Implementierung. Die letzten Informationen in diesem Kapitel sind nicht die unwichtigsten. Es wurde eine Möglichkeit der Erfolgskon-

trolle gegeben, in dem verschiedene Kennzahlen beleuchtet und ihre Aussagekraft erklärt wurde. Dieser Aspekt ist unverzichtbar für die Weiterführung, sofern dieses Alkoholsucht-Präventionsmodell implementiert wird. Desto besser der Erfolgsnachweis ist, desto höher liegen die Chancen einer Weiterführung, bzw. sogar einer Ausweitung des Konzeptes.

In dem **sechsten Kapitel** werden die Ergebnisse der Gesamten Arbeit mit den Zielen verglichen und es wird ein Urteil über das Erreichte durch den Verfasser gestellt. Desweiteren erfolgt ein kleiner Zukunftsausblick zur Entwicklung der Krankheit, zu neuen Erkenntnissen der Heilung sowie zu den immer wichtiger werdenden Aspekten eines erfolgreichen Gesundheitsmanagements zur Steigerung der Unternehmensattraktivität in dem Bezug auf Personalentwicklung.

2 Grundlagen

2.1 Sucht / Abhängigkeit, Trunksucht / Alkoholismus

Zum besseren Verständnis der folgenden Kapitel ist es notwendig die einzelnen Begriffe zu klären und genau zu definieren. "Unter Sucht versteht man ein bestimmtes Verhaltensmuster, das mit einem unwiderstehlichen, wachsenden Verlangen nach einem bestimmten Gefühls- und Erlebniszustand beschrieben wird."⁸ Grundsätzlich wird in stoffgebundene (Alkohol, Tabak, Drogen, Medikamente etc.) und stoffungebundene (Spiel-, Sammel-, Arbeits-, Internet-, Magersucht) Süchte unterschieden, wobei das Ziel einen bestimmten Gefühls- und Erlebniszustand zu erreichen das gleiche bleibt.⁹ Die Weltgesundheitsorganisation definierte 1957 die stoffgebundene Sucht als Vergiftung die entweder in regelmäßigen Abständen oder chronisch auftritt, verursacht durch die wiederholte Einnahme natürlich oder künstlich hergestellter Drogen. Gekennzeichnet ist diese stoffgebundene Sucht durch die 4 Kriterien der Neigung zur Toleranzerhöhung, der psychischen und physischen Abhängigkeit von der Droge, der Schädlichkeit für den einzelnen und/oder für die Gesellschaft und des unabwendbaren Verlangens nach Beschaffung und Einnahme der Droge. Seit 1964 verwendete die WHO den Begriff der Sucht nicht mehr und ersetzte ihn durch den Begriff der Abhängigkeit.¹⁰ Demnach gilt in dieser Arbeit für die Abhängigkeit die Definition der stoffgebundenen Sucht. Die Abhängigkeit wird in psychischer und physischer Abhängigkeit unterschieden. Psychische Abhängigkeit kommt zustande, wenn eine Droge beispielsweise einen hohen Grad an Zufriedenheit verschafft und daraus ein starkes seelisches Bedürfnis nach dauernder Herstellung genau dieses Zustandes entsteht. Physische Abhängigkeit ist die Gewöhnung des Organismus an die Droge und das Auftreten von Entzugserscheinungen nach absetzen.¹¹

Die Ursachen für die Entwicklung einer Abhängigkeit sind bei jedem Menschen unterschiedlich und können keinesfalls pauschalisiert werden. In der Literatur werden in diesem Zusammenhang immer die 3 Faktoren Mensch, Milieu und Mittel genannt. Diese 3 Ms sind als Gefüge zu

⁸ O.V.001 (2001) S. 1

⁹ Vgl. Schill, W./ et al. (2004) S. 9

¹⁰ Vgl. O.V.002 (o.J.) S. 2

¹¹ Vgl. Schill, W./ et al. (2004) S.9

betrachten und wirken bei jeder Abhängigkeit zusammen und je nach Einzelfall unterschiedlich stark.¹²

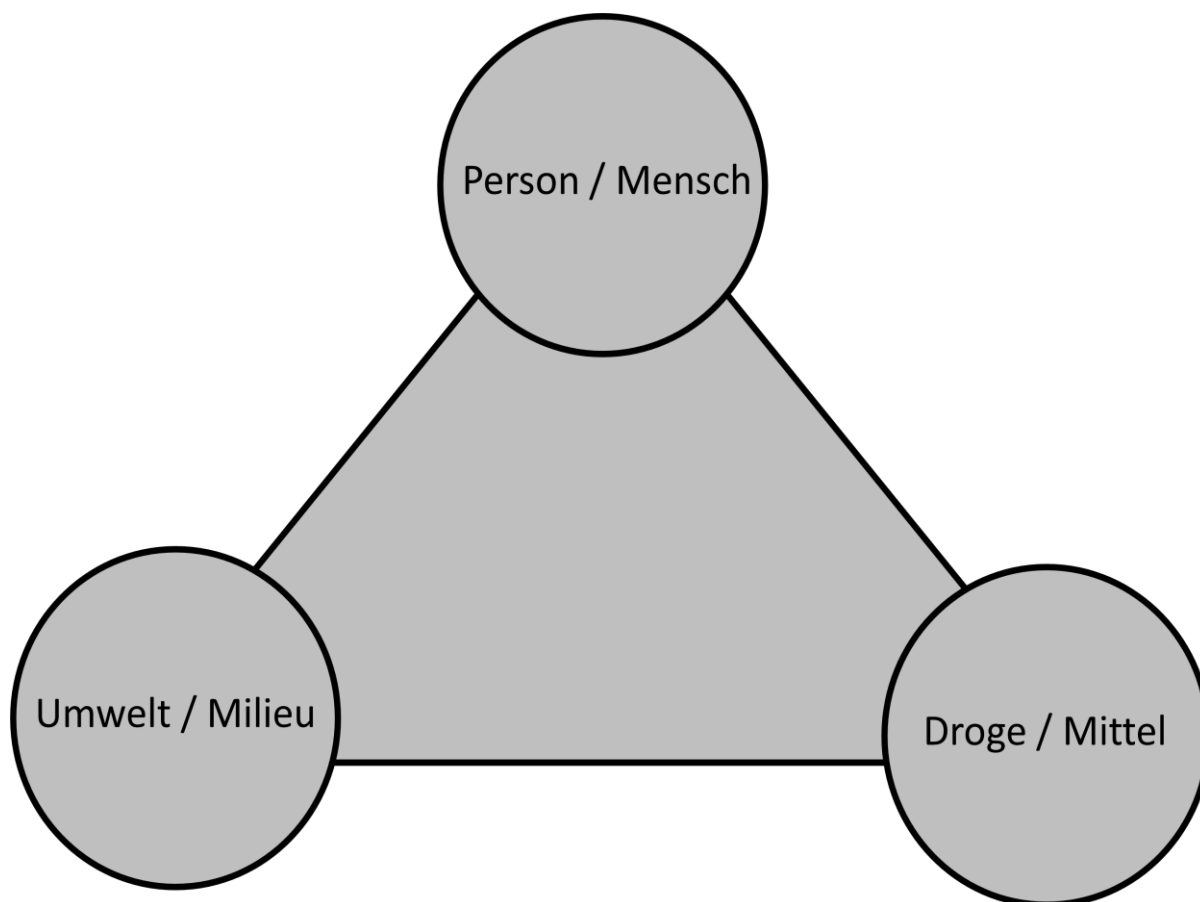


Abbildung 1: Faktoren für Abhängigkeitsentwicklung (eigene Darstellung)

Die Wörter Trunksucht, Alkoholismus und Alkoholkrank haben alle die gleiche Bedeutung. In dieser Arbeit werden hauptsächlich die Begriffe Alkoholismus und Alkoholkrank verwendet. Als Alkoholkrank wird jeder Mensch bezeichnet, der an Abstinenzverlust und Kontrollverlust leidet (Alkoholkrank im medizinischen Sinne). Als Abstinenzverlust wird die Fähigkeit des Verzichtens auf Alkohol bezeichnet. An Kontrollverlust leiden Menschen die zwar auf Alkohol verzichten können aber wenn sie dann trinken die Menge des Alkohols nicht mehr steuern können.¹³ Die WHO versucht mithilfe des Ampel-Modells den Prozess der Abhängigkeitsentwicklung von Alkohol durch Konsummuster abzubilden. Es gibt 3 Phasen des Konsumverhaltens und wie bei einer Ampel sind diese grün, gelb und rot. Die Farbe Grün steht dabei für einen risikoarmen Konsum, die Farbe Gelb für einen riskanten Konsum und die Farbe Rot für einen abhängigen

¹² Vgl. O.V.003 (O.J.) S. 1

¹³ Vgl. Pegel-Rimpl, U. (2001) S. 12

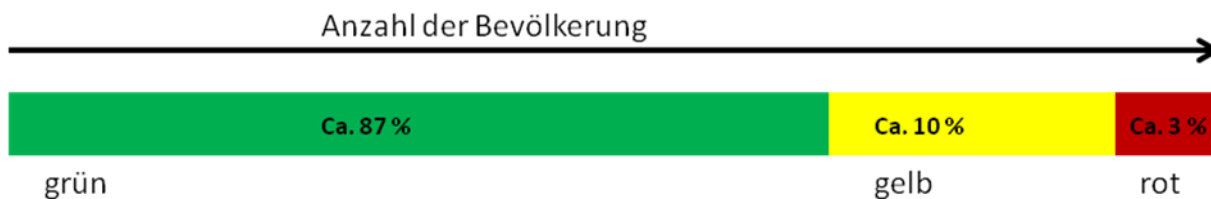
Konsum.¹⁴

Abbildung 2: Ampel-Modell (eigene Darstellung)

2.2 Anerkennung als Krankheit, Krankheitsverlauf und Typologie der Alkoholkranken

Am 18. Juni 1968 entschied das Bundessozialgericht erstmals, im Urteil 3 RK 63/55, dass Alkoholismus eine Krankheit ist. Der Inhalt des Urteils umfasste die Erstattung der Kosten für eine Alkoholentziehungsbehandlung durch die Krankenkassen. Das BSG hat darin festgestellt, dass Alkoholismus ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand ist, der eine Arbeitsunfähigkeit sowie eventuell eine Heilbehandlung zur Folge hat. Desweiteren wurde festgestellt, dass der Erkrankte nicht mehr mit eigener Willensanstrengung vom Alkohol freikommt. Diese Feststellungen dienen der ständigen Rechtsprechung und verpflichten alle Krankenkassen, die anfallenden Kosten für Heilbehandlungen zu übernehmen.¹⁵ Wann eine Heilbehandlung notwendig ist und wann die Krankheit beginnt, soll im folgenden geklärt werden.

Im Zusammenhang mit den Entwicklungsstufen der Alkoholkrankung fällt immer wieder der Name Prof. Dr. E. M. Jellinek. Jellinek war ein amerikanischer Alkoholismus-Forscher und erarbeitete für die WHO die einzelnen Phasen der Alkoholkrankung. Desweiteren hat er eine 5-stufige Typologie des Alkoholismus entwickelt. Wichtig zu erwähnen ist, dass Jellinek in seinen Untersuchungen hauptsächlich Männer betrachtete. Frau Prof. Dr. Irmgard Vogt stellte jedoch in aktuellen durchgeführten Studien fest, dass eine Ummünzung auf Frauen nicht 100-prozentig zutrifft. Eine genaue Betrachtung im Einzelfall, welche in dieser Thesis nicht erfolgt, muss daher geschlechterspezifisch differenziert werden. Allgemein untergliedert Jellinek den Entwicklungsprozess der Alkoholkrankheit in 4 Phasen: die Vorphase, die Anfangsphase, die kritische Phase und die chronische Phase.¹⁶

¹⁴ Vgl. Rehwald, R/ et al. (2008) S. 82 f

¹⁵ Vgl. Honsa, H.-J. (2005), S.53

¹⁶ Vgl. Heinze, G./Reuß, M. (2009) S. 44

In der **Vorphase** ist es praktisch unmöglich für den Betroffenen und für Laien zu erkennen, dass der Krankheitsprozess bereits begonnen hat. Der Erkrankte befindet sich zwischen einigen Monaten bis zu 2 Jahren in dieser Phase.¹⁷ Das Trinkverhalten gegenüber nicht erkrankten Menschen ist kaum zu unterscheiden. Und doch gibt es einen Unterschied, denn der erkrankte Trinkt bereits um seelische (Unruhe, Angst, Unmut) und eventuell auch physische (Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Kreislaufbeschwerden) Spannungen besser zu ertragen. In dieser Stufe leidet der Erkrankte weder an einem Kontroll- noch an einem Abstinenzverlust. Hinweise für einen sozialen Abstieg oder für familiäre Probleme sind nicht zu erkennen. Das Hauptproblem, warum diese Phase nicht erkannt wird, liegt darin das bis zu diesem Punkt alles Gesellschaftlich anerkannt ist.¹⁸ Am Ende der ersten Phase ist ein zunehmender Abstinenzverlust zu bemerken. Der Erkrankte denkt das er ohne die Einnahme von Alkohol weder arbeiten noch leben könne. Allerdings Trinkt er weiterhin nur bis zu dem Maße, wo die physischen und psychischen Spannungen nachlassen. Zu diesem Zeitpunkt tritt bereits eine Alkoholgewöhnung ein. Die Mengen zum Erreichen des gewünschten Zustandes müssen erhöht werden.¹⁹

Für Außenstehende ist die **Anfangsphase** immer noch nicht bemerkbar. Der Erkrankte handelt völlig logisch und geordnet. Er ist in der Lage normale Unterhaltungen zu führen und auch schwierige Arbeiten problemlos zu erfüllen. Diese Phase kann zwischen 6 Monaten und bis zu 5 Jahre anhalten.²⁰ Der Erkrankte beginnt bereits zu ahnen, dass sein Trinkverhalten gegenüber anderen abweicht. Schuldgefühle sind die Folge. Der Erkrankte versucht nun in Gesprächen das Thema Alkohol zu vermeiden und beginnt nach Möglichkeiten zu suchen, heimlich zu trinken. Er kann die Menge jedoch immer noch steuern und begibt sich in keinen Vollrausch. Die ersten Gläser werden übereifrig getrunken um den ersehnten Zustand schneller zu erreichen. Erste Schädigungen des Zentralnervensystem beginnen sich zu offenbaren. Obwohl keine offensichtliche Trunkenheit bei dem Erkrankten vorliegt können Gedächtnislücken auftreten. Jellinek nannte diese alkoholische Palimpseste.²¹

Der Kontrollverlust leitet die **kritische Phase** ein. Der Ausfall dieser Fähigkeit, die willentliche Steuerung der Alkoholaufnahme, ist für alle sichtbar. Die geringste Menge an Alkohol genügt um ein unwiderstehliches Verlangen auszulösen. Der Erkrankte trinkt ab jetzt bis zum Vollrausch. Der Verlust der Selbstkontrolle ist ein irreparabler Schaden, den der Erkrankte nie wieder zurückerlangen kann. Der einzige Schutz besteht in einer lebenslangen Abstinenz. Aus diesem Grunde wird Alkoholismus auch als unheilbar bezeichnet. In der ersten Phase wurde

¹⁷ Vgl. Scholz, H. (o.J.)

¹⁸ Vgl. Rieth, E. (2008) S. 52 f.

¹⁹ Vgl. Rieth, E. (2008) S. 63

²⁰ Vgl. Scholz, H (o.J.) S. 2

²¹ Vgl. Rieth, E. (2008) S. 64 ff.

bereits der Beginn des Abstinenzverlustes angesprochen. Der Erkrankte ist trotz dieses beginnenden Verlustes in der Lage über mehrere Wochen (in Ausnahmefällen sogar Monate) nichts zu trinken. Diese Abstinenzzeiten werden unter größter Anstrengung in Kauf genommen um einen Beweis der nicht Erkrankung zu erbringen. Die Folgeschweren Rückfälle vergrößern die Isolation vom Freundes und Bekanntenkreis. Der Erkrankte sucht Ausreden um sein Trinken zu rechtfertigen und beginnt allen anderen die Schuld für solche Rückfälle zu geben und sich ein Netz aus Lügen aufzubauen. Das größte Problem ist, dass der Betroffene selbst glaubt was er erzählt und alle anderen der Lüge bezichtigt. Selbst der Ehepartner kann in dieser Situation nichts mehr ändern. Das ZNS erleidet immer größeren Schaden. Es werden nun alle Organe durch den Alkohol angegriffen. Es kommt zu ersten Vergiftungserscheinungen die meist mit Einweisungen in ein Krankenhaus verbunden sind. Trotz all dieser Auswirkungen vermag es der Erkrankte zumeist noch seiner Arbeit nachzugehen und seine Haltung für diese Zeit des Tages zu bewahren.²²

Die **Chronische Phase** ist unübersehbar für jeden. In dieser Stufe tritt nun der völlige Abstinenzverlust ein. Der Erkrankte beginnt bereits am Morgen mit dem Trinken. Das muss er tun, um überhaupt aus dem Bett zu kommen und bestimmte Tätigkeiten auszuüben. Aufgrund der nun sehr rasch auftretenden Entzugserscheinungen (Zittern, Schwitzen, innere Unruhe, Schlafstörungen, etc.) kann sich der Betroffene meist nicht einmal mehr rasieren ohne vorheriges trinken. Die Schädigungen des Körpers werden enorm. An dieser Stelle soll auf eine Detaillierte Beschreibung der Schädigung verzichtet werden. Der Soziale abstieg endet in dieser Phase auf der untersten Stufe. Meist verlieren Erkrankte alles was sie besitzen, vom Freundeskreis, über die Familie bis hin zur Arbeit.²³ Diese Abbildung soll noch einmal verdeutlichen, wie schwer es ist die Übergänge der einzelnen Phasen zu definieren.

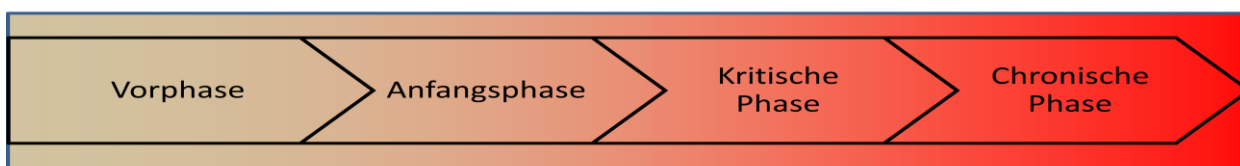


Abbildung 3: Stufen der Alkoholerkrankung (eigene Darstellung)

²² Vgl. Rieth, E. (2008) S. 67 ff.

²³ Vgl. Rieth, E. (2008) S. 100 ff.

In der folgenden Tabelle wird die Typologie der Trinkertypen in Anlehnung an Prof. Dr. E.M. Jellinek dargestellt.

Tabelle 1: Trinkertypologie²⁴ (eigene Darstellung)

Krankheitsgrad	Trinkertypen	Kontrollverlust / Abstinenzverlust	Trinkverhalten
Im medizinischen Sinne nicht Krank	α / Konflikttrinker	Kein Kontroll- und Abstinenzverlust	Häufiges Trinken in Stresssituationen, Konfliktverdrängung durch Alkohol
	β / Gelegenheits-trinker	Kein Kontroll- und Abstinenzverlust	Bei jeder Gelegenheit wird die gesellschaftlich anerkannte Menge getrunken
Im medizinischen Sinne Krank	γ / abhängiger	Kontrollverlust = ja; Abstinenzverlust = Zeitweise	Trinkverhalten aus Abhängigkeit heraus, mal mehr und mal weniger, Übergangstyp
	δ / Spiegeltrinker	Kontrollverlust = selten; Abstinenzverlust = ja	Tägliches trinken einer bestimmten Menge (meist steigend), Gedanken drehen sich nur noch um Beschaffung und Verzehr des Alkohols
	ϵ / Quartalstrinker	Kontrollverlust = ja; Abstinenzverlust = Zeitweise	Variierende Trinkpausen (1 bis zu 6 Monate), danach völliger Kontrollverlust

²⁴ Vgl. Rußland, R./ Plogstedt, S. (1986) S.82

2.3 Zahlen und Fakten

In diesem Abschnitt soll die Frage geklärt werden, ab wann eigentlich der Alkoholkonsum als risikobehaftet zählt. Desweiteren werden Zahlen im Zusammenhang mit Betrieben genannt um die Dringlichkeit des Themas bewusst zu machen.

Es gibt keinen risikofreien Alkoholkonsum. Dieser Satz soll nochmals verdeutlichen, dass Alkohol ein Nervengift ist. Die Risiken bei einem moderaten Alkoholkonsum sind höher als die zu erwartenden positiven Effekte auf die Gesundheit.²⁵ Die WHO definierte 1997 einen moderaten Alkoholkonsum mit 10 g reinen Alkohol (Ethanol) für Frauen und 30 g reinen Alkohol für Männer täglich. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. definierte 1999 moderaten Konsum mit 20 g Ethanol für Frauen und Männer pro Tag. Zur besseren Einschätzung des individuellen Risikos wurden sogenannte Konsumklassen entwickelt. In der Literatur finden sich hierzu sehr unterschiedliche Angaben. Das ist der Tatsache geschuldet, das in den letzten Jahren die Konsummenge immer weiter nach unten korrigiert wurde.²⁶ Es folgt nun ein Vergleich der Konsummenge Ethanol in Gramm von 2004 und 2009.

Tabelle 2: Vergleich der Konsumklassen 2004²⁷ und 2009²⁸ (eigene Darstellung)

Jahr	2004		2009	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Konsumklassen				
Abstinenz	0 g	0 g	0 g	0 g
Risikoarmer Konsum	bis 20 g	3 bis 30 g	bis 20 g	bis 30g
Riskanter Konsum	20 bis 40 g	30 bis 60 g	20 bis 50 g	30 bis 70 g
Gefährlicher Konsum	40 bis 80 g	60 bis 120 g	-	-
Hochkonsum	mehr als 80 g	mehr als 120 g	mehr als 50 g	mehr als 70 g

Zur besseren Umrechnung dieser Werte befindet sich in der Anlage 1 ein geeignetes Schaubild. Wie im Vergleich zu erkennen ist, wurde im Jahre 2009 eine Konsumklasse weggelassen und

²⁵ Vgl. Schmidt, L. G./et al. (2003) S. 115 f.

²⁶ Vgl. Schmidt, L. G./et al. (2003) S. 15

²⁷ Vgl. Schill, W./ et al. (2004) S. 25

²⁸ Vgl. Heinze, G./Reuß, M. (2009) S. 45

der Hochkonsum bereits ab 50 g für Frauen und 70 g für Männer definiert. Damit wurde der Hochkonsum im Vergleich zu 2004 für Frauen um 37,5 % gesenkt und für Männer um 41,4 % gesenkt. Der Durchschnittliche Verbrauch an reinem Alkohol im Jahre 2008 lag bei 9,9 Liter. 1995 lag dieser Wert immerhin noch um 1,2 Liter Höher.²⁹

Es wird von einem Volkswirtschaftlichen Gesamtschaden von ca. 24,4 Mrd. € ausgegangen. Über 73000 Todesfälle gehen jährlich auf das Konto von Alkohol. Mehr als 9 Mio. Bundesbürger trinken Alkohol in gesundheitlich riskanter Menge und ca. 1,3 Mio. gelten als Alkoholabhängig.³⁰ Es wird davon ausgegangen, dass vier bis fünf Prozent aller beschäftigten alkoholkrank sind (siehe Tabelle 2: Hochkonsum). Dazu kommen weitere 10% die als alkoholgefährdet gelten (siehe Tabelle 2: Riskanter Konsum).³¹ Durch diese Gruppe von Mitarbeitern entstehen hohe Summen an betrieblichen Kosten. Ein Betroffener Mitarbeiter dieser Gruppen erbringt lediglich eine Arbeitsleistung von 75%, dem Betrieb entstehen Kosten von ca. 1,25% der gesamten Lohn- und Gehaltskosten. Er fehlt 16 mal häufiger als Gesunde Mitarbeiter, ist 2,5 mal häufiger Krank und fehlt 1,4 mal länger nach Unfällen. Im Gegensatz zu gesunden Mitarbeitern ist der Betroffene 3 mal häufiger in Betriebsunfälle verwickelt. Bei ca. 10 bis 30 % aller Betriebsunfälle wurde Alkohol konsumiert.³²

2.4 Therapie und Heilung

Das wichtigste einer erfolgreichen Therapie, und damit ist erfolgreich nicht im Sinne von Heilung gemeint, ist die Krankheitseinsicht der Betroffenen. Sofern diese vorherrscht, kann der erkrankte zwischen einer ambulanten und Stationären Therapie wählen. Bevor das jedoch geschieht, muss sich der erkrankte in ärztliche Behandlung begeben und eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. Die Suchtberatungsstelle hilft bei dem Ausfüllen der Unterlagen zum beantragen der Therapie und der Arzt muss diese unterschreiben. Eingereicht werden diese bei der Krankenkasse. Die Krankenkasse leitet diese dann weiter zum Rentenversicherungsträger. Vor einer Therapie muss ein Entzug gemacht werden. Der Entzug wird durch die Krankenkasse bezahlt, die anschließende Therapie durch den Rentenversicherungsträger. Der Entzug findet unter ärztlicher Aufsicht in einem Krankenhaus/Entzugsklinik statt. Dort geht es weniger um die Therapie. Der Entzug dient der physischen Entwöhnung des Alkohols. Diese Entwöhnung dauert zwischen einer bis drei Wochen. Im Entzug helfen dann Sozialarbeiter dem Betroffenen alle weiteren Schritte zu planen.

²⁹ Vgl. O.V.004 (o.J.) S. 1

³⁰ Vgl. O.V.010 (2010)

³¹ Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 4

³² Vgl. Habelt, U. (2003) S. 1

Die **ambulante Therapie** findet in den Suchtberatungsstellen statt. Dort werden wöchentlich Einzel- und Gruppengespräche durchgeführt. Ob diese Therapieform sich eignet, entscheiden die Therapeuten mit dem erkrankten zusammen.³³ Die Vorteile der ambulanten Therapie liegen darin, dass der erkrankte weiterhin arbeiten gehen kann, er nicht aus seinem sozialen Umfeld gerissen wird und er den Alltag weiter bestreiten muss. Genau darin liegen jedoch auch die Nachteile. Wenn der erkrankte seine alten Gewohnheiten und sein Freundeskreis nicht ändert, sind die Rückfallwahrscheinlichkeiten ein vielfaches höher. Die Betreuung ist im Vergleich zu einer stationären Therapie deutlich geringer.³⁴

Je länger die Abhängigkeitserkrankung besteht je sinnvoller ist die **stationäre Therapie**. Diese dauert zwischen 8 bis 16 Wochen. Entschieden wird die Dauer durch die Rentenversicherungsträger in Zusammenarbeit mit den Therapeuten. Eine stationäre Therapie erfolgt zumeist als Gruppentherapie. Alle Anwendungen wie Sporttherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Arbeitstherapie, Vorträge etc. werden in der Gruppe veranstaltet. Neben den 3 bis 6 mal wöchentlich stattfindenden Gruppensitzungen werden auch einmal wöchentlich Einzelgespräche geführt, um den Therapieverlauf für den Therapeuten noch sichtbarer zu machen. Die Vorteile dieser Therapie liegen darin, dass sich der Erkrankte voll und ganz auf sein Problem konzentrieren kann, er mit Menschen zusammen ist, die die gleichen Probleme haben und er 24 Stunden am Tag Betreuung erfährt und Hilfe bekommt. Der Größte Nachteil liegt jedoch darin, dass die Patienten nach einer solchen Therapie den Alltag vergessen hat und der Realitätsschock zu einem Rückfall in der ersten Woche führt.³⁵ Die Erfolgsquoten einer solchen Therapie sind sehr gering. Dies liegt nicht unbedingt an dem Konzept, sondern eher an der Tatsache das diese Krankheit nur schwer Therapierbar ist. Gerademal 6 bis 20% der Patienten sind nach 2 Jahren noch Abstinenz.³⁶ Diese Werte schwanken jedoch von Therapieeinrichtung zu Therapieeinrichtung. In der Klinik des Verfassers ist man von der ein Drittel Regel ausgegangen. Von 100 Patienten werden in der ersten Woche nach Therapieende ca. 33,3% Rückfällig, 33,3% werden innerhalb der ersten 2 Jahre Rückfällig und weitere 33,3% schaffen es länger. Eine dauerhafte Abstinenz ist bei ca. 5% zu erwarten. Von der Therapiegruppe des Verfassers im Jahre 2008/09 sind bereits mehr als 85% der Patienten Rückfällig geworden.

Das Wort **Heilung** ist bei einer Unheilbaren Krankheit eigentlich nicht angebracht und doch besteht die Möglichkeit für Betroffene Menschen ein normales und gesundes Leben zu führen. Das Problem ist der Kontrollverlust (siehe Punkt 2.2). Wer diesen einmal verloren hat erlangt

³³ Vgl. Rieth, E (2008) S. 134 f.

³⁴ Vgl. O.V.007 (2007a)

³⁵ Vgl. O.V.008 (2007b)

³⁶ Vgl. Willems, W. (2006)

ihn nicht mehr zurück. Das bedeutet wiederum, dass nur eine lebenslange Abstinenz ein gesundes und langes Leben ermöglicht. Der Erkrankte ist genau solange gesund, wie er nichts trinkt. Eine Therapie macht nur Sinn, wenn der Betroffene weiß, dass er nie wieder Alkohol trinken darf und genau diesen Punkt für sich akzeptiert.

2.5 Arbeitsrechtliche Aspekte

Für disziplinarische Maßnahmen bei Alkoholmissbrauch am Arbeitsplatz hat das im Kapitel 2.2 erwähnte Urteil weitreichende Konsequenzen. Arbeitgeber müssen bei Abmahnungen und Kündigungen (ordentliche Kündigung und außerordentliche Kündigung) nach alkoholbedingten Störungen klären, ob der Arbeitnehmer alkoholkrank im medizinischen Sinne (Erklärung im Punkt 2.1) ist.³⁷ Grundsätzlich kann ein AN, der aus medizinischer Sicht alkoholkrank ist, dafür weder abgemahnt noch gekündigt werden.³⁸ Eine Abmahnung ist nur bei tatsächlicher Vertragsverletzung zulässig. Wenn es ein generelles Alkoholverbot in einem Betrieb gibt, kann der AG den AN bei Verstoß abmahnen, auch wenn er aus medizinischer Sicht alkoholkrank ist. Der AG kann jedoch keine Abmahnung wegen krankheitsbedingter Fehlzeiten aussprechen, da keine tatsächliche Vertragsverletzung besteht.³⁹ Im Bereich der Kündigung ist die Verfahrensweise etwas komplizierter. Eine verhaltensbedingte Kündigung kann nur gegenüber einem AN ausgesprochen werden, der aus medizinischer Sicht nicht alkoholkrank ist. Dieser verhaltensbedingte Kündigung muss zwingend mindestens eine (bei extrem hoher Unfallgefahr genügt eine Abmahnung z. B. Kraftfahrer) Abmahnung zeitnah vorausgehen. Eine verhaltensbedingte außerordentliche Kündigung muss im Einzelfall entschieden werden, ist aber unter besonderen Umständen möglich. Wenn ein AN aus medizinischer Sicht alkoholkrank ist, hat der AG nur noch die Möglichkeit der personenbedingten ordentlichen Kündigung.⁴⁰ Diese Kündigung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Der AN muss erhebliche Fehlzeiten haben (geprüft werden die Fehlzeiten der letzten 3 bis 4 Jahre), dem AN muss eine negative Zukunftsprognose unterstellt werden (wird grundsätzlich unterstellt bei fehlender Krankheitseinsicht), es müssen erhebliche betriebliche Auswirkungen entstehen (Kosten in überdurchschnittlicher Höhe) und der AG muss nachweisen, dass er geeignete Präventionsmaßnahmen im Rahmen des Eingliederungsprozesses eingeleitet hat.⁴¹

³⁷ Vgl. Röhrborn, S. (2002), S. 2

³⁸ Vgl. Rußland, R./ Plogstedt, S. (1986) S. 193 f.

³⁹ Vgl. Rehwald, R/ et al. (2008) S. 194 f.

⁴⁰ Vgl. Rußland, R./ Plogstedt, S. (1986) S. 194 f.

⁴¹ Vgl. Rehwald, R/ et al (2008) S. 196

2.6 Suchtprävention

Die Thematik der Suchtprävention ist grundsätzlich im Bereich des Gesundheitsmanagement anzusiedeln und ist Teil des Personalmanagements. Suchtprävention im allgemeinen befasst sich mit stoffgebundenen und stoffungebundenen Süchten. In dieser Thesis soll der Schwerpunkt auf Suchtprävention im Bereich Alkohol gelegt werden. Modelle der Suchtprävention mit dem Schwerpunkt Alkohol lassen sich nicht ohne weiteres auf andere Suchtprobleme anwenden. Der Krankheitsverlauf von Medikamentenabhängigen (als Beispiel) und der Umgang mit den Betroffenen muss zwingend gesondert betrachtet werden. Damit ist nicht die Präventionsarbeit im allgemeinen sondern die spezielle Modell-Entwicklung gemeint.⁴²

Mit dem Schwerpunkt Alkohol wird die Suchtprävention in die 3 Stufen der Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention gegliedert. Die **Primärprävention** umfasst dabei alle Maßnahmen die unternommen werden, bevor die Erkrankung entsteht. Sie richtet sich an keinen bestimmten Empfänger und soll alle Beschäftigten eines Betriebes ansprechen. Die **Sekundärprävention** richtet sich an die Gruppe der riskant konsumierenden Beschäftigten (siehe Punkt 2.3), sowie an bereits Erkrankte in der Vor- und Anfangsphase (siehe Punkt 2.2). Sie beinhaltet Maßnahmen zur Stabilisierung und Begleitung von Erkrankten Mitarbeitern. Die **Tertiärprävention** richtet sich an die Gruppe der bereits erkrankten Beschäftigten. Sie beinhaltet Maßnahmen zur Betreuung Beschäftigter die eine Therapieeinrichtung besuchen und die Wiedereingliederung ins das Arbeitsleben.⁴³

Ausführliche Erklärungen zur Suchtprävention mit dem Schwerpunkt Alkoholsucht werden im Punkt 3.3 gegeben.

⁴² Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 24 ff.

⁴³ Vgl. Hallmann, Holterhoff-Schulte, Merfert-Diete (2007) S.3

3 Konzepte der Alkoholsucht-Prävention

3.1 Gründe und Ziele für die Alkoholsucht-Prävention

Gerade in der heutigen Zeit, in der die Wirtschaft durch die Welt-Finanzkrise angeschlagen ist, werden Investitionen immer kritischer gesehen. Viele Gründe sprechen gegen Investitionen gerade in wirtschaftlich schlechten Zeiten. Auf der einen Seite muss eine meist hohe Summe an liquiden Mitteln aufgebracht werden auf der anderen Seite besteht die Angst, dass sich die Investition nicht amortisiert. Und gerade bei Investitionen in das Human Kapital schrecken viele Unternehmen zurück, da eine genaue Kosten-Nutzen-Analyse nur schwer zu belegen ist.⁴⁴ "Insgesamt wird für betriebliche Präventionsprogramme in diesem Bereich ein Return on Investment von 1:4 angenommen."⁴⁵ Es wird immer wichtiger genau in diesen Produktionsfaktor zu investieren, angesichts des immer größer werdenden Fachkräfte mangels. Qualitativ gut ausgebildetes und zufriedenes Personal steigert die Produktivität. Die Einführung solcher Präventions-Programme wird mehr und mehr durch die Kultur und die Philosophie eines Unternehmens gerechtfertigt, bzw. überhaupt erst ermöglicht. Damit wird diese Entscheidung zu einer Werteentscheidung und beeinflusst das gesamte Unternehmen.⁴⁶

Die meisten Gründe, die für die Einführung solcher Programme sprechen, stellen zugleich auch die Ziele dar. Kostenaspekte in diesem Zusammenhang sind hohe Fehlzeiten, Personalersatz, Unfallschäden verursacht durch Alkoholgenuss, Minderleistungen (siehe Punkt 2.3), Personalfreisetzung etc. Die Ziele der Präventionsarbeit bestehen nun in der Reduktion dieser Kosten.⁴⁷ Doch wie bereits erwähnt kommen auch andere Aspekte zum Tragen. Imageverlust bei den Mitarbeitern und bei den Kunden, angespanntes Arbeitsklima und hohe Fluktuationsraten sind nur einige Punkte. Ziel soll es sein, das Unternehmen für Mitarbeiter durch gute Programme interessant zu machen und einen Imagegewinn zu realisieren. Die Verbesserung des Arbeitsklima-

⁴⁴ Vgl. Fuchs, R./ Petschler, T (1998) S. 51

⁴⁵ Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 6

⁴⁶ Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 5 f.

⁴⁷ Vgl. Fuchs, R./ Petschler, T (1998) S. 56 f.

mas und die Minderung der Fluktuationsrate sparen Kosten und wirken sich ebenfalls positiv auf das Image aus. Nicht zuletzt steht die Gesundheit der Ma im Vordergrund.⁴⁸

3.2 Rahmenbedingungen im Unternehmen

An dieser Stelle muss zwingend darauf hingewiesen werden, dass sich solche Programme am besten in ein bereits bestehendes Gesundheitsmanagement einbinden lassen. Ein Präventionsprogramm gegen Alkohol hat durchaus die Berechtigung in einem Unternehmen eigenständig behandelt zu werden, jedoch sollten die anderen Aspekte des Gesundheitsmanagements ebenfalls berücksichtigt werden. Es soll ein erweitertes Angebot zu bereits bestehenden Projekten wie Rauchfrei am Arbeitsplatz, Impfung zur Vorbeugung von Grippe, gesunde Ernährung in der Kantine, etc. sein oder den Anfang des betrieblichen Gesundheitsmanagement darstellen.⁴⁹

3.2.1 Der Steuerkreis

Der Steuerkreis oder auch Arbeitskreis genannt ist der erste Schritt zur Entwicklung und Implementierung eines Alkoholsucht-Präventionsprogramms. Um die Entscheidungswege zu verkürzen, einen gemeinsamen Willen von AG und AN Seite zu bekräftigen und die Interessen beider Parteien zu berücksichtigen sollte der Steuerkreis aus Teilen der Geschäftsführung, des Betriebsrates, der Personalabteilung, des betriebsärztlichen Dienstes und eventuellen externen Beratern bestehen.⁵⁰ Je nach Größe des Betriebes kommen noch weitere Personen wie der Gleichstellungsbeauftragte, Sozialdienst, Schwerbehindertenvertretung, etc. dazu.

Die drei wichtigsten Aufgaben des Steuerkreises sind die Planung, Durchführung und Kontrolle. Unter anderem Geplant werden müssen die Rahmenbedingungen (Verfügbarkeit vom Alkohol am Arbeitsplatz, Suchtkrankenhelfer und Dienstvereinbarungen), die einzelnen Maßnahmen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) und die Bereitstellung der einzelnen Informationen (schwarzes Brett, Intranet, eventuell Internet). Der Arbeitskreis steht dann in der Verantwortung diese Dinge umzusetzen, zu koordinieren und ständig zu aktualisieren. Die Kontrolle besteht dann in der Auswertung der Evaluation der einzelnen Maßnahmen und der anschließenden Verbesserung sofern dies nötig erscheint.

⁴⁸ Vgl. Wiesner, H. G. W. (1998) S. 55

⁴⁹ Vgl. Rehwald, R./ et al (2008) S.145 ff.

⁵⁰ Vgl. Wiesner, H. G. W. (1998) S. 57 f.

Der Steuerkreis sollte nicht der direkte Ansprechpartner für betroffene sein und auch sonst keine direkten Tätigkeiten übernehmen wie Moderation von Veranstaltungen oder Evaluation. Diese Tätigkeiten müssen abgegeben werden da der Arbeitsaufwand sonst zu groß wäre.⁵¹

3.2.2 Verfügbarkeit von Alkohol am Arbeitsplatz

Der AG hat die Möglichkeit ein generelles Verbot von Alkohol am Arbeitsplatz auszusprechen, desweiteren kann er einschränkende Regelungen treffen oder das Konzept der Punktnüchternheit wählen. Ein generelles Alkoholverbot während der Arbeitszeit ist durchaus geeignet den Konsum einzudämmen, schwierig wird es jedoch wenn der Betrieb eine gewisse Trinkerkultur aufweist. In bestimmten Branchen wie zum Beispiel im Weinhandel lassen sich diese Verbote nicht umsetzen. Auch in Bayern, wo das Bier als Grundnahrungsmittel angesehen wird und oft nach der Arbeit konsumiert wird, sind solche Verbote nur schwer durchzusetzen und treffen auf Unverständnis vom AN. Bei Alkoholverboten ist auch immer die Frage der Sanktionen zu klären. Es sind Einzelfallentscheidungen zu treffen da eine genaue Regelung unmöglich erscheint. Bei 0,5 Promille können bereits gravierende Ausfallerscheinungen auftreten, wenn die Person jedoch an Alkohol gewöhnt ist passiert bei diesem Pegel gar nichts.⁵² Bei dem Konzept der Punktnüchternheit wälzt der AG die Verantwortung zum Teil auf die AN ab. Der Alkoholkonsum wird nicht direkt untersagt, sondern es gilt die null Promille Grenze während der Arbeitszeit. Jeder Mitarbeiter trägt so selbst die Verantwortung ob er trinkt oder nicht. Das Problem der Punktnüchternheit sind jedoch Interpretationsspielräume seitens der AN. Wenn nicht genaue Absprachen getroffen werden kann dieses Konzept auch fehlschlagen, z.B. der Konsum nach der Arbeitszeit.⁵³

3.2.3 Betriebsvereinbarungen / Dienstvereinbarung (öffentlicher Dienst)

Die Betriebsvereinbarung ist ein Resultat des Steuerkreises und der Beginn der Implementierung von Präventionsprogrammen.⁵⁴ Die zwei wesentlichen Ziele der Betriebsvereinbarung zum Thema Sucht sollen zum einen die Verringerung des Alkoholkonsums am Arbeitsplatz und zum anderen das Angebot zur Hilfe an Risikogruppen und bereits erkrankten AN sein.⁵⁵ An dieser Stelle ist zu überlegen, ob andere Suchtstoffe oder sogar die stoffungebundenen Süchte (siehe Punkt 2.1) in dieser BV eingegliedert werden sollten. Somit würde man eventuell auftretenden Problemen bei Entstehung anderer Süchte in Betrieb entgegenwirken. Eine BV sollte immer auf den AN zugeschnitten sein, damit ist keine besondere Herausstellung von Rechten gemeint,

⁵¹ Vgl. Rehwald, R./ et al (2008) S. 108 f.

⁵² Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 34

⁵³ Vgl. Rehwald, R./ et al. (2008) S. 113 f.

⁵⁴ Vgl. Schumann, G. (2000) S. 82

⁵⁵ Vgl. Keil, W./ et al.(1996) S. 160

sondern eine einfache, klare und knappe Formulierung der Inhalte. Ebenfalls wichtig ist, dass sie nicht zu spezifisch formuliert wird und für alle Personen (Betriebsleitung, Führungskräfte, Mitarbeiter) verpflichtend ist.⁵⁶ Die Tabelle 3 zeigt die möglichen Inhalte mit kurzer Erklärung.

Tabelle 3: Inhalte einer BV⁵⁷ (eigene Darstellung)

<u>Regelungsbereich</u>	<u>Inhalt</u>
1. Geltungsbereich	- für wen es gilt
2. Ziele der BV	- was soll erreicht werden mit dieser BV
3. Genuss und Ausschank von Alkohol	- Regelungen zum Ausschank in der Kantine - Verweis auf gesetzliche Bestimmungen
4. Information aller Beschäftigten	- Bekanntmachung in allen Betriebsmedien (Intranet, Schwarzes Brett, etc.)
5. Weiterbildung	- Schulungsmaßnahmen für leitende Angestellte und Betriebsleitung - Häufigkeit der Maßnahmen
6. Beseitigung suchfördernder Arbeitsbedingungen	- finden dieser Arbeitsbedingungen und beseitigen
7. Umgang mit Betroffenen	- Hilfsangebot erklären - Stufenplan als Anhang beifügen - disziplinarische Maßnahmen klären - Umgang bei Rückfall
8. Wiedereingliederung nach Behandlung	- welche Stelle wird dann besetzt - gibt es eine Nachsorge im Betrieb
9. Zuständige Fachkräfte für Suchtfragen	- je nach Größe des Betriebs intern oder extern zu organisieren - Kompetenzklärung dieser Person - eventuelle zusätzliche Ehrenamtliche Suchtkrankenhelfer - Verschwiegenheitspflicht dieser Personen
10. Geltungsdauer	- sollte für immer sein, Kündigungsrecht besteht mit 3 monatiger Frist

⁵⁶ Vgl. Honsa, H.- J.(2005) S. 190

⁵⁷ Vgl. Keil, W./ et al. (1996) S. 161 ff.

3.2.4 Betriebliche Suchtkrankenhilfe

Die betriebliche Suchtkrankenhilfe kann einerseits durch nebenamtliche Mitarbeiter erfolgen, die schriftlich durch den Betrieb ernannt wurden, andererseits auch durch hauptamtliche Mitarbeiter (Sozialdienst). Die Kultur des Unternehmens, der Kostenaspekt der hauptamtlichen Stelle und die Größe des Betriebes haben einen Einfluss auf diese Entscheidung.⁵⁸ Der **nebenamtliche Suchthelfer** wird durch verschiedene Institutionen, wie z. B. durch den Baden-Württembergischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation oder dem Institut für betriebliche Suchtprävention Berlin, auf seine Aufgaben (siehe Abb. 4) vorbereitet.

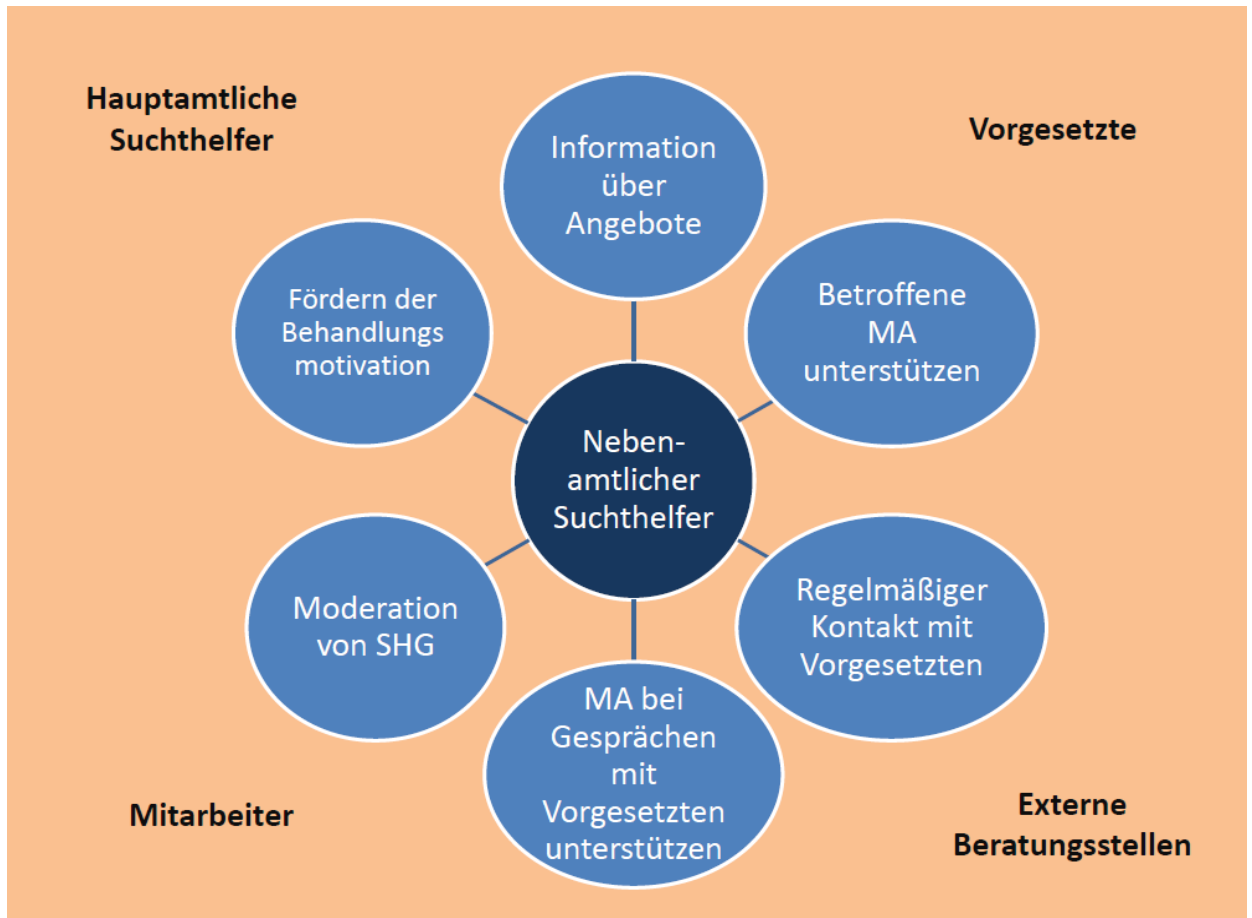


Abbildung 4: Aufgaben des nebenamtlichen Suchthelfers⁵⁹ (eigene Darstellung)

Es muss darauf geachtet werden das nicht jeder für diese Aufgabe geeignet ist. Ein nebenamtlicher Suchthelfersollte bestimmte Kriterien wie soziales Engagement, sehr gute kommunikative Fähigkeiten, Akzeptanz und Respekt im Kollegen- und Vorgesetztenkreis, teamfähig, wenn möglich eigene Erfahrung zum Thema und die Bereitschaft zur Selbstreflexion besitzen. Die

⁵⁸ Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 77

⁵⁹ Vgl. Rehwald, R. / et al. (2008) S. 163 f.

Hauptaufgabe nach der Ausbildung besteht in der Wegweiserfunktion. Diese Ausbildung ersetzt jedoch keine hauptamtliche Stelle und qualifiziert nicht zu Therapeutischen Maßnahmen.⁶⁰ Die Kosten für die Ausbildung von nebenamtlichen Suchthelfern Variieren von Anbieter zu Anbieter. Das Institut für betriebliche Suchtprävention in Berlin veranschlagt Kosten von ca. 1.780,- bis 2.150,- Euro für jeden Teilnehmer. Der Betrag beinhaltet 18 Seminar-Tage, alle Aufwendungen für Trainer und Referenten sowie die Unterlagen und benötigten Materialien.⁶¹

Ein **hauptamtlicher Suchtbeauftragter** hat meist erst ab einer gewissen Betriebsgröße eine Daseinsberechtigung. In der Abbildung 5 ist zum einen der Personenkreis, mit dem der Suchtbeauftragte ständig in Verbindung steht, und zum anderen ein großer Teil seiner Aufgaben im Betrieb abgebildet.

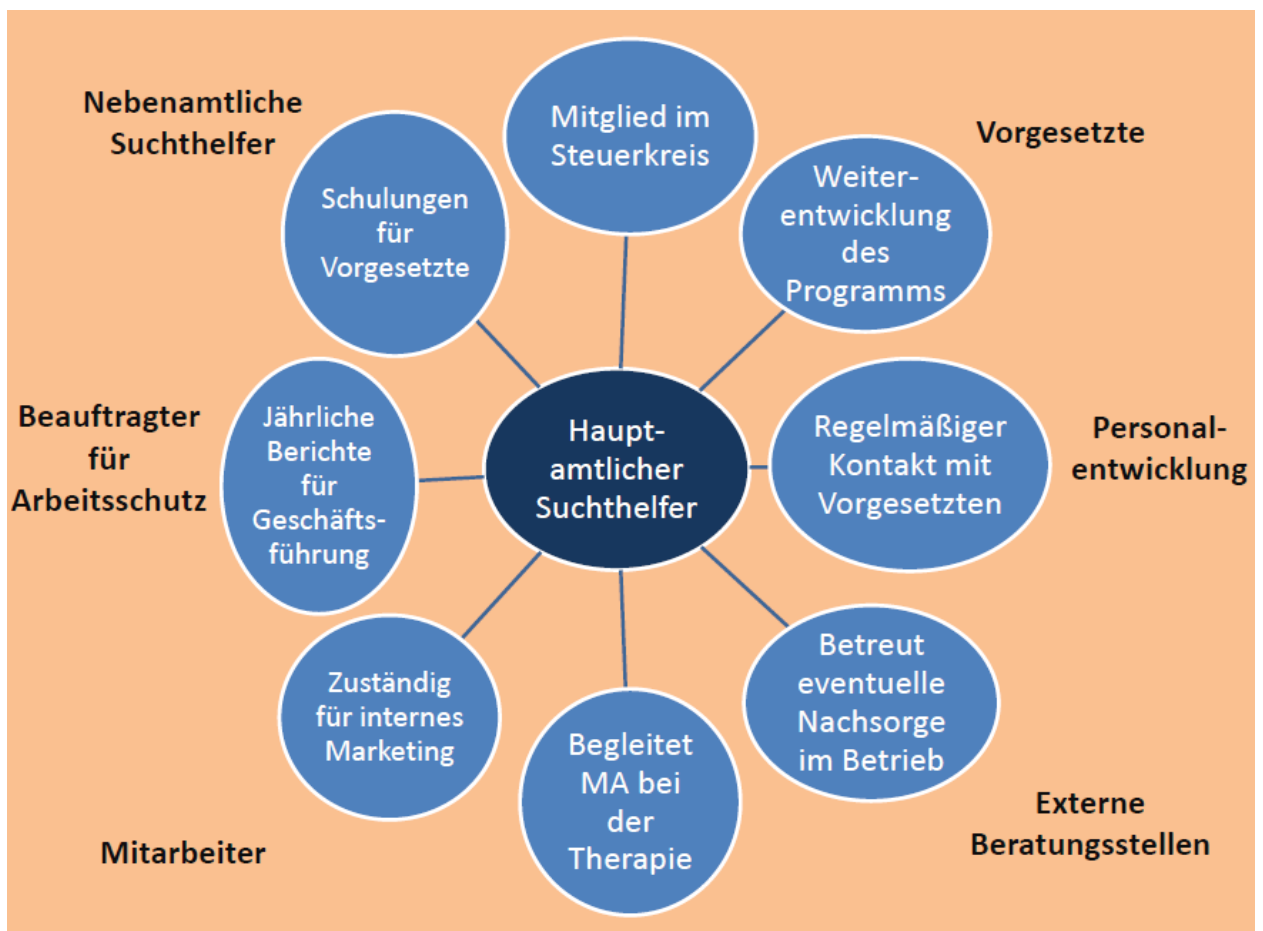


Abbildung 5: Aufgaben des hauptamtlichen Suchthelfers⁶² (eigene Darstellung)

⁶⁰ Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 77 ff.

⁶¹ Vgl. O.V.005 (2010)

⁶² Vgl. Rehwald, R./ et al. (2008) S. 161 f.

Die Kosten für diese Stelle sind im Vergleich zum nebenamtlichen Suchthelfer mit ca. 90.000,- Euro / Jahr relativ hoch. In diesen 90.000,- Euro sind Personalkosten von ca. 60.000,- Euro enthalten (je nach Qualifizierung des Suchtbeauftragten), Kosten für Büroräume und Räumlichkeiten für SHG von ca. 10.000,- Euro und ein Budget für Marketing, Weiterbildung, Schulungen, etc. von ca. 20.000,- Euro. Diese Werte sind geschätzt und keinesfalls 1 zu1 für jeden Betrieb zu übernehmen.

Ein sehr wichtiger Punkt, den es unbedingt zu beachten gilt, ist die Schweigepflicht der haupt- und nebenamtlichen Suchthelfer. Wenn nun z. B. ein Diplomsozialarbeiter oder ein Sozialarbeiter mit staatlicher Anerkennung eingesetzt wird, muss die Schweigepflicht nicht explizit geregelt werden da diese im Strafgesetzbuch im § 203 Abs. 5 geregelt ist.⁶³ Eine gesetzliche Regelung für andere Berufsgruppen in Betrieben gibt es derzeit noch nicht. Es empfiehlt sich daher diese Schweigepflicht ausdrücklich in einer BV zu regeln. Ohne diese Regelung kann kein Vertrauensverhältnis zwischen Betroffenen und Helfern entstehen und eine Erschaffung dieser Stelle bzw. Ernennung der Nebenamtlichen wäre sinnlos.⁶⁴

3.3 Aufbau der Alkoholsucht-Prävention

In der neueren Literatur (ab 2007-08) und im Bezug auf Allgemein-Prävention werden die Begriffe Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention des Öfteren durch die universelle, selektive und indizierte Prävention ersetzt. Die universelle Prävention zielt auf die Allgemeinbevölkerung ab und versucht bevorstehende Probleme abzuwenden. Dazu zählen unter anderem groß angelegte Kampagnen zur Aufklärung von bestimmten Themengebieten (Keine Macht den Drogen, HaLT - Hart am Limit). Die selektive Prävention richtet sich an Bevölkerungsgruppen die bereits bestimmte Merkmale auf spätere Suchterkrankungen aufweisen. Ein Beispiel hierfür wäre die Aufklärungsarbeit durch Suchtberatungsstellen, oder eigenen Sozialdiensten von Krankenhäusern, an Rehabilitationseinrichtungen für Anschlussheilbehandlungen jeglicher Erkrankungen (1 bis 2 stündige, freiwillige Seminare). Die indizierte Prävention richtet sich an den Personenkreis, die viele Merkmale einer Suchterkrankung aufweisen oder bereits erkrankt sind. Diese Prävention kann freiwillig (Angebot von Selbsthilfegruppen in Jugendstrafanstalten) oder zwangsweise (Verpflichtung des Besuches einer Selbsthilfegruppe nach mehrmaligen Entzug des Führerscheins wegen Alkohol) erfolgen.

⁶³ O.V.006 (2010) S. 1

⁶⁴ Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 74

Diese neuen Begrifflichkeiten werden vom US Institute of Medicine verwendet. In der breiten Literatur zum spezifischen Thema Alkoholsucht-Prävention finden sich diese Begriffe noch eher selten. In dieser Thesis werden daher diese Begriffe nicht verwendet.⁶⁵

3.3.1 Primärprävention

3.3.1.1 Aufklärung

Die klassischen Aufklärungsmaßnahmen, wie man sie aus der Schule kennt, haben mit den betrieblichen Maßnahmen nicht mehr all so viel gemein. Eine Aufklärungsmaßnahme dient generell dazu, eine breite Masse über das Thema Alkoholmissbrauch und Hilfe bei Abhängigkeit zu informieren und möglichst viele Personen zu erreichen. Ziel ist die Betrachtung des eigenen Alkoholkonsums zu überdenken und eine Eigenmotivation zur Veränderung des Trinkverhaltens bei den Betroffenen zu schaffen. Zu beachten sind hier die verschiedenen Mitarbeiterkreise. Die sog. "alte Garde" hat die größten Probleme mit Veränderungen im Betriebsalltag und der Eigenreflexion. Je nach Situation sind hier Investitionen zu vermeiden und andere Maßnahmen zu ergreifen. Investitionen im Bereich der Aufklärung sollten bei dem Kreis der neuen Mitarbeiter getätigt werden. Die Bereitschaft die Unternehmenskultur anzunehmen ist wesentlich höher. Die Aufklärungsarbeit ist hier an einem Punkt, in der Sie mit der Sekundärprävention verschmilzt (siehe Punkt 2.5). Für ein Unternehmen ist es sinnvoll bestimmte Zielgruppen zu definieren (Sekundärprävention) und dort verstärkt Aufklärungsarbeit zu betreiben. Diese Veranstaltungen haben das Ziel dem neuen Mitarbeiter die Unternehmenskultur im Hinblick auf Alkohol zu zeigen, Hilfsangebote des Betriebes zu erklären, Ansprechpartner vorzustellen und natürlich den eigenen Alkoholkonsum zu überdenken.⁶⁶

3.3.1.2 Arbeitsplatzgestaltung

Wenn man die Arbeitsbedingungen mit dem Suchtmittelmissbrauch in Verbindung bringt, spricht man von suchtfördernden Arbeitsbedingungen und gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen (siehe Tabelle 4). Die suchtfördernden Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten Jahren sehr gewandelt. Haben vor einigen Jahrzehnten noch die harten Faktoren wie Maschinenunfälle, Umwelteinflüsse und körperliche Fehlbelastungen den Griff zur Flasche zur Folge gehabt, sind es heute mehr und mehr die weichen Faktoren wie Zeitdruck, Stress, psychische Fehlbelastungen.⁶⁷ Ziel des Steuerkreises ist es die suchtfördernden Faktoren zu finden und abzustellen sowie die gesundheitsfördernden einzuführen und auszubauen. Je nach Größe des Betriebes übernimmt der Steuerkreis diese Aufgabe selbst oder bedient sich dem "Berliner Modell". Nach

⁶⁵ Vgl. Hallmann, Holterhoff-Schulte, Merfert-Diete (2007) S.3 f.

⁶⁶ Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 43 f.

⁶⁷ Vgl. Heinze, G./Reuß, M. (2009) S. 86 f.

diesem Modell treffen sich 10 bis 15 Mitglieder einer hierarischen Ebene über einen begrenzten Zeitraum und entwickeln Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsplatzgestaltung.⁶⁸

Tabelle 4: Suchtfördernde und Gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen⁶⁹ (eigene Darstellung)

<u>Suchtfördernde Arbeitsbedingungen</u>	<u>Gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen</u>
- Stress, Zeitdruck, fehlende Wertschätzung, Monotonie, Arbeitsplatzunsicherheit, Überforderung, Konflikte, Führungskultur, Burnout, ungünstige Arbeitszeiten, Konkurrenz, Betriebsklima, Arbeitsplatzgestaltung, Informationsmangel, Mobbing, zu hohe Anforderungen, hohe Fluktuationsrate, etc.	Festes verlässliches Einkommen, Sicherheit am Arbeitsplatz, Gesundheitsschutz, klare Aufgabenverteilung, Möglichkeiten der persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung, Spaß bei der Arbeit, gutes Betriebsklima, Verantwortung übernehmen, etc.

3.3.1.3 Weiterbildungen der Führungskräfte

Führungskräfte müssen lernen, Mitarbeiter mit Alkoholproblemen zu erkennen und daraufhin zu Handeln. In den meisten Fällen ohne Weiterbildung wird die Führungskraft zum Co-Abhängigen. Vereinfacht betrachtet bleibt die Führungskraft bei erkennen der Erkrankung untätig und versucht sogar die Erkrankung zu ignorieren. Die Führungskraft kann zum einen durch eine klare betriebliche Regelung, wie in den vorangegangenen Punkten bereits beschrieben, und zum anderen durch Weiterbildungen unterstützt werden.⁷⁰

In diesen Weiterbildungen werden 5 wesentliche Punkte vertieft. Als erstes muss die Führungskraft lernen die Erkrankung bei den Mitarbeitern **Wahrzunehmen**. Die Sensibilisierung für Auffälligkeiten, die von der Führungskraft zumeist als unwichtig angesehen werden, ist besonders wichtig. Zu beachten sind hier Punkte wie körperliche Entzugserscheinungen (zittern der Hände, Hautrötungen, etc.), nachlassen der Arbeitsqualität, Soziale Abkapselung des betroffenen Mitarbeiters sowie häufige Fehlzeiten⁷¹. Eng mit der Wahrnehmung verbunden ist die **Bewertung** dieser Auffälligkeiten. Die Führungskraft muss entscheiden, ob diese Abweichungen even-

⁶⁸ Vgl. Heinze, G./Reuß, M. (2009) S. 88

⁶⁹ Vgl. Rehwald, R./ et al. (2008) S.96 ff.

⁷⁰ Vgl. Fuchs, Rainer, Rummel (1998) S. 119 f.

⁷¹ Vgl. Fuchs, Rainer, Rummel (1998) S. 120.ff.

tuell auf eine solche Erkrankung zurückzuführen sind oder nicht. Die Zuhilfenahme einer weiteren Person (Führungskraft der gleichen Ebene oder, sofern vorhanden, betrieblicher Suchtbeauftragte) ist immer zu empfehlen. Nach der Bewertung der Wahrnehmung erfolgt die Übernahme der **Verantwortung**. Die Führungskraft muss im Rahmen der ihr übertragenen Fürsorgepflicht entscheiden, ob eine Weiterbeschäftigung des Mitarbeiters möglich ist oder nicht. Sofern eine Weiterbeschäftigung nicht möglich ist, muss die Führungskraft **Intervenieren**. Der Vorgesetzte begründet dem Betroffenen seine Entscheidung. Der Mitarbeiter kann durch einen Test, unter Einbeziehung ärztlicher Hilfe, beweisen das er nüchtern ist. Ist das nicht der Fall, muss die Führungskraft den Heimtransport organisieren. Nachdem der Mitarbeiter wieder auf Arbeit erscheint, muss die Haltung der Führungskraft in Gesprächen **Verankert** werden.⁷²

3.3.2 Sekundärprävention

3.3.2.1 Coaching zur Gesprächsführung von Führungskräften

Neben der Weiterbildung von Führungskräften zum Thema erkennen und Handeln bei Alkoholmissbrauch (Punkt 3.3.1.3 Weiterbildung) ist das Thema Gesprächsführung nochmals gesondert zu betrachten. Die Gesprächsführung ist im Allgemeinen schon ein sehr umfangreiches Themengebiet für Führungskräfte und stellt je nach Gebiet (Kündigung, Personalentwicklung, Jahresgespräche, Kritikgespräche, etc.) eine anspruchsvolle Aufgabe dar. Es ist wichtig zu beachten, dass es keine Musterlösung für ein solches Gespräch gibt. Jeder Fall muss gesondert betrachtet werden und jedes Gespräch verläuft immer anders.

Das Interventionsgespräch muss durch die Führungskraft vorbereitet werden, am besten durch eine Checkliste. Es ist wichtig, dass alle Anmerkungen zum Arbeitsverhalten und eventuellen Missbrauch bewiesen werden können. Die Führungskraft sollte sich bei externen oder sofern vorhanden bei internen Stellen (Punkt 3.2.4 Betriebliche Suchtkrankenhilfe) beraten lassen, und eventuell den Suchtbeauftragten an dem Gespräch teilhaben lassen. Das wichtigste im gesamten Gespräch ist dem erkrankten keinesfalls eine Diagnose zu seiner Erkrankung zu stellen. Erstens ist die Führungskraft dafür nicht ausgebildet und zweitens wird der Betroffene sofort eine Abwehrhaltung einnehmen.⁷³

Ein sehr verständliches und hilfreiches Modell zur Gesprächsführung bieten die **KLAR**-Regeln. Das K steht für **Konsequenz**. Die Führungskraft muss gerade bei Alkoholabhängigen Mitarbeitern immer Konsequenz in der Umsetzung der vereinbarten Ziele bleiben. Ein abweichen (Ausnahme des Alkoholgenusses bei Geburtstagen eines Kollegen) würde die betroffene Person für

⁷² Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 60

⁷³ Vgl. Rehwald, R. / et al. (2008) S.151

sich werten und gegen die Führungskraft verwenden. Die Führungskraft muss auch in den disziplinarischen Angelegenheiten Konsequenz sein. Am Ende einer Auseinandersetzung steht immer die Therapie oder die Kündigung. Das L steht für **Loslassen**. Für einen Außenstehenden, der selbst nicht Betroffen ist und auch keinen Fall in der Familie hat, ist es zumeist unbegreiflich warum erkrankte so handeln. Die Führungskraft darf sich selbst nicht in Frage stellen und darf keinesfalls Verantwortung für das Handeln des Betroffenen übernehmen. Das A steht für **Abgrenzen**. Die größten Probleme haben hier Führungskräfte die vor Jahren mit der Betroffenen Person auf der selben hierarchischen Ebene gearbeitet haben. Es ist wichtig keinerlei Gefühle zur Anteilnahme oder gar zur Wut über die Erkrankung zu äußern. Die Führungskraft muss ihre Position und die des Betroffenen klar abgrenzen, egal was früher war. Das R steht für **Reden**. Bei diesem Punkt geht es lediglich um das wie. Die Führungskraft muss mit dem Betroffenen reden, ohne Gefühle in die eine oder andere Richtung, und nicht über ihn.⁷⁴

3.3.2.2 Konstruktive Leidensdruck

Der konstruktive Leidensdruck wird durch den Vorgesetzten erzeugt. Der Mitarbeiter soll seine Situation erkennen und eine Behandlungsmotivation entwickeln. Der Vorgesetzte muss den erkrankten in aller Deutlichkeit auf seine Situation ansprechen, ihm seine Grenzen zeigen, ihm sein Fehlverhalten erklären und ihm die Konsequenzen bei weiterem trinken aufzeigen. Desweiteren müssen im diesem Gespräch Hilfsangebote unterbreitet werden. Dem Betroffenen muss klar sein, dass sein Arbeitsplatz sicher ist, auch wenn er eine Therapie beginnt. Die Führungskraft muss bei diesen Gesprächen stets Konsequenz bleiben und darf von der angekündigten Verfahrensweise nicht mehr abweichen. Emotionen sollten vermieden werden, sie helfen weder der Führungskraft bei Ihrer Arbeit noch unterstützen sie den erkrankten (Punkt 3.3.2.1 Gesprächsführung).⁷⁵

3.3.2.3 Phasenkonzept / Interventionskette

Phasenkonzepte und Interventionsketten haben die Aufgabe die Führungskraft in Ihrem Handeln zu unterstützen, den zu gehenden Weg aufzuzeigen und den Rückhalt der Unternehmensleitung zu signalisieren. Das Ziel dieser Konzepte ist eine möglichst gleich Behandlung der Betroffenen und die Setzung von Standards in der Qualität von Präventionsprogrammen. Zumeist werden diese in einer BV dargestellt und ausführlich erläutert.

Das **Phasenkonzept** (siehe Abb. 6) besteht aus der Kontaktphase, Vermittlungsphase, Entscheidungsphase, Wiedereingliederungsphase und der Nachsorge. Die Kontaktphase ist das erste Gespräch in dem der Vorgesetzte den Betroffenen auf Verschlechterungen seiner Arbeits-

⁷⁴ Vgl. Heinze, G./Reuß, M. (2009) S. 97 f.

⁷⁵ Vgl. Schackmann, B (o.J.) S. 2

qualität hinweist und einen eventuellen Zusammenhang mit einer Suchtgefährdung aufzeigt. Falls nach 6 Wochen keine Veränderung des Verhaltens zu erkennen ist, folgt die Vermittlungsphase. Bei diesem Gespräch nimmt der nächst höhere Vorgesetzte und ein Mitglied des Personalrates sowie falls vorhanden ein Suchtbeauftragter teil. Dem Betroffenen werden Ziele gesetzt die bei Nichteinhaltung mit arbeitsrechtlichen Mitteln geahndet werden. Desweiterem werden ihm Beratungsmöglichkeiten gezeigt und eine Behandlung empfohlen. Nach weiteren 6 Wochen wird wieder ein Gespräch angesetzt. Erfolgt keine Verbesserung des Verhaltens beginnt die Entscheidungsphase. Es werden Abmahnung ausgesprochen im Beisein aller beteiligten und wieder Hilfemaßnahmen angeboten. Falls sich das Verhalten nicht ändert, ist nach der 2. Abmahnung die Kündigung auszusprechen. Wenn sich der Betroffene für eine Therapie entscheidet beginnt nach der Beendigung dieser die Wiedereingliederungsphase. Ziel ist es den Mitarbeiter zu begleiten und ihn bei allem zu unterstützen. Die Nachsorge geht über die Wiedereingliederungsphase hinaus und wird zumeist durch den Suchtbeauftragten übernommen. Dieser hält dann mit der Führungskraft regelmäßige Rücksprache (siehe Abb. 5).⁷⁶

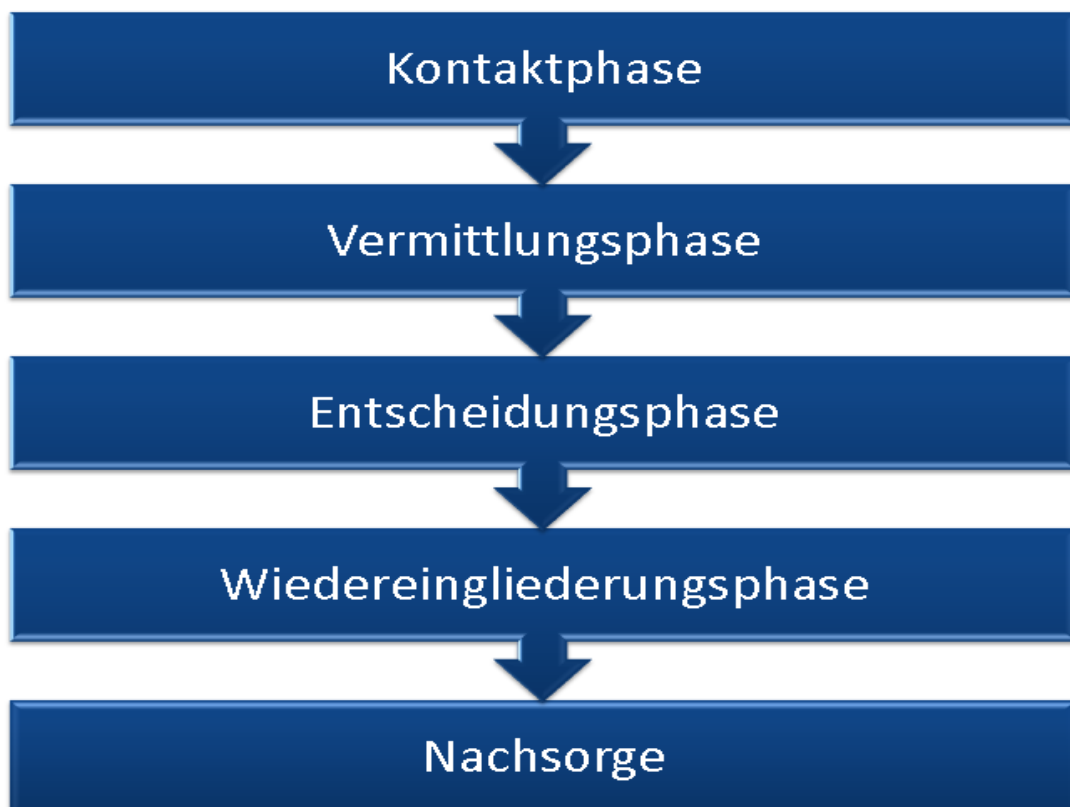


Abbildung 6: Phasenkonzept für den Umgang mit Betroffenen Mitarbeitern⁷⁷ (eigene Darstellung)

⁷⁶ Vgl. Heinze, G./Reuß, M. (2009) S. 99 ff.

⁷⁷ Vgl. Heinze, G./Reuß, M. (2009) S.100

Die **Interventionskette**, bestehend aus 6 Stufen, ähnelt dem Phasenkonzept. Im Folgenden eine kurze tabellarische Veranschaulichung.

Tabelle 5: Interventionskette⁷⁸ (eigene Darstellung)

4-Augen-Gespräch	Hinweise des Vorgesetzten auf seine Beobachtungen, Vereinbarung von Zielen, kein Protokoll, weiteren Gesprächstermin nach 4 bis 6 Wochen sofern sich nichts ändert
Formales-4-Augen-Gespräch	Erklären von Veränderungserwartungen, Hilfe anbieten, arbeitsrechtliche Konsequenzen androhen, Protokoll mit Gegenzeichnung, Beobachtungszeitraum 4 bis 6 Wochen
Nächste Führungsebene + Ermahnung	Hinzuziehung der nächst höheren Führungsebene, sonst siehe zweite Stufe,
Erste Abmahnung	Unter Einbeziehung des Betriebsrates (sofern vorhanden) Erteilung der Abmahnung im Gespräch, sonst siehe zweite Stufe
Zweite Abmahnung	Unter Einbeziehung des Betriebsrates Erteilung der zweiten Abmahnung im Gespräch, sonst siehe zweite Stufe, Androhung der Kündigung
Kündigung	Kündigung, Hinweis auf Wiedereinstellung sofern eine Therapie erfolgreich beendet wird

3.3.3 Tertiärprävention

3.3.3.1 Wiedereingliederung und Nachsorge

Die Wahrscheinlichkeit dauerhafter Abstinenz wird durch ein gutes Wiedereingliederungsmanagement durch den Betrieb stark erhöht, denn Rückhalt im Betrieb bedeutet zugleich ein verbessertes Zukunftsdenken des Betroffenen. Das **Wiedereingliederungsmanagement** ist im §

⁷⁸ Vgl. Rummel, Rainer, Fuchs (2004) S. 64 f.

84 Abs. 2 SGB IX geregelt und besagt, dass Mitarbeiter die länger als 6 Wochen eines Jahres Arbeitsunfähig sind bei der Wiederaufnahme der Tätigkeit unterstützt werden müssen.⁷⁹ Wie diese Mitarbeiter im einzelnen genau unterstützt werden sollen ist nicht geregelt. Ziel des Wiedereingliederungsmanagement ist die Erhaltung der Abstinenz und damit die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit. Der Suchtbeauftragte des Betriebes hält entweder während der gesamten Therapie zu dem Betroffenen Kontakt oder erst zum Schluss, diese Entscheidung wird dem Betroffenen selbst überlassen. Die Eingliederung erfolgt je nach ärztlicher Einschätzung schrittweise oder voll, geregelt im § 74 SGB V. Zu Beginn der Wiedereingliederung treffen sich der Betroffene, der Vorgesetzte, der Betriebsrat (sofern vorhanden), der Betriebsarzt und der Suchtbeauftragte. In diesem Gespräch wird die Wiedereingliederung geregelt, es werden Ziele vereinbart, es wird der Umgang mit der Krankheit vereinbart (öffentlich oder nicht), es werden sofern erforderlich Aufgabenbereiche des Betroffenen neu geregelt um ihn in der ersten Zeit zu entlasten, es werden Absprachen über das Vorgehen bei einem Rückfall geregelt und es wird die Unterstützung bei der Nachsorge geregelt.

Die **Nachsorge** kann entweder bei einer Suchtberatungsstelle beantragt werden oder, sofern vorhanden kann das der Sozialdienst eines Betriebes übernehmen. Bei einer Suchtberatungsstelle dauert die Nachsorge 2 bis 3 Monate. Der Betroffene und der Therapeut der Beratungsstelle treffen sich, ca. zu 15 bis 20 Terminen, in der Regel wöchentlich 1 bis 2 mal. Diese Treffen finden zu Hälfte im Einzelgespräch und zur Hälfte in der Gruppe mit anderen Nachsorgepatienten statt. Ziel ist die Gewährleistung der Abstinenz nach der Therapie und die Unterstützung in allen Lebensbelangen des Erkrankten. Die Kosten für diese Nachsorge trägt der Rententräger, der Arbeitgeber kann sich jedoch beteiligen (Treffen in der Arbeitszeit ermöglichen). Sofern die Nachsorge im Betrieb stattfindet gibt es keine zeitliche Regelung. Die Nachsorge kann dann bis zum Rentenalter fortgesetzt werden. Das Prinzip ist jedoch genau das gleiche wie in den Beratungsstellen. Über die Dimensionen der Betreuung entscheidet der Betrieb, daher sind keine Kostenvorhersagen zu treffen.⁸⁰

3.3.3.2 Selbsthilfegruppen

Die Selbsthilfegruppen sind für viele Betroffenen zumeist die letzte Rettung nach einer Therapie. Die Wichtigkeit einer solchen Gemeinschaft wird allzu oft, nicht nur durch Betriebe sondern auch durch den Betroffenen selbst unterschätzt. Die Treffen der SHG sind meist wöchentlich oder 2 wöchentlich. Die Größe der Gruppe variiert zwischen 5 bis 15 Betroffenen. Ab einer bestimmten Größe teilt sich die Gruppe dann. In einer SHG sind Menschen, die den Betroffenen in

⁷⁹ Vgl. O.V.009 (o.J.)

⁸⁰ Vgl. Rehwald, R. / et al. (2008) S. 130 ff.

all seinen Problemen verstehen. Alle Mitglieder haben das gleiche erlebt und kennen Strategien die Probleme nach einer Therapie zu lösen. Dem Betroffenen begegnet eine Toleranz wie er Sie in der Öffentlichkeit nie erleben wird, alle hören ihm zu und keiner verurteilt ihn für sein Handeln. In der SHG kann der Betroffene lernen mit seiner Erkrankung umzugehen und offen darüber zu sprechen. Desweiteren hat eine SHG immer einen Ansatz einer Gruppentherapie, auch wenn sie nicht durch einen Therapeuten geleitet wird.⁸¹

Diese Selbsthilfegruppen finden sich in jeder größeren Stadt bzw. schon in Dörfern. Die bekanntesten sind die Anonymen Alkoholiker, der Freundeskreis, das Blaue Kreuz, der Kreuzbund und die Guttempler. Die Konzepte der einzelnen Gruppen sind teilweise sehr unterschiedlich die Effekte jedoch meist die gleichen.⁸² Je nach Größe des Betriebes sind organisierte SHG eine gute Möglichkeit der Prävention. Zu beachten ist hier wieder die Schweigepflicht. Jedes gesagte Wort muss verbindlich in der Gruppe bleiben, auch wenn Führungskräfte an dieser teilhaben. Es ist sinnvoll wenn diese Gruppe durch den hauptamtlichen Suchthelfer geleitet wird. SHG im Betrieb haben den Vorteil das suchtfördernde Arbeitsbedingungen (siehe Tabelle 4) schneller erkannt und beseitigt werden können.

3.4 Gesamtbetrachtung der Präventionsarbeit

Gerade in den letzten Jahren hat sich eine Menge auf diesem Gebiet getan. Es wurden Gesetze (§84 Abs. 2 SGB IX) zur Präventionsarbeit verabschiedet und ein sehr breiter Dienstleistungsmarkt hat sich rund um das Thema Beratung, Suchthelfer und Implementierung von Präventionsprogrammen entwickelt. Die Vielzahl der Handlungsmöglichkeiten erlauben es auch kleinen und mittleren Betrieben in der Präventionsarbeit Tätig zu werden. Wie diese Präventionsarbeit im primären, sekundären- und tertiären Bereich im genaueren für den Raum Freiburg aussieht, soll im Punkt 4 geklärt werden.

⁸¹ Vgl. Rieth, E (2008) S. 134

⁸² Vgl. Rieth, E (2008) S. 132

4 Betriebliche Alkoholsucht-Prävention im Raum Freiburg

4.1 Alkoholsucht, ein Problem bestimmter Gesellschaftsklassen/ Branchen/ Regionen?

Der klassische Vieltrinker der heutigen Gesellschaft ist der 40 bis 50 jährige Mann, wobei die Frauen in den letzten 10 bis 20 Jahren stark aufgeholt haben. Die DHS hat keinerlei Hinweise auf eine Konzentration von Alkoholabhängigen in bestimmten Regionen. Alle Bundesländer sind in etwa gleich betroffen. Es gibt auch keine Daten für ein Ost/West Gefälle. Es gibt lediglich Regionale Unterschiede was die Art des Alkohols betrifft. So kann man sagen, dass in Baden Württemberg mehr Wein, in Bayern mehr Bier und in den nördlichen Bundesländern mehr Spirituosen getrunken werden. Es besteht jedoch kein Zusammenhang zwischen der Art des Alkohols und der Abhängigkeit.⁸³

Damals wie heute ist es ein Irrglaube, das Alkoholiker zumeist Obdachlose Pendler sind, die jegliche Kontrolle über sich verloren haben. Eine gute Erziehung und ein hoher Bildungsstand sind kein Schutz vor dieser Krankheit. Auch große Willensstärke hat mit dieser Krankheit nicht viel zu tun. Sie macht kein Halt vor Religion oder Status. Banker, Lehrer, Kaufleute, Politiker, Ärzte, Rechtsanwälte und Lagerarbeiter sind gleichermaßen betroffen.⁸⁴

In diverser Literatur sowie in der Fachklinik Freudenholm/Ruhleben, die Therapie Klinik des Verfassers, geht man davon aus, dass es ein vererbbares Sucht-Gen gibt. Die Forschungen zu diesem Themengebiet stehen erst am Anfang und es gibt noch keine genauen Aussagen über Genzusammensetzung. Studien haben aber gezeigt, dass Alkoholabhängigkeit zu 50 bis 60% genetisch bedingt ist.⁸⁵ Damit, und mit den Erkenntnissen der DHS, ist belegt, dass es keinen

⁸³ Vgl. O.V.010 (2010)

⁸⁴ Vgl. Rußland, R./ Plogstedt, S. (1986) S.21

⁸⁵ Vgl. O.V.011 (o.J.)

direkten Zusammenhang der Abhängigkeit mit der Gesellschaftsklasse, der Branche oder der Region eines Menschen gibt. Die Abhängigkeit kann jeden treffen.

4.2 Sucht-Institutionen im Raum Freiburg

Für Unternehmen und Behörden die die Alkoholsucht Problematik erkannt haben, gibt es eine Vielzahl an Staatlichen Institutionen und Privaten Dienstleistern die bei der Implementierung von Suchtprävention im Unternehmen behilflich sind. Im Anhang unter der Anlage 3 sind alle Hilfeinrichtungen durch den Kommunalen Suchtbeauftragten in der Region Freiburg aufgelistet worden. Die Vielzahl der Einrichtungen erlaubt keine Vorstellung im Detail. Ein Träger ist jedoch bei der Erarbeitung dieses Punktes besonders aufgefallen und soll nun im Weiteren vorgestellt werden.

Der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH (im Folgenden bwlv genannt) ist mit 21 Beratungs- und Behandlungsstellen und rund 700 Mitarbeitern der größte Träger der Suchtkrankenhilfe in diesem Bundesland. Dieser Verband beschäftigt sich natürlich nicht ausschließlich mit dem Thema Alkohol. Zu den Beratungsstellen kommen acht Rehabilitationskliniken (40 % aller verfügbaren Plätze in Baden-Württemberg) für Suchterkrankte aller Art (siehe Punkte 2.1) und acht Integrationsfachdienste (Fachstellen für Integration von behinderten und schwerbehinderten Menschen ins Arbeitsleben). Desweiteren werden Präventionsmaßnahmen in Schulen, Vereinen, Betrieben, Verwaltungen, Behörden, etc. durch den bwlv durchgeführt. Der bwlv bietet zusätzlich Räumlichkeiten für Selbsthilfegruppen aller Art.⁸⁶

Im folgenden werden einzelne Angebote des bwlv zum Thema Alkoholsucht kurz aufgezeigt und erläutert. Der bwlv bietet eine grundsätzliche Unterstützung bei der Erstellung eines Konzeptes für Suchtprävention im Betrieb. Es werden mit dem Betrieb zusammen spezifische Lösungen erarbeitet und umgesetzt. Es geht in diesem Punkt um die Schaffung der Rahmenbedingungen (siehe Punkt 3.2) für die Suchtprävention aber auch um die Erarbeitung eines Maßnahmenpaketes (Phasenkonzept / Interventionskette siehe Punkt 3.3.2.2). Diese Arbeit findet in dem jeweiligen Betrieb statt und dauert ein bis anderthalb Tage.⁸⁷ Der bwlv bietet desweiteren Führungskräften Coaching, Interventionsberatung und Gesprächsführung an. Diese Veranstaltungen finden im jeweiligen Betrieb statt und dauern ca. einen Tag. Diese Coachings bieten den Teilnehmern einen kurzen Überblick der Rahmenbedingungen im Unternehmen für Suchtprävention (siehe Punkt 3.2) wie z.B. Betriebsvereinbarungen. Desweiteren werden primärpräventive Maßnahmen wie allg. Fakten und Daten zum Thema Alkoholmissbrauch im Betrieb angespro-

⁸⁶ Vgl. O.V.012 (o.J.)

⁸⁷ Vgl. O.V.013 (o.J.) S. 5

chen (siehe Punkt 3.3.1.3) aber auch sekundärpräventive Maßnahmen wie Gesprächsführung (siehe Punkt 3.3.2.1).⁸⁸ Durch die Zusammenarbeit mit der IHK kann der bwlV auch die Ausbildung von ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfern gewährleisten (siehe Punkt 3.2.4). Der Seminarort ist das Bildungszentrum Schloss Flehingen im Kraichgau. Diese Ausbildung umfasst acht Kurseinheiten die jeweils zwei Tage dauern. Insgesamt liegen die Kosten bei ca. 3.300,- Euro. Ausbildungsinhalte sind unter anderem rechtliche Grundlagen, Organisation der Suchtkrankenhilfe, Grundlagen der Gesprächsführung, Motivationstraining, Co-Abhängigkeit, etc..⁸⁹

4.3 Auswertung des Fragebogens

Um einen kleinen Überblick über die Aktuelle Situation der Suchtprävention in Betrieben im Raum Freiburg zu bekommen, wurde ein einseitiger Fragebogen erstellt. Dieser Fragebogen kann in keiner Weise einen realistischen Gesamteindruck vermitteln. Er dient lediglich zu Erfassung von möglichen Modellen und Konzepten der Suchtprävention, die in Betrieben in der Region angewendet werden. Der Fragebogen ist in Anlage 2 zu sehen. Die Stadt Freiburg war dazu bereit, namentlich in allen Punkten genannt zu werden. Daher werden die Antworten besonders herausgestellt und erläutert.

4.3.1 Daten Erfassung

Der Befragungszeitraum umfasste ca. 5 Wochen, vom 10. Mai 2010 bis zum 18. Juni 2010. Es wurden die verschiedensten Branchen befragt, unter anderem die Industrie, der Großhandel, Köperschaften, der Öffentliche Dienst sowie der Dienstleistungsbereich. Die Befragung wurde entweder über Telefon, persönlich oder via E-Mail durchgeführt. Es gibt Teilnehmer, deren Informationen nur Anonym veröffentlicht werden dürfen. An dieser Stelle soll nochmals deutlich gemacht werden, dass die Befragten ohne jeden Hintergrund gewählt worden sind und der Inhalt keine Pauschalisierung erlaubt. Von 21 Befragten regierten 8. Von diesen 8 haben 7 Teilnehmer auf alle Fragen geantwortet, 1 Teilnehmer wollte keine Stellung zu diesen Fragen nehmen. Alle Betriebe die an dieser Befragung teilnahmen, bestehen bereits seit mehr als 10 Jahren.

Der Mitarbeiterstamm der 8 Teilnehmer hat eine Spannweite von 125 bis 3707 Beschäftigten, wobei die Stadt Freiburg 3500 Beschäftigte zählt. Die Umsätze liegen zwischen 29 und ca. 450

⁸⁸ Vgl. O.V.013 (o.J.) S. 4

⁸⁹ Vgl. O.V.013 (o.J.) S. 6

Millionen Euro. Es haben lediglich 4 der Teilnehmer einen Betriebsrat inklusive der Stadt Freiburg, alle jedoch eine Personalabteilung.⁹⁰

Der Erste Frageblock hatte als Hauptaufgabe die sog. Eisbrecherfunktion. Gerade bei diesem Tabuthema war es wichtig, in das Gespräch zu kommen und nicht direkt mit der Alkoholsucht-Prävention zu beginnen. Diese Informationen sind für diese Thesis jedoch als unwichtig anzusehen.

4.3.2 Auswertung der Fragen 2 bis 4

Die **2. Frage** sollte Aufschluss darüber geben, ob Statistiken oder ähnliches zu dieser Krankheit durch die Unternehmen geführt werden oder das Thema Alkoholismus besonders beachtet wird.



Abbildung 7: Auswertung der 2. Frage⁹¹ (eigene Darstellung)

In fünf Betrieben ist die Krankheit bereits aufgetreten, in zwei noch nicht und ein Betrieb äußerte sich nicht zu dieser Frage. Die Stadt Freiburg beantwortete diese Frage mit ja und hatte bereits mehr als 100 Fälle. Aktuell sind 35 Beschäftigte bekannt, die entweder vor einer Therapie

⁹⁰ Vgl. Anlage 4

⁹¹ Vgl. Anlage 2

stehen, in einer Therapieeinrichtung sind oder bereits eine Therapieeinrichtung besucht haben. Demnach ist die Krankheit bei einem Prozent der Beschäftigten bekannt.⁹²

Die **3. Frage** sollte Aufschluss darüber geben, ob die betroffenen Betriebe wissen, wo sie Hilfe erhalten können.

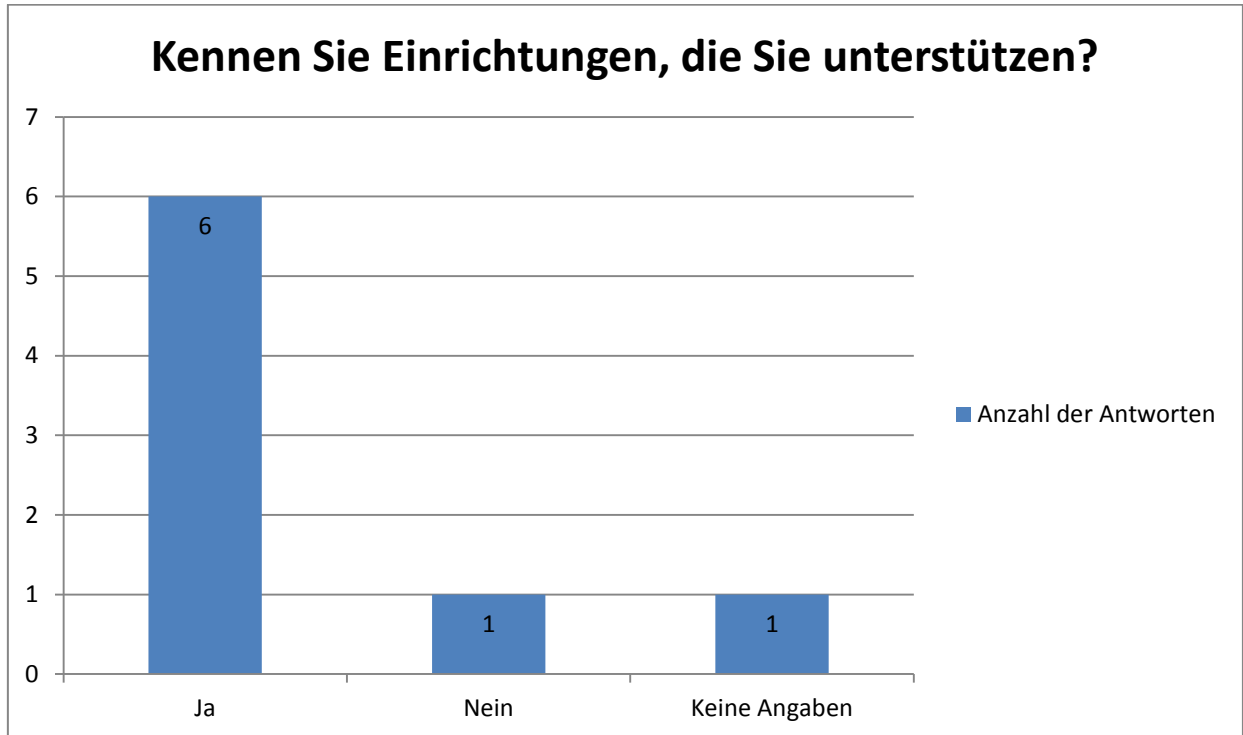


Abbildung 8: Auswertung der 3. Frage⁹³ (eigene Darstellung)

Sechs der befragten Betriebe kennen Einrichtungen, die sie bei Problemen zurate ziehen können, einer wüsste nicht an wen er sich wenden könnte und ein Betrieb machte keine Angaben. Die 6 Betriebe die mit ja antworteten nannten als Anlaufstellen die örtlichen Suchtberatungsstellen, den Betriebsarzt, das Landratsamt Ortenau, die Berufsgenossenschaften, die Krankenkassen sowie den bwlv. Die Stadt Freiburg arbeitet zusätzlich noch eng mit dem Kommunalen Suchtbeauftragten des Sozial- und Jugendamtes Herrn Uwe Müller-Herzog zusammen.⁹⁴

Nach dem in dem in der zweiten und dritten Fragen geklärt wurde, ob es überhaupt Vorfälle mit dieser Erkrankung gibt, gilt es in **der 4. Frage** zu erfahren ob die Betriebe verbindliche Vorgaben im Umgang mit dem Alkoholkonsum gestellt haben. Damit sind keine mündlichen Absprachen gemeint, sonder zwischen dem Betriebsrat und der Geschäftsleitung fest getroffene

⁹² Vgl. Anlage 4

⁹³ Vgl. Anlage 2

⁹⁴ Vgl. Anlage 4

Regeln, welche in einer Betriebsvereinbarung, bzw. Dienstvereinbarung im öffentlichen Dienst, niedergeschrieben wurden.

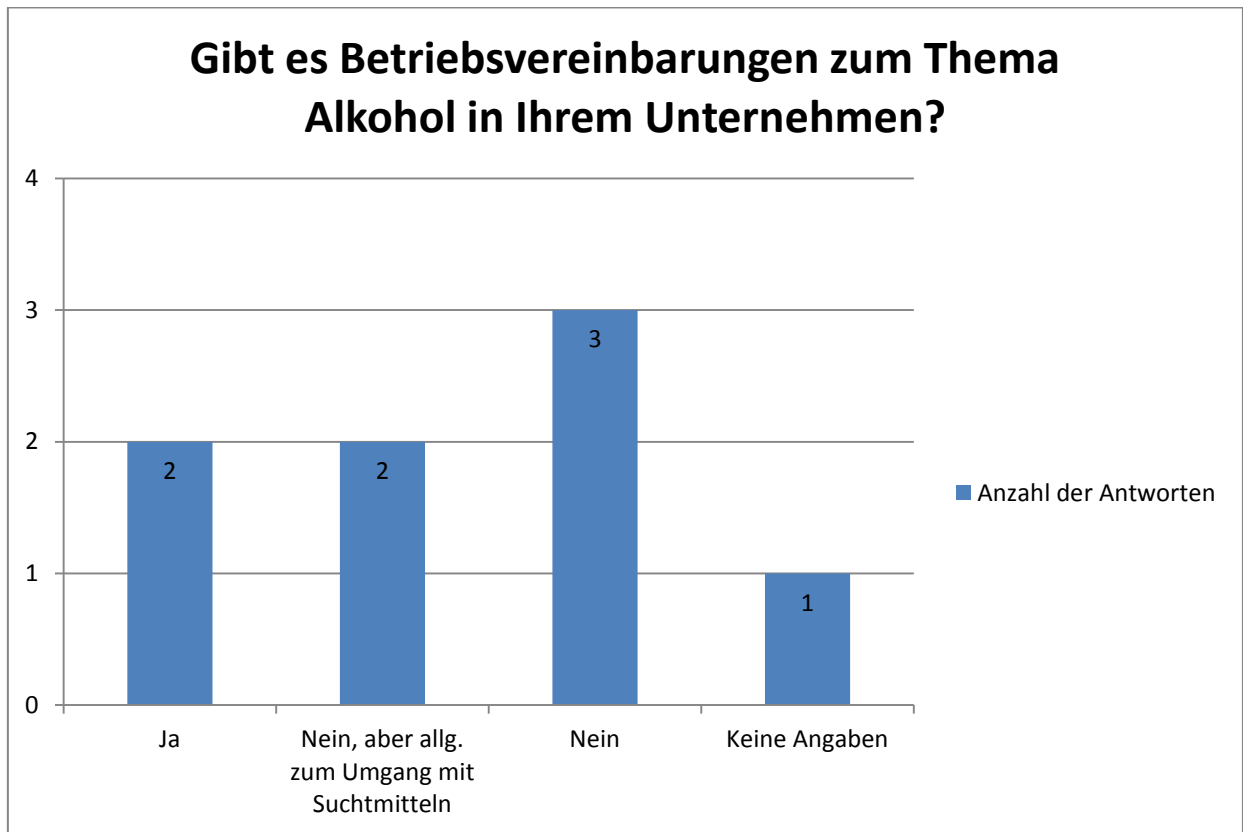


Abbildung 9: Auswertung der 4. Frage⁹⁵ (eigene Darstellung)

Zwei der Betriebe haben BV zum Thema Alkohol und zwei weitere zumindest eine generelle BV zum Thema Suchtmittel. Drei Betriebe haben gar keine BV und einer machte dazu keine Angaben. Die Stadt Freiburg hat eine Dienstvereinbarung zum Thema Umgang mit suchtkgefährdeten und suchtkranken Mitarbeitern mit dem Schwerpunkt Alkohol.⁹⁶ Diese BV ist in der Anlage 5 zu sehen.

4.3.3 Auswertung der Frage 5

Die **5. Frage** sollte über die eigenen Präventionsmaßnahmen der Unternehmen Aufschluss geben. Sofern die Unternehmen eigene Prävention betreiben, wurde nach der Art der Maßnahme gefragt, wie viele es gibt, wie oft diese Veranstaltungen sind, wie viel diese Kosten und mit welcher Anzahl sich die Mitarbeiter beteiligen.

⁹⁵ Vgl. Anlage 2

⁹⁶ Vgl. Anlage 4

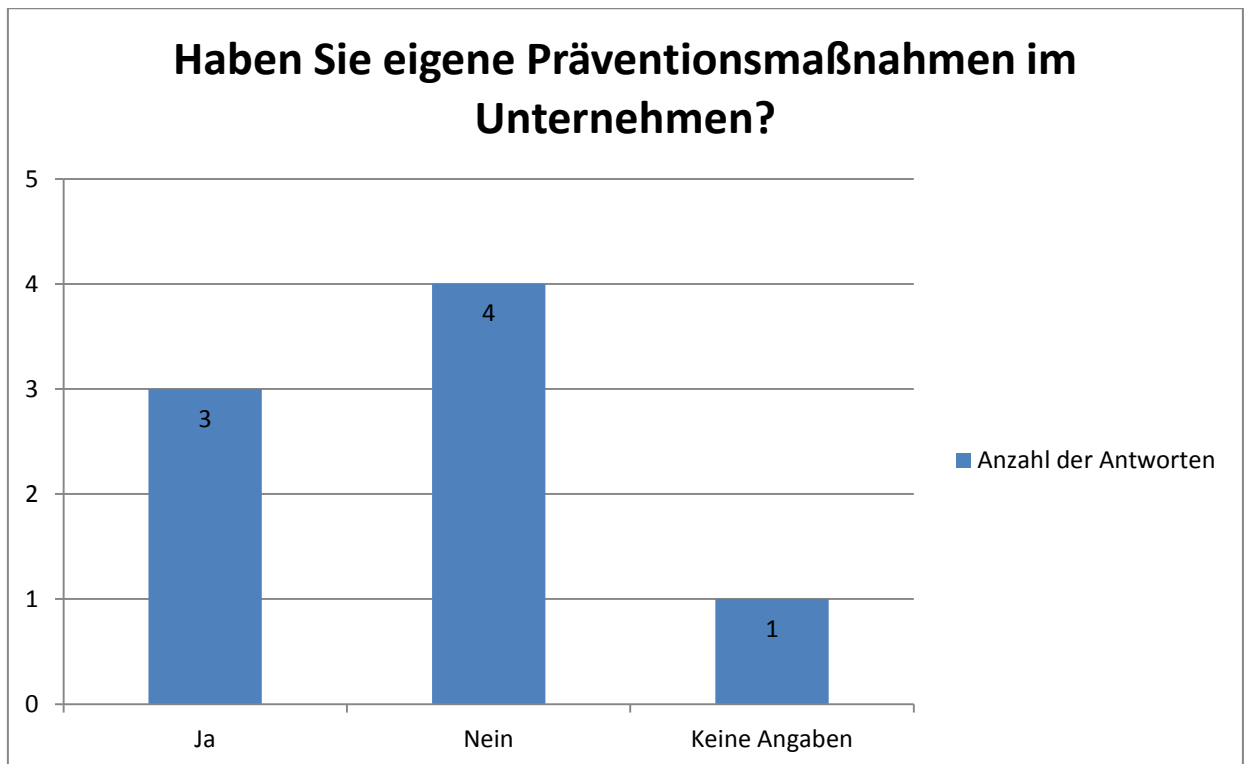


Abbildung 10: Auswertung der 5. Frage⁹⁷ (eigene Darstellung)

Drei der befragten Unternehmen habe eigene Präventionsmaßnahmen, vier betreiben keinerlei Prävention in eigener Sache und ein Unternehmen hat zu dieser Frage keine Angaben gemacht. Zwei von den drei Betrieben mit eigenen Präventionsmaßnahmen bieten ihren Führungskräften alle 2 Jahre zweitägige Seminare zum Thema Alkohol am Arbeitsplatz, bzw. organisieren einmal jährlich einen Gesundheitstag wo unter anderem über das Thema Alkohol informiert wird. Zum Gesundheitstag konnten keine Angaben zu den Kosten gemacht werden, die Schulungen hingegen wurden mit Kosten in Höhe von 1000,- Euro beziffert. Die Beteiligung der Mitarbeiter ist grundsätzlich gut, jedoch wurden dazu keine Statistiken erstellt. Die Stadt Freiburg hat ein komplettes Präventionsprogramm zum Thema Alkohol (aber auch zu anderen Süchten). Um die Rahmenbedingungen für ein Präventionsprogramm zu schaffen wurde, wie bereits in dem Punkt 4.3.2 dargestellt, eine Dienstvereinbarung geschlossen. Desweiteren wurde eine Vollzeitstelle für einen hauptamtlichen Suchtberater geschaffen (siehe Punkt 3.2.4). Alle drei Bereiche der Prävention werden durch diese Stelle abgedeckt. Zu der Primärprävention gehören unter anderem das Drucken von Flyern (Siehe Anlage 6) sowie die Bereitstellung von Informationen über das Intranet. Ein weiteres Angebot aus der primär Prävention sind die zweitägigen Seminare für alle Mitarbeiter. In diesen Seminaren werden Grundlagen zum Thema Alkoholmissbrauch vermittelt, es erzählen Betroffene von ihrer Krankheit und es werden Hilfen für den

⁹⁷ Vgl. Anlage 2

Umgang mit erkrankten Kollegen vermittelt. Eine weitere Maßnahme sind die viermal jährlich stattfindenden Seminare für Auszubildende der Stadt Freiburg. In diesen Seminaren werden Grundlagen vermittelt, es werden auch andere Süchte angesprochen und Betroffene erzählen von ihrer Krankheit. Im Bereich der sekundär Prävention bekommen die Führungskräfte der Stadt Freiburg eintägig Seminare mit dem Schwerpunkt Gesprächsführung. Diese Seminare dienen desweitern zum Erfahrungsaustausch im Umgang mit Betroffenen und ein weiterer Punkt sind die Erklärungen zum richtigen Anwenden der Dienstvereinbarung. In genau dieser Dienstvereinbarung ist eine Interventionskette eingebaut und erklärt worden. Diese Besteht aus 4 Gesprächen, deren Inhalte mit denen aus der Theorie vergleichbar sind (siehe Punkt 3.3.2.3). Im Bereich der tertiär Prävention werden alle Punkte angeboten. Der hauptamtliche Suchtbeauftragte hält, sofern der Erkrankte es wünscht, über die gesamte Therapielaufzeit Kontakt und organisiert die Wiedereingliederung. Diese Wiedereingliederung läuft über ein Gespräch mit dem Vorgesetzten, dem Suchtbeauftragten, dem Personalrat und dem Betroffenen selbst. In diesem Gespräch werden alle wichtigen Punkte zur Wiederaufnahme der Arbeit besprochen sowie Ziele und weitere Termine vereinbart. Anschließend beginnt dann auf Wunsch des Betroffenen die Nachsorge die ebenfalls durch den Suchtbeauftragten übernommen wird. Diese läuft in Form von regelmäßigen Treffen (4 bis 6 Wochen) ab und kann über die gesamte Betriebszugehörigkeit des Betroffenen fortbestehen. Als letzte Präventionsmaßnahme bietet die Stadt Freiburg den Betroffenen Räumlichkeiten zum abhalten der Treffen der internen Selbsthilfegruppe. Diese besteht nur aus Mitarbeitern der Stadt Freiburg und hat einen festen Kern von ca. 12 Personen. Die Teilnahme ist absolut freiwillig.⁹⁸

Die Kosten, die durch den hauptamtlichen Suchtbeauftragten für die Stadt Freiburg entstehen, liegen bei ca. 90.000- Euro. In diesen 90.000,- Euro sind lediglich messbare Kosten wie Gehalt, Miete der Räumlichkeiten, Ausgaben für Flyer etc. enthalten. Nicht berücksichtigt sind z. B. Kosten für den Arbeitsausfall bei Seminaren für die Führungskräfte, Mitarbeiter und Azubis. Die Einsparungen, die die Stadt Freiburg durch die Implantierung dieses Präventionskonzeptes erreicht, werden auf ca. 500.000,- Euro jährlich geschätzt. Diese 500.000,- Euro beinhalten unter anderem, Kosten für Fehlleistungen, Arbeitsersatz für kranke Mitarbeiter, Kosten für Betriebsunfälle, Folgekosten durch Betriebsunfälle (bei Verletzungen Dritter z. B.), Kosten für gerichtliche Auseinandersetzungen mit Mitarbeitern oder Dritten wegen Betriebsunfälle. Die Beteiligung der Mitarbeiter an diesen Veranstaltungen wird als sehr gut durch den Suchtbeauftragten eingeschätzt. Statistiken liegen hierzu nicht vor.⁹⁹

⁹⁸ Vgl. Anlage 4

⁹⁹ Vgl. Anlage 4

4.3.4 Auswertung der Frage 6

Durch den großen Markt an Dienstleistungen rund um diese Thema besteht für jeden Betrieb die Möglichkeit externe Angebote zur Prävention zu nutzen. Gerade für kleinere Betrieb, bzw. für Betriebe die keine eigene Präventionsarbeit haben, erscheint diese Variante als Sinnvoll. Die **6. Frage** soll Aufschluss darüber geben, wie viel Betriebe externe Angebote nutzen. Sofern diese genutzt werden, wurde nach Art der Prävention, nach der Anzahl der verschiedenen Präventionsarten, nach Häufigkeit der Inanspruchnahme, nach Kosten sowie nach der Beteiligung der Mitarbeiter gefragt.

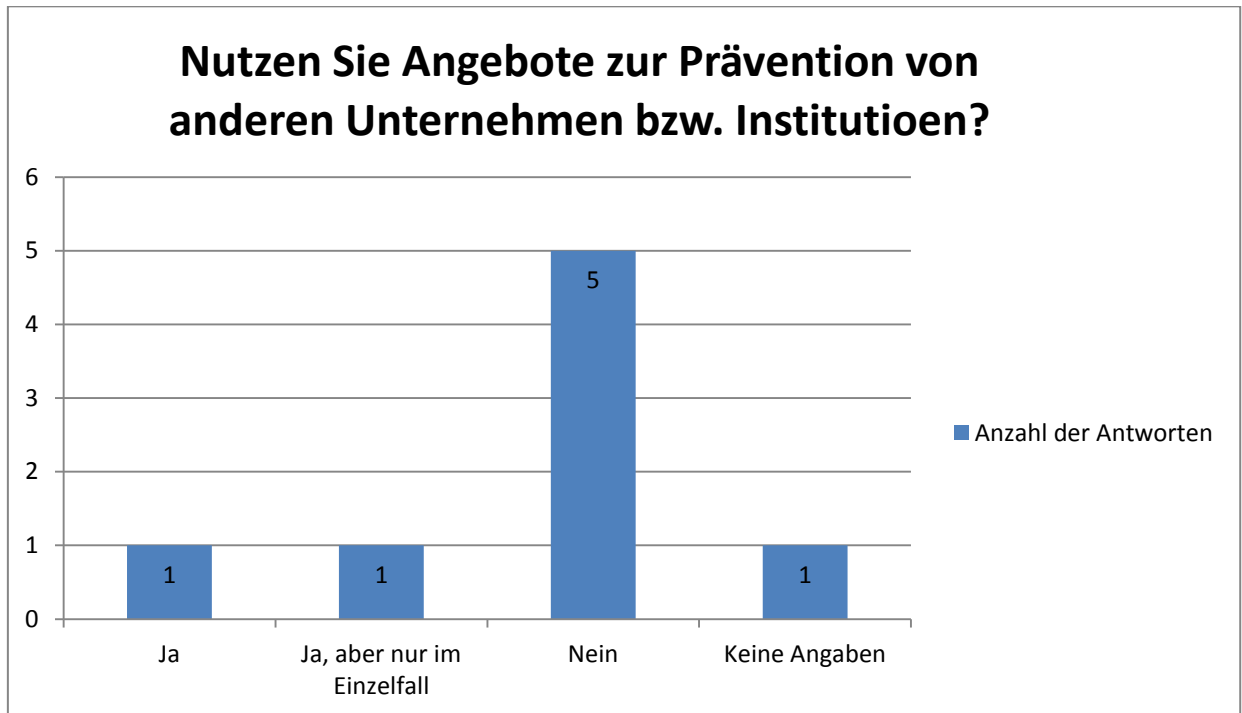


Abbildung 11: Auswertung der 6. Frage¹⁰⁰ (eigene Darstellung)

Ein Betrieb nutzt externe Präventionsangebote. In diesem Fall hat der bwlV dem Betrieb bei der Erstellung einer geeigneten BV geholfen. Ein Betrieb nutzt externe Präventionsangebote nur im Einzelfall. Eine genauere Erklärung zum Einzelfall wurde nicht gegeben. Fünf der Befragten, unter anderem die Stadt Freiburg, nutzen keine externen Angebote zur Prävention. Die Stadt Freiburg bzw. der Suchtbeauftragte nutzt jedoch Kontakte zu anderen Einrichtungen um sich Weiterzubilden und einen stetigen Erfahrungsaustausch sicherzustellen.¹⁰¹

¹⁰⁰ Vgl. Anlage 2

¹⁰¹ Vgl. Anlage 4

4.4 Ergebnis des Fragebogens

Bevor der Fragebogen im Folgenden ausgewertet wird, soll nochmals darauf hingewiesen werden dass diese Ergebnisse keinesfalls Repräsentativ sind. Dieser Fragebogen hat lediglich eine Informationsfunktion für den Verfasser und soll Ansätze der Präventionsarbeit im Raum Freiburg darlegen.

Diese Befragung hat dem Verfasser gezeigt, dass 62,5 Prozent der befragten bereits Alkohol-krankte Mitarbeiter hatten. 80 Prozent der Befragten wissen wo sie Hilfe bekommen. 25 Prozent der Befragten haben eine BV direkt zum Thema Alkoholkonsum weitere 25 Prozent eine BV allg. zum Thema Umgang mit Suchtmitteln. Dieser Teil des Fragebogens lässt zumindest den Schluss zu, dass die Unternehmen mit der Krankheit konfrontiert sind. Das belegt die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der befragten bereits Mitarbeiter mit dieser Erkrankung hatten. Trotz dieser Ergebnisse haben nur zwei Betrieb eine BV zum Thema Alkohol. Warum das so ist, kann anhand diese Fragebogens nicht geklärt werden. Mutmaßungen sollen an dieser Stelle ebenfalls unterbleiben.

Viel interessanter und wichtiger sind die Ergebnisse aus den Fragen 5 und 6. 37,5 Prozent der Befragten haben eigene Präventionsmaßnahmen. Wobei an dieser Stelle dazu zu sagen ist, dass nur ein Betrieb diese Thema im vollen Umfang für seine Mitarbeiter anbietet. Von den insgesamt 3 Betrieben hat einer lediglich einen allg. Gesundheitstag mit Bezug zum Alkohol als Präventionsmaßnahem angeführt und einer organisiert alle 2 Jahre eine Schulung für die Führungskräfte zum Thema Alkohol Missbrauch. Die Stadt Freiburg hingegen hat ein sehr gut strukturiert und ausgearbeitetes Präventionskonzept. Diese Konzept ähnelt in vielen Punkten der Literatur und scheint an den Aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst zu sein. Der Umgang mit diesem Thema wird sehr öffentlich, im Sinne von Betriebsintern, publiziert. Demnach gibt es also Betriebe die das Problem Alkoholismus im Bereich der Mitarbeiter und Führungskräfte erkannt haben und es aktiv bekämpfen wollen. An diesem Beispiel ist ebenfalls zu sehen das die Kosten-Nutzen-Analyse für eine Integration spricht. Der Literatur nach ist der ROI eins zu vier (siehe Punkt 3.1), in diesem Fall liegt er sogar bei ca. eins zu fünf.

Externe Beratung wird noch relativ wenig genutzt. Gerademal 25 Prozent haben bereits eine Fremde Dienstleistung in Anspruch genommen. An dieser Stelle soll auf die Referenzen des bwlv verwiesen werden, die belegen das es sehr wohl einige Betrieb gibt, die auf diese Dienstleistung zurück greifen.¹⁰²

¹⁰² O.V.014 (o.J.)

4.5 Zusammenfassung der betrieblichen Alkoholsucht-Prävention im Raum Freiburg

Das Problem ist die Krankheit Alkoholismus bei Mitarbeitern und Führungskräften eines Unternehmens. Diese Krankheit ist zu einem Teil genetisch bedingt und findet sich in all unseren Gesellschaftsklassen, in allen Regionen Deutschlands und auch in allen Branchen der Arbeitswelt wieder. Es ist also nicht das Problem des Bauunternehmens X und auch nicht das Problem der Hartz IV Empfänger, sondern es sollte als ein Problem aller gesehen werden. Allein die Statistiken zeigen die Dringlichkeit von Präventionsmodellen, fünf Prozent aller Beschäftigten sind Alkoholabhängig weitere zehn Prozent sind gefährdet. Selbst in einem Betrieb mit 50 Mitarbeitern sind mind. 2 Alkoholabhängig und 5 weiter gefährdet (siehe Punkt 2.3). Die Möglichkeiten der primären, sekundären und tertiären Alkoholsucht-Prävention ermöglichen es Unternehmensspezifische Modelle zu entwickeln. Verschiedenste Dienstleister haben sich darauf spezialisiert diese in Betrieben zu implementieren. Und auch die Kosten-Nutzen-Analyse scheint zu bestätigen, dass die Einführung eines solchen Modells durchaus Ihren Sinn hat. Die Stadt Freiburg spart für den Einsatz von 90.000,- Euro ca. 500.000,- Euro jährlich. Dieser Wert ist höchst wahrscheinlich nicht in jedem Betrieb zu realisieren.

Die Verharmlosung der Droge Alkohol durch unsere Gesellschaft und die Unwissenheit Aller erschweren die Implementierung solcher Modelle. Wenn ein Betrieb eine gewisse Trinkkultur aufweist, die Geschäftsleitung diese auch immer akzeptiert oder zumindest ignoriert hat ist der Erfolg einer Präventionsmaßnahme eher als gering anzusehen. Was also alles berücksichtigt werden sollte, wer überzeugt werden muss und was es zu beachten gilt soll nun an dem Beispiel OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co.KG Freiburg im Breisgau erklärt werden.

5 Implementierung eines Alkoholsucht- Präventionsmodells in der Gesellschaft OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co.KG Freiburg im Breisgau

5.1 Vorstellung des Unternehmens

Die OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co. Kommanditgesellschaft Freiburg im Breisgau hat als Kommanditisten die OBI AG (40% des Eigenkapital), die Huber Beteiligungs- und Grundstücksgesellschaft mbH (40% des EK), Frau Helene Auer (6,88% EK), Herr Wolfgang Auer (6,88% des EK), Herr Ingo Auer (3,12% des EK) sowie Herr Dr. Marco-Stefan Auer (3,12% des EK). Komplementärin ist die OBI Heimwerkermarkt Verwaltungs-GmbH. Herr Ingo Auer, Herr Oliver Geiling und Herr Peter Tepas sind die vertretenden Geschäftsführer der Komplementärin.¹⁰³ Der Umsatzerlös der Gesellschaft vom Jahr 2007/08 belief sich auf 30,25 Mio. Euro.¹⁰⁴ Dieser Umsatz wurde durch den Verkauf von Artikeln der Bereiche Bau-, Heimwerker-, Freizeit- und Gartenbedarf realisiert sowie durch sonstige betriebliche Aufwendungen. 136 Vollzeitkräfte und 45 Teilzeitkräfte waren durchschnittlich vom 01.05.2008 bis 31.12.2008 in der Gesellschaft beschäftigt (in diesem Lösungsansatz werden nur die Vollzeitkräfte berücksichtigt, aufgrund der hohen Fluktuationsraten der Teilzeitkräfte). Der Umsatz und die Mitarbeiter verteilen sich auf 3 OBI Märkte, die durch die OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co. KG Freiburg im Breisgau (im Folgenden Gesellschaft Freiburg genannt) betreut werden.¹⁰⁵ Eine Filiale befindet sich in der

¹⁰³ Vgl. O.V.016 (2009) S. 4 f.

¹⁰⁴ Vgl. O.V.016 (2009) S. 2 f.

¹⁰⁵ Vgl. O.V.016 (2009) S. 5

ca. 15 Kilometer, nördlich von Freiburg, entfernten Kreisstadt Emmendingen im Landkreis Emmendingen. Die anderen beiden OBI Märkte befinden sich direkt in Freiburg.

Der OBI Markt Freiburg I (im folgenden OBI Nord genannt) beschäftigte im Jahr 2007/08 ca. 58 Vollzeitkräfte. Die Verkaufsfläche des OBI Nord beträgt ca. 12,900 m². Der OBI Markt II (im folgenden OBI Süd genannt) beschäftigte ca. 44 Vollzeitkräfte. Die Verkaufsfläche des OBI Süd beträgt ca. 8.500 m². Der OBI Markt in Emmendingen beschäftigte ca. 34 Vollzeitkräfte auf einer Verkaufsfläche von ca. 7000 m².¹⁰⁶ Alle drei Märkte realisierten einen Gesamtumsatz von 29,7 Mio. Euro.¹⁰⁷ In keinem der Märkte gibt es einen Betriebsrat.

In diesem Zusammenhang muss noch erwähnt werden, dass die Franchise-Familie Auer vier weitere Märkte in der Wirtschaftsregion Süd-Baden betreibt. Diese Information wird eventuell bei der Thematik der Umsetzung nochmals relevant. Die Märkte befinden sich in Breisach, in Lahr, in Offenburg (der einzige Markt mit einem Betriebsrat) und in Sinzheim. Demnach kommen nochmal rund 200 MA zu dem Führungsbereich der Franchise-Partner dazu.¹⁰⁸

5.2 Aktueller Umgang mit Alkohol im Unternehmen

Da es in der Gesellschaft Freiburg keinen BR gibt, besteht auch keine Betriebsvereinbarung zum Thema Umgang mit Alkoholabhängigen MA. Es finden sich auch keine Geschäftsanweisungen oder Arbeitsvertragsbestandteile, die Regelungen zum Alkoholkonsum während, vor oder nach der Arbeitszeit aufzeigen. Es wird auch keine Präventionsarbeit geleistet. In den letzten Jahren ist bei den rund 136 Beschäftigten der Gesellschaft Freiburg kein Fall von Alkoholerkrankung aufgetreten. Statistisch gesehen müssten ca. 5 MA Alkoholabhängig sein und weitere 13 einen riskanten Konsum aufweisen. Sofern bei einem Marktleiter der Verdacht des Alkoholkonsums durch einen MA vor, während oder nach der Arbeitszeit vorliegt, ist dieser durch den Vertriebsleiter angewiesen, ein sofortiges Gespräch zu führen. In diesem Gespräch soll dem Betroffenen direkt sein Fehlverhalten vor Augen geführt werden, durch den ML sollen Konsequenzen bei Wiederholung des Fehlverhaltens angedroht werden und es wird eine Gesprächsnotiz zu der Personalakte gelegt. Einen Leitfaden für ein solches Gespräch ist nicht vorhanden.

Zu bestimmten Anlässen vergibt die Gesellschaft Freiburg an Kunden und MA Alkoholische Getränke. Sofern ein Kunde eine Küche kauft, bekommt er als Dankeschön eine Flasche Sekt von OBI. Ansonsten kommt es lediglich bei einzelnen Markt-Events zum Ausschank von Alkoholischen Getränken an die Kunden (Sekt bei Sommerparty). Die MA haben in den Aufenthalts-

¹⁰⁶ Vgl. Anlage 7

¹⁰⁷ Vgl. O.V.016 (2009) S. 2

¹⁰⁸ Vgl. Anlage 7

räumen Getränkeautomaten, an denen jedoch keine alkoholischen Getränke angeboten werden. Sofern ein MA Geburtstag hat bekommt er durch den ML eine Flasche Sekt geschenkt. Die Sekt Flaschen stehen bei der Marktleitung und sind für die MA nicht zugänglich. Pro Jahr gibt es für die Beschäftigten zwei Marktinterne und eine Gemeinschaftsveranstaltung. Die zwei Marktinternen Veranstaltungen sind das Grillfest im Sommer und die Weihnachtsfeier im Winter. Zur dritten Veranstaltung kommen alle MA der Franchise-Partner. Diese Veranstaltung wird Kick-Off genannt und wird durch die Franchise-Partner organisiert. Bei allen Veranstaltungen ist es den Beschäftigten erlaubt alkoholische Getränke zu konsumieren.¹⁰⁹

5.3 Entwicklung eines Alkoholsucht-Präventionsprogramms für die Gesellschaft Freiburg

Aus der Theorie geht hervor (siehe Punkt 2.3) , dass 4 Rahmenbedingungen durch ein Unternehmen erschaffen werden müssen, um ein Alkoholsucht-Präventionsmodell erfolgreich zu implementieren. Die Gesellschaft Freiburg muss demnach einen Steuerkreis zusammenstellen, eine Betriebsvereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung schließen, die betriebliche Suchtkrankenhilfe regeln und die Verfügbarkeit von Alkohol am Arbeitsplatz überdenken. Letzteres braucht nicht mehr so intensiv berücksichtigt zu werden, da den MA kein Zugang zu alkoholischen Getränken haben und nichtalkoholische Getränke angeboten werden. Im Punkt der BV soll jedoch auf das Konzept der Punktnüchternheit eingegangen werden. Im folgenden sollen nun die Rahmenbedingungen diskutiert und sofern möglich Vorschläge zur Umsetzung dargelegt werden.

5.3.1 Steuerkreis und betriebliche Suchtkrankenhilfe

Ein **Steuerkreis** besteht unter anderem aus Personen der Geschäftsleitung, Personalabteilung, dem hauptamtlichen Suchtbeauftragten, Führungskräfte sowie Betriebsratsmitgliedern. Die Aufgaben sind anspruchsvoll und benötigen viel Zeit zur Ausarbeitung (siehe Punkt 3.2.1). In einer Gesellschaft ohne BR, mit Zentraler Personalabteilung (OBI AG Wermelskirchen) und mit lediglich 136 Vollzeitbeschäftigten wäre der Aufwand einen Steuerkreis zu bilden zu hoch und den Gegebenheiten nach nicht angemessen.

Die **betriebliche Suchtkrankenhilfe** sieht die Schaffung einer haupt- oder nebenamtlichen Stelle vor. Die Erschaffung einer hauptamtlichen Vollzeit Stelle ist für die Gesellschaft Freiburg aufgrund der geringen Anzahl der MA und den geringen Vorkommnissen keine Alternative. Die Ernennung der nebenamtlichen Suchthelfer erscheint hier wesentlich Sinnvoller.

¹⁰⁹ Vgl. Anlage 7

Eine optimale Lösung für die Gesellschaft Freiburg ist die Verbindung des Steuerkreises mit der betrieblichen Suchtkrankenhilfe. In jedem Markt der Gesellschaft wird ein MA, der für diese Tätigkeit geeignet ist und willens ist diese auszuüben (siehe Punkt 3.2.4), durch den VL ernannt. Der VL veranlasst dann die ernannten MA durch den bwlV zum Suchthelfer ausbilden zu lassen. Die zu erwartenden Kosten liegen bei ca. 10.000 Euro plus den Arbeitsausfall der MA (siehe Punkt 4.2). Im Rahmen eines Änderungsvertrages werden dann die neuen Tätigkeitsfelder der MA festgehalten (siehe Abb. 4). Den MA werden jeweils 20 bis 30 Stunden von der Monatsarbeitszeit für diese Tätigkeiten zur Verfügung gestellt. Einer der Suchthelfer trifft sich dann regelmäßig mit der Geschäftsleitung und den ML zur Berichterstattung. Natürlich muss darauf geachtet werden, dass die MA zu Beginn mehr Zeit bekommen um alle erforderlichen Schritte wie Entwicklung der Organisation, Termine für Bekanntmachung, Umsetzung der Maßnahmen, etc. vorzubereiten. Nicht vergessen werden darf in diesem Zusammenhang die Regelung zur Schweigepflicht.

5.3.2 Erstellung der Marktleiteranweisung

Eine BV kann aus den bereits schon genannten Gründen nicht erstellt werden. Der VL hat jedoch die Möglichkeit die ML anzuweisen bestimmte Regelungen im Markt verbindlich für alle in einer Marktleiteranweisung auszusprechen. Diese Marktleiteranweisungen werden für alle öffentlich ausgehängen und gelten ab dem Erlass. Die wichtigsten inhaltlichen Punkte sind der Geltungsbereich, das Ziel dieser Anweisung, die Information über nebenamtliche Suchthelfer und deren Tätigkeit, Informationen über den Umgang mit Betroffenen und die Geltungsdauer. In der folgenden Tabelle sind ausführlichere Informationen zum Inhalt der Marktleiteranweisung gegeben. Diese Inhalte wurden in Anlehnung an den Punkt 3.2.4 mit der dazugehörigen Tabelle 3 verfasst.

Tabelle 6: Inhalte einer Marktleiteranweisung (eigene Darstellung)

Geltungsbereich	<ul style="list-style-type: none"> - Betrifft alle MA inklusive Marktleitung - Betrifft Umgang mit Alkohol vor, während und nach der Arbeit - es besteht das Konzept der Punktnüchternheit vor, während und nach der Arbeit (0 Promille) - Ausgeschlossen sind die drei Betriebsfeiern, Alkoholgenuss liegt im Ermessen des einzelnen
------------------------	---

Ziel	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfe bei eigenen Problemen aber auch bei Problemen in der Familie - Verbesserung der Fürsorgepflicht des AG - Verbesserung der Arbeitsplatzgestaltung - Verbesserung des Gesundheitsmanagement
Einführung von nebenamtlichen Suchthelfern	<ul style="list-style-type: none"> - Welche MA sind ernannt - Welche Aufgaben haben diese MA (Abb. 4 verwenden) - diese MA unterliegen der Schweigepflicht, es werden keine Information an Vorgesetzte, Marktleitung oder Vertriebsleitung gegeben - Erklärung wie und wann diese MA zu erreichen sind
Umgang mit Betroffenen	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfeangebot erklären (nebenamtliche Suchthelfer, Arbeitsplatzsicherheit sofern Therapie angetreten wird, Wiedereingliederungsmanagement erklären - Verweis auf Gespräch mit Vorgesetzten - Verweis auf rechtliche Konsequenzen bei Wiederholung (1. Abmahnung, 2. Abmahnung und dann Kündigung)
Geltungsdauer	<ul style="list-style-type: none"> - sollte für immer sein

Es ist wichtig das diese Marktleiteranweisung in allen drei Märkten gleichzeitig erscheint und das auch die Inhalte die gleichen sind. Die Glaubwürdigkeit einer solchen Anweisung wäre bei unterschiedlicher Handhabung in Gefahr. Der Marktleiter sowie der Stellvertreter und die Bereichsleiter haben eine Vorbildfunktion uns müssen sich, egal bei welchen Anlässen, ebenfalls an diese Regelungen halten. Es dürfen keine Ausnahmen gemacht werden.

Im Folgenden werden in den einzelnen Präventionsstufen geeignete Maßnahmen für die Gesellschaft Freiburg vorgestellt.

5.3.3 Primärpräventive Maßnahmen

Die Veränderung der Arbeitsplatzgestaltung soll bei der Gesellschaft Freiburg erstmal keine Berücksichtigung finden. Der Arbeitsplatz der MA unterliegt keinen besonderen bzw. keinen

schwerwiegenden suchtfördernden Bedingungen. Jedoch finden die Aufklärung der MA und die Weiterbildung der Führungskräfte eine Bedeutung und sollen im Folgenden betrachtet werden.

5.3.3.1 Information aller Mitarbeiter / Aufklärung

Grundsätzlich werden alle bestehenden MA durch die Marktleiteranweisung über die neuen Regelungen informiert und aufgeklärt. Es ist trotzdem zu empfehlen, dass der ML in den wöchentlich stattfindenden "Morgen-Meetings", zumindest in der Anfangszeit der Implementierung, auf die neuen Regeln eingeht und das Konzept der nebenamtlichen Suchthelfer vorstellt. Aufklärungsarbeit sollte dann nur noch bei neuen Mitarbeiterbetrieben werden. Der Suchthelfer des jeweiligen Marktes sollte immer 10 bis 20 Minuten dazu verwenden, einem neuen Kollegen das Prinzip der vorherrschenden Suchthilfe sowie die Marktleiteranweisung im einzelnen zu erklären. Desweiteren könnten die nebenamtlichen Suchthelfer einen gemeinsamen Flyer zur Aufklärung über die Tätigkeitsfelder ihrer Arbeit entwickeln und drucken lassen. Je nach Anzahl, Größe und Qualität entstehen Kosten in Höhe von maximal 1000 Euro für die gesamte Gesellschaft Freiburg.

5.3.3.2 Weiterbildung der Führungskräfte

Die Mannschaft der Führungskräfte in einem Markt besteht aus dem ML (eine Stelle), dem stellvertretenden ML (eine Stelle) und den einzelnen Bereichsleitern (Baumarkt (bis zu drei Stellen), Logistik (eine Stelle), Kasse (eine Stelle) und Garten (eine Stelle)). Demnach sind pro Markt, je nach Größe, bis zu 8 Führungskräfte vorhanden. Wie in der Theorie erklärt wurde (siehe Punkt 3.3.1.3), geht es bei der Weiterbildung der Führungskräfte hauptsächlich um die Bereiche der Wahrnehmung, Bewertung, Verantwortung, Intervention und Verankerung. Gerade für die Bereichsleiter sind die Punkte Wahrnehmung und Bewertung von besonderer Relevanz. Die Verantwortung, Intervention und Verankerung sollten daher bei einer solchen Weiterbildung nur kurz angesprochen werden (Anmerkungen zu dieser Aussage in Punkt 5.3.4.1).

Der VL sollte seinen Führungskräften in den Märkten diese Weiterbildung ermöglichen. Die meisten Anbieter für Weiterbildungen in diesem Bereich sind so flexibel, dass eine spezifische Gestaltung im Bereich der Wahrnehmung und Bewertung erstellt werden kann. Diese Veranstaltungen sind im ersten Jahr eventuell zweimalig zu organisieren, um ein Feedback der einzelnen Bereichsleiter zu bekommen, ob sich das Gelernte anwenden ließ. Danach sollten diese Schulungen jährlich (halbtägig) veranstaltet werden. Den Führungskräften sollte hierbei genug Zeit zum Erfahrungsaustausch eingeräumt werden. Die Gesellschaft Freiburg beschäftigt ca. 24 Führungskräfte. Zu den Kosten einer solchen Schulung in dieser Größenordnung mit den spezifischen Anforderungen lässt sich keine ansatzweise genaue Zahl formulieren. Die Preisschwanken von Anbieter zu Anbieter sehr. In dem Punkt 4.3.3 hat ein Betrieb die Kosten auf ca.

1000 Euro für eine zweitägige Schulung veranschlagt. Demnach könnte man von einem Kostenaufwand für 2 (halbtägige) Schulungen im Jahr von ca. 10.000 bis 15.000 Euro ausgehen. Dieser Wert darf keinesfalls als Fix betrachtet werden, er dient lediglich im späteren einer Beispielrechnung.

5.3.4 Sekundärpräventive Maßnahmen

Im Bereich der sekundären Prävention ist man in der Theorie von der Gesprächsführung, dem konstruktiven Leidensdruck und der Interventionskette bzw. des Phasenkonzeptes ausgegangen. Der konstruktive Leidensdruck wird in diesem Zusammenhang mit der Gesprächsführung bzw. der Interventionskette verknüpft.

5.3.4.1 Coaching zur Gesprächsführung von Führungskräften

Sofern ein MA erkrankt ist und es zu Gesprächen kommt, führen diese Gespräche immer der ML oder der stellv. ML. Die Wahrnehmung und die Bewertung dieser Krankheit obliegt mehr den Bereichsleitern, begründet aus der Tatsache heraus, dass der Kontakt zwischen BL und MA wesentlich intensiver ist als zw. ML und MA. Trotzdem sollen ML und stell. ML an der bereits erklärten Weiterbildung (siehe Punkt 5.3.3.2) teilnehmen. Diese beiden Führungskraft benötigen jedoch mehr die Themen Verantwortung, Intervention und Verankerung sowie das Coaching zu Gesprächsführung. In dem Bereich der Verantwortung müssen die Führungskräfte über rechtliche Handhabung in bestimmten Fällen informiert werden. Gerade die Anwendung von disziplinarischen Mitteln muss zwingend einheitlich und rechtmäßig erfolgen. Desweiteren müssen sie lernen bei auftretenden Problemen sofort einzugreifen und keine Duldung derartiger Auffälligkeiten zuzulassen. Die Bereiche der Intervention und Verankerung können mit der Gesprächsführung verbunden werden.

Auch bei den Coachings zur Gesprächsführung mit integrierter Vermittlung der Bereiche Verantwortung, Intervention und Verankerung sollten externe Dienstleister beauftragt werden. Eine Schulung durch die Suchthelfer ist ausgeschlossen. Sie erlernen zwar auch Grundzüge der Gesprächsführung aber aus einer ganz anderen Perspektive. Es ist zwingend davon abzuraten das Geld an dieser Stelle zu sparen und die Schulung durch die nebenamtlichen Suchthelfer erledigen zu lassen. Die Gesellschaft benötigt demnach ein Coaching für 6 Führungskräfte. Für dieses Coaching sollten zwei Tage genügen. Anschließend ist eine jährliche Veranstaltung zu diesem Themengebiet ausreichend. Auch hier sind die Effekte durch den Erfahrungsaustausch nicht zu vernachlässigen. Im Rahmen von Personalentwicklungsstrategien bezüglich der BL wäre Schulungen zur Gesprächsführung durch die Marktleitung denkbar. Ein gesondertes Coaching für die einzelnen BL ist nicht nötig. Auch hier ist die Kostenfrage nicht so leicht zu be-

antworten. Durch die bereits gesammelten Erkenntnisse könnte man mit Kosten in Höhe von ca. 10.000 Euro rechnen.

5.3.4.2 Erarbeitung der Interventionskette

Die Interventionskette sollte keinesfalls durch die nebenamtlichen Suchthelfer erstellt werden. Es darf nicht vergessen werden, dass diese nur eine Grundausbildung erhalten und ganz normale MA, wenn auch mit Zusatzqualifikation, bleiben. Ein Treffen der ML und des VL sind für diesen Punkt unabdingbar. Der Fakt, dass gerade bei der Krankheit Alkoholismus stets mit äußerster Konsequenz und Geschlossenheit vorgegangen werden muss, wurde bereits des Öfteren erwähnt. Deswegen kommt nur eine einheitliche und inhaltlich gleiche Abfolge von Gesprächen in Betracht. Im Folgenden eine Darstellung der Interventionskette für die Gesellschaft Freiburg.

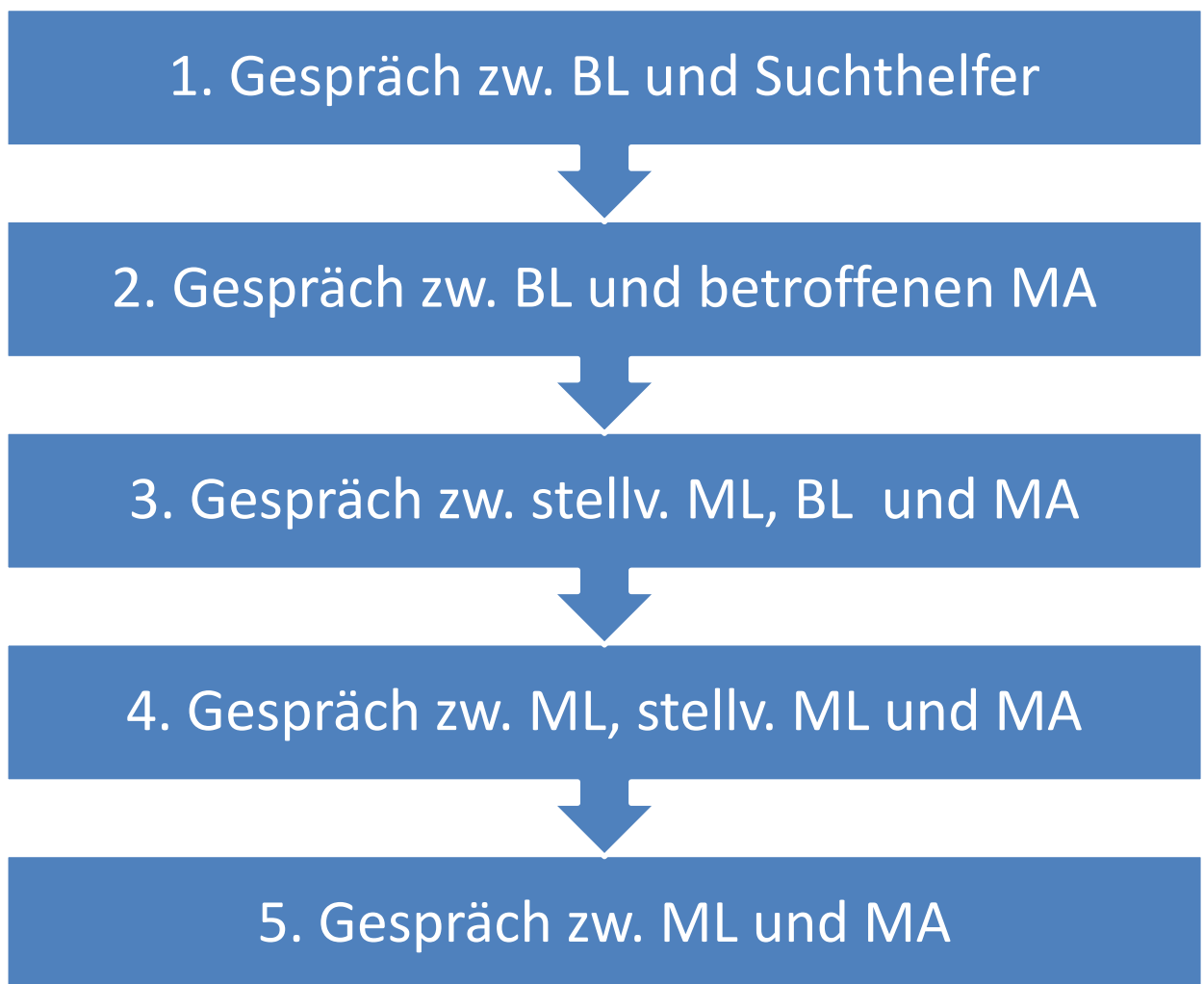


Abbildung 12: Interventionskette für Die OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co. Kommanditgesellschaft Freiburg im Breisgau (eigene Darstellung)

Im **ersten Gespräch** soll der Bereichsleiter seine Wahrnehmungen, im Bezug auf den Alkoholmissbrauch eines seiner MA, mit dem nebenamtlichen Suchthelfer besprechen und sich in seiner Meinung bekräftigen lassen. Es ist wichtig, dass dem Suchthelfer nur Fakten und keine subjektiven Meinungen dargelegt werden (das lernen die BL in der Weiterbildung siehe Punkt 5.3.3.2). Sofern der BL durch den Suchthelfer in seiner Meinung bestärkt wird und bemerkt der BL erneut Probleme in diesem Zusammenhang folgt das **zweite Gespräch**. Der BL spricht den Mitarbeiter auf seine Beobachtungen an. Er bietet dem Ma ein Gespräch beim Suchthelfer an und weist ihn daraufhin, dass er bei wiederholtem Fehlverhalten die Marktleitung einschalten muss. Es ist wichtig in diesem Gespräch keine Wertung gegenüber dem MA abzugeben und es als reines Informationsgespräch zu vermitteln. Sofern auch diese Ansprache keine Wirkung gezeigt hat, und der MA erneut auffällig wird, muss der BL den gesamten Vorfall (also auch die vergangenen Vorfälle) dem stellv. ML melden. Zu beachten ist, dass diese Meldung unmittelbar bei Bemerkung der Alkoholisierung zu erfolgen hat. Dann folgt das **dritte Gespräch** im Beisein des BL. Die Gesprächsführung übernimmt der stellv. ML, der BL muss dabei sein um eventuelle Eskalation zu verhindern. Der MA wird erneut auf sein aktuelles Fehlverhalten hingewiesen. Es dürfen keinerlei Wertungen über seine Krankheit angestellt werden. Es werden ihm nur Tatsachen zur Last gelegt, auf subjektive Meinungen oder Interpretationen ist zwingend zu verzichten. Es wird ihm wieder Hilfe bei der Lösung seiner Probleme durch den nebenamtlichen Suchthelfer angeboten. Desweiteren wird ihm auch erklärt das sein Arbeitsplatz im Falle einer Therapie sicher ist und er keine Nachteile befürchten muss. Danach ist dem MA eine Abmahnung zu erteilen. Es werden ihm die disziplinarischen Konsequenzen bei weiteren Fehlverhalten aufgezeigt. Die Abmahnung wird zur Personalakte gelegt und bleibt dort 2 Jahre bestehen. Kommt es erneut zu Auffälligkeiten wird das **vierte Gespräch** zw. ML, stellv. ML und betroffenen MA geführt. Es erfolgt wieder der Hinweis auf Unterstützung in allen belagen. Und auch jetzt ist auf subjektiven Einschätzungen zu verzichten. Die Gespräche sollen kurz und knapp gestaltet werden. Dem MA ist die zweite Abmahnung auszusprechen. Ihm wird nochmal die Sicherheit des Arbeitsplatzes vermittelt, jedoch auch die Kündigung im Falle der Wiederholung angedroht. Sofern der Mitarbeiter ein weiteres Mal Auffällig wird, wird das **fünfte Gespräch** zw. ML und MA geführt. In diesem Gespräch ist dem MA die Kündigung auszusprechen. Der Gesellschaft Freiburg bleibt keine anderen Wahl als sich von dem Mitarbeiter zu trennen.

Bei allen Gesprächen ist zuallererst zu prüfen, ob eine derartige Alkoholisierung des MA besteht, dass eine momentane Weiterbeschäftigung unmöglich ist. In diesen Fällen muss der ML den Heimtransport bzw. den Transport zu einem Krankenhaus organisieren. Desweiteren ist bei jeder Abmahnung und bei der Kündigung durch den ML zu prüfen, ob diese rechtmäßig ist (siehe Punkt 2.5). Diese Interventionskette ist für jeden Marktleiter und seinen Stellvertreter bin-

dend. Die Kosten für die Erstellung bzw. Implementierung sind schwer zu kalkulieren. Sie bestehen zum größten Teil aus der Arbeitszeit der ML und stellv. ML sowie dem VL.

5.3.5 Tertiärpräventive Maßnahmen

Jeder Betrieb ist in Deutschland dazu verpflichtet, einen MA der länger als 6 Wochen Arbeitsunfähig ist, ein Wiedereingliederungsmanagement anzubieten (siehe Punkt 3.3.3.1). In der Theorie geht man von drei Möglichkeiten der Unterstützung aus. Das Wiedereingliederungsmanagement könnte in der Gesellschaft Freiburg der ehrenamtliche Suchthelfer im Rahmen seiner zur Verfügung gestellten Zeit erledigen. Der Suchthelfer hält den Kontakt zu dem MA während der Therapiezeit, sofern der erkrankte das wünscht. Desweiteren informiert der Suchthelfer den ML über den Stand der Therapie. Nach Beendigung der Therapie organisiert der Suchthelfer mit dem ML und dem Betroffenen einen Gesprächstermin um die Eingliederung zu besprechen. Die Wiedereingliederung kann entweder zu 100% oder Stufenweise erfolgen. Sofern ein Stufenmodell angewendet werden soll, muss dies durch den Arzt bescheinigt werden. Bei der Stufenweisen Wiedereingliederung werden die Kosten durch die Krankenkassen getragen und der MA bekommt Krankengeld, dem Betrieb entstehen für diesen Zeitraum keine weiteren Personalkosten.¹¹⁰ Desweiteren ist in diesem Gespräch ein weiterer Termin zu vereinbaren um die Entwicklung der Reintegration zu kontrollieren und gegeben falls neue Maßnahmen zur Stabilisierung des MA zu ergreifen. Der Suchthelfer sollte in den ersten drei bis vier Monaten regelmäßigen Kontakt zum MA haben. Die Nachsorge wird in der Gesellschaft Freiburg nicht implementiert werden können. Für die Nachsorge bedarf es einen ausgebildeten Sozialarbeiter bzw. Therapeuten. Der Suchthelfer sollte dem betroffenen MA jedoch bei der Suche nach einem Nachsorgeplatz helfen. Der bwlv wäre z. B. eine Einrichtung, der die Nachsorge anbietet. Als letzten Punkt der tertiär Prävention ist die Eingliederung einer Selbsthilfegruppe zu nennen. Auch diese Möglichkeit scheidet für die Gesellschaft Freiburg aus. Der Bedarf ist derzeit gar nicht vorhanden und bei 136 MA wird höchst wahrscheinlich auch kein Bedarf entstehen. Der Suchthelfer hat hier die Aufgabe, dem erkrankten MA bei der Suche nach eine Gruppe zu helfen und ihn eventuell bei den ersten Treffen zu begleiten.

Eine Integration der tertiären Prävention steht der Analyse nach nichts im Wege. Es entstehen keine neuen Kostenstellen und die zu erwartenden Kosten sind sehr gering. Zur besseren Erklärung wäre es noch Sinnvoll wenn einige Aspekte des Wiedereingliederungsmanagement in der Marktleiteranweisung (siehe Punkt 5.3.2) integriert werden.

¹¹⁰ Vgl. O.V.017 (o.J.) S. 1

5.4 Umsetzung

Bevor die einzelnen Schritte der Umsetzung in einem Roll-Out Plan eingetragen werden und die Chancen und Risiken des Projektes erläutert werden soll eine kleine Beispielrechnung die Relevanz des erarbeiteten nochmals verdeutlichen.

Tabelle 7: Kosten-Nutzen-Analyse eines Alkoholsucht-Präventionsmodell in der Gesellschaft Freiburg
(eigene Darstellung)

Kosten die durch einen Alkoholkranken MA entstehen		Kosten die durch Implementierung von Alkoholsucht-Präventionsmodellen entstehen	
Kostenarten	€	Kostenarten	€
Minderleistung durch 1 MA (ca. 1,25 % der gesamten Lohnkosten)	65.924,80 €	Personalkosten	13.112,10 €
		Ausbildung der nebenamtlichen Suchthelfer	10.000,00 €
		Aufklärungsarbeit	1.000,00 €
		Weiterbildung der Führungskräfte	15.000,00 €
		Coaching Führungskräfte	10.000,00 €
		Wiedereingliederungsmanagement	1.000,00 €
		Summe	65.924,80 €

Differenz = 15812,70 €

Die Gesellschaft Freiburg hat gesamte Lohnkosten in Höhe von 5.273.984,12 €. ¹¹¹ Wenn man davon die 1,25 Prozent berechnet kommt man auf den oben angegebenen Wert. Diesem Wert stehen die Personalkosten von den drei nebenamtlichen Suchthelfern gegenüber. Diese werden durch die durchschnittlichen Personalkosten der Mitarbeiter (Vollzeit und Teilzeitkräfte = 181 MA) berechnet. ¹¹² Es ergeben sich durchschnittliche Ausgaben von 29.138,03 € pro Jahr pro Mitarbeiter. 15 Prozent der gesamten Arbeitszeit (24 Std. pro Monat) werden für die Tätigkeit des nebenamtlichen Suchthelfers benötigt. Demnach ergeben sich Personalkosten von 13.112,10 € für die drei Suchthelfer. Die anderen Werte können aus den Unterpunkten von 5.3 erlesen werden. Folglich würde sich die Implementierung eines Alkoholsucht-Präventionsmodells in der Gesellschaft Freiburg bereits im ersten Jahr rentieren. Es können so im ersten Jahr knappe 16.000 Euro gespart werden. Diese Rechnung beruht auf einen erkrankten MA. Bei 181 Beschäftigten ist von ca. 7 Betroffenen auszugehen (bei 4% Erkrankungsquote).

Diese Rechnung ist lediglich zur Verdeutlichung der Einsparungspotentiale zu sehen. Es sind einige Kostenaspekte auf beiden Seiten der Tabelle nicht enthalten. Der Wert wird sich bei genauer Analyse entsprechend der aufzuwendenden Personalkosten durch die Führungskräfte verkleinern, respektive bei Einrechnung von langen Fehlzeiten bzw. Betriebsunfällen erhöhen.

5.4.1 Roll-Out Plan

Im folgenden sollen die einzelnen zu berücksichtigen Termine mit Hilfe einer Tabelle dargestellt werden. Der Start der Implementierung ist der 01.09.2010.

Tabelle 8: Roll-Out Plan zur Einführung des Präventionsmodells (eigene Darstellung)

<u>Wann</u>	<u>Wer</u>	<u>Was</u>
September 2010	VL	- Vorstellung des Konzeptes in der Marktleitertagung
September 2010	ML / stellv. ML	- Vorstellung des Konzeptes in der Bereichsleitersitzung
September 2010	ML / stellv. ML / BL	- Vorstellung des Konzeptes im Morgen-Meeting

¹¹¹ Vgl. O.V.016 (2009) S. 2 f.

¹¹² Vgl. O.V.016 (2009) S. 5

ab Ende September 2010	ML / stellv. ML	- Aushang zur suche der nebenamtlichen Suchthelfer mit Anforderungsprofil
bis Ende Oktober 2010	VL /ML / stellv. ML	- Erstellung der Marktleiteranweisung
bis Ende Oktober 2010	VL	- Angebotseinholung der verschiedene Weiterbildungsmaßnahmen sowie des Coachings
bis Ende Oktober 2010	VL	- Anmeldung von 3 MA zur Ausbildung des nebenamtlichen Suchthelfers
bis Ende Oktober 2010	VL / ML	- Ernennung des nebenamtlichen Suchthelfers in jedem Markt
bis Ende Februar 2011	Suchthelfer	- Beendigung der Ausbildung
bis Ende Februar 2011	ML / stellv. ML / BL	- Beendigungen der Weiterbildungen und Coachings
bis Ende März 2011	Suchthelfer	- Erstellung des Flyers
Bis Ende März 2011	VL / ML / stellv. ML	- Erstellung der Interventionskette
Anfang April 2011	VL / ML / stellv. ML / Suchthelfer	- Stand der Entwicklung besprechen, sofern nötig Maßnahmen zu Lösung von Problemen entwickeln
01.05.2011	ML / stell. ML / BL / Suchthelfer / MA	- Vorstellung des fertigen Konzeptes, Erklärung aller Maßnahmen die getroffen wurden, Vorstellung der

		Marktleiteranweisung, Nutzen und Ziele für die MA verdeutlichen
ab dem 01.05.2011 halbjährlich	VL / ML / stellv. ML / Suchthelfer	- Feedback zu erreichten Ergebnissen, eventuelle Verbesserungen ansprechen,

5.4.2 Chancen und Risiken

Grundsätzlich muss man bei solchen Investitionen den Entscheider bzw. die Entscheider überzeugen. In der Gesellschaft Freiburg ist das eine Entscheidung des Kommanditisten Herrn Ingo Auer. Demnach liegt ein großer Vorteil darin, dass nur eine Person überzeugt werden muss. Aber genau diese Überzeugungsarbeit, die im Vorfeld zu leisten ist, bedarf viel Zeit und muss alle Aspekte der Veränderungen und Umsetzungen enthalten. Es ist eben nicht nur eine Entscheidung über die Einsparung eventueller Kosten sondern eine Frage zur Unternehmensphilosophie, zur Personalentwicklung oder gar zum Imagegewinn. Es gilt eine legale, überall akzeptierte und tolerierte Gesellschaftsdroge aus dem betrieblichen Kontext weitestgehend zu entfernen und sich diesen neuen Regeln für immer anzupassen. Das Thema ist, und wird auch noch eine ganze Weile, ein Tabuthema bleiben. Es wird Wertschätzung aber auch Kritik für die Einführung geben. Ein Widerstand der Mitarbeiter ist nicht zu erwarten, es verändert sich für sie nicht viel. Der Betrieb muss in diesem Zusammenhang natürlich auf das Geschenk der Flaschen Sekt zum Geburtstag eines MA verzichten, jedoch ist der materielle und auch ideelle Wert einer Ersatzleistung wie einer Pflanze oder eines kleinen Präsentkorbes wesentlich höher. Auch den Kunden sollte nach Einführung dieses Konzeptes anstatt der Flasche Sekt zur Küche ein kleiner Obstkorb oder ähnliches angeboten werden. Das Risiko der Einführung ist mit sehr gering einzuschätzen. Die Chancen sind jedoch enorm. Sofern dieses Projekt Erfolg hat, ist eine Übertragung in die anderen Märkte ohne weiteres vorstellbar (Breisach, Lahr und Sinzheim). Lediglich bei Märkten mit Betriebsräten ist die Verfahrensweise eine leicht andere (Offenburg). Das Einsparungspotential wächst, der Arbeitgeber OBI wird interessanter für Qualifiziertes Personal, die Erweiterungen im Gesundheitsmanagement sind problemlos integrierbar und ein Imagegewinn ist denkbar.

5.5 Erfolgskontrolle

Dieser Aspekt ist für den Franchise-Partner wohl einer der wichtigsten. Ob sich diese Investition lohnt und sich die Höhe der Einsparungen wie in der Beispielrechnung im Punkte 5.4 darlegt, ist nicht so einfach zu berechnen. Es gibt nur wenige Kennzahlen, an denen sich ein Erfolg erkennen lässt. Minderleistung der MA, Fehlentscheidungen durch Alkoholkonsum oder der Ersatz der Arbeitsleistung bzw. die Mehrarbeit der Kollegen bei Fehltagen die durch Alkohol verursacht werden sind nicht zu berechnen, zumindest nicht ansatzweise genau. Im folgenden sollen ein paar Kennzahlen und Ihre Veränderung bei Erfolg oder nicht Erfolg dargelegt werden.

Die durchschnittlichen Fehltage Jahr / MA. Diese Kennzahl beschreibt, wie viele Tage im Jahr ein MA krank gemeldet war. Sofern diese Zahl sich nach unten, also weniger Fehltage Jahr / MA, verändert, ist zu prüfen ob nicht eventuell andere Ursachen dafür in Frage kommen. Denn die Zahl müsste zuerst stark steigen. Wenn ein Mitarbeiter in Therapie geht und eventuell eine stufenweise Wiedereingliederung bekommt, fehlt er bis zu 120 Arbeitstage (je nach Trinkertyp kann die Behandlung auch länger dauern). Diese lassen den durchschnitt stark ansteigen. Erst in den Folgejahren müsste sich die Zahl dann verringern. Zu beachten sind hier weitere Therapien, die den Wert der Folgejahre ebenfalls ansteigen lässt. Diese Zahl als Erfolgskontrolle zu nutzen erscheint demnach weniger Sinnvoll, sie darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden.

Die Theorie besagt, dass zw. 10 und 30 % der Betriebsunfälle auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind bzw. bei diesem Prozentwert Alkohol beteiligt ist. Demnach müsste sich die Zahl der Betriebsunfälle reduzieren, sofern das Projekt Erfolg hat.. Um diese Zahl ersichtlich zu machen müssten sich die beteiligten MA bei einem Betriebsunfall einem Alkoholtest unterziehen. Dies wird arbeitsrechtlich etwas komplizierter, denn diese Tests sind nicht so einfach durchzusetzen bzw. anzuweisen. Ein Widerstand der MA ist nicht auszuschließen und trägt damit nicht zur Verbesserung des Arbeitsklimas bei. Auch auf diese Kennzahl ist, zumindest im Bereich der Erfolgskontrolle, zu verzichten.

Dennoch gibt es eine Kennzahl, die den Erfolg des Projektes widerspiegelt. Es handelt sich um die Anzahl der Neuerkrankungen pro Jahr. Je höher diese Anzahl in jedem Jahr ist, je höher ist der Erfolg des Projektes. Jeder MA der eine Therapie nach der Implantierung des Alkoholsucht-Präventionsmodell in der Gesellschaft Freiburg antritt beschreibt den Erfolg. Denn dieser MA spart eben bei den Punkten wie Minderleistung, Arbeitersatz, Betriebsunfälle und Fehlentscheidungen.

Es arbeiteten im GJ 2007/08 136 Vollzeitkräfte und 45 Teilzeitkräfte in der Gesellschaft Freiburg. Wenn man sich nach der Statistik richtet, müssten demnach 7 MA abhängig und weitere

18 gefährdet sein. Aus dem Beispiel der Stadt Freiburg kann entnommen werden, dass ein Prozent der MA das angebotene Alkoholsucht-Präventionsmodell nutzt. Für die Gesellschaft Freiburg wären das knapp 2 Beschäftigte.

Abschließend ist zu sagen, dass der Erfolg des Projektes an der Zahl der auftretenden Erkrankungen zu messen ist.

6 Zusammenfassung

6.1 Vergleich der gesetzten Ziele mit den erreichten Ergebnissen der Thesis

In der Einleitung wurden im wesentlichen vier zu erreichende Ziele aufgezeigt. Im folgenden sollen alle diese Ziele nochmals genannt und anhand der erreichten Ergebnisse verglichen werden.

Mit dem dritten Ziel aus der Einleitung wird der Verfasser beginnen. Es sollte gezeigt werden, dass in der Region Freiburg zu wenig betriebliche Suchtprävention betrieben wird. Um diese These zu untermauern, wurde ein Fragebogen zum Thema Alkoholsucht-Prävention entwickelt (siehe Anhang 2). Es wurden 21 Unternehmen befragt, wovon immerhin acht Unternehmen reagierte. Das Ergebnis zur Inanspruchnahme fremder Dienstleistungen lag bei 20 Prozent und bei der Betreuung von eigener Alkoholsucht-Prävention immerhin bei 37,5 Prozent. Demnach könnte man behaupten das Ziel wäre erreicht und es wird zu wenig Alkoholsucht-Prävention betrieben. Dem ist leider nicht so. Der Befragungsrahmen ist für diese Aussage nicht ansatzweise ausreichend. Um eine derartige Aussage zu treffen müssten mind. 500, wen nicht sogar mehr Unternehmen der Wirtschaftsregion Freiburg befragt werden. Dieses Ergebnis ist lediglich als Hinweis zu betrachten. Um dieses Ergebnis haltbar zu machen müsste eine Studie dazu erfolgen. Auch wenn dieses Ziel nicht erreicht wurde, konnte dieser Fragebogen Wertvolle Informationen zu dem gesamten Thema erbringen.

Das erst genannte Ziel hatte den Inhalt, ein Implementierungsfähiges Alkoholsucht-Präventionsmodell für die OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co. Kommanditgesellschaft Freiburg im Breisgau zu entwickeln. Dieses Ziel hat den Umfang dieser Arbeit bestimmt und steckte den zu ergründenden Rahmen. Nur durch eine gute Grundlagenforschung konnten diese Ergebnisse erreicht werden. Am Ende dieser Arbeit steht ein fertiges, implementierungsfähiges Konzept zur Alkoholsucht-Prävention. Die Rahmenbedingungen wie die betriebliche Suchthilfe wurde durch den Vorschlag, für jeden Markt einen nebenamtlichen Suchthelfer auszubilden, gelöst. Desweiteren wurde eine Marktleiteranweisung mit den wichtigsten Inhalten erarbeitet. Nach der

Klärung der Rahmenbedingungen wurden die einzelnen Maßnahmen in den jeweiligen Stufen der Alkoholsucht-Präventionsarbeit entwickelt. In einem Roll-Out Plan wurden dann nochmals alle wichtigen Termine berücksichtigt. Sogar die Erfolgskontrolle für diese Projekt konnte entwickelt werden und bedarf keiner komplizierten Umsetzungsarbeit. Demnach wurde das Ziel, ein Implementierungsfähiges Alkoholsucht-Präventionsmodell für die OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co. Kommanditgesellschaft Freiburg im Breisgau erreicht.

Um dieses Konzept zu verstärken sollte eine Kosten-Nutzen-Analyse für die Gesellschaft Freiburg erstellt werden, das zweite Ziel aus der Einleitung. Durch statistische Zahlen verschiedener Institutionen, unter anderem der sehr anerkannten Deutsch Hauptstelle für Sucht, konnten Kosten, die durch alkoholisierte MA entstehen offengelegt werden. Durch die Informationen aus dem Fragebogen sowie den Informationen der jeweiligen Dienstleister konnten auch die entstehenden Kosten bei einer Implementierung aufgezeigt werden. Dem Ergebnis zu folge, spart das von dem Verfasser entwickelte Konzept der Gesellschaft Freiburg jährlich ca. 16.000 Euro. Demnach wäre auch dieses Ziel erreicht. Das einzige an dieser Tatsache zu bemängelnde sind die statistischen Zahlen, auf der Seite der entstehenden Kosten durch Alkoholmissbrauch. Es sind und bleiben statistische Zahlen. Jedoch bestätigt diese Rechnung die Theorie und belegt den monetären Nutzen.

Das letzte Ziel, die Wichtigkeit der Präventionsarbeit herauszustellen, ist dem Verfasser durchaus gelungen. Das Thema Alkohol anders zu betrachten und über das Thema Prävention mehr nachzudenken, liegt jedoch bei der Entscheidung des einzelnen.

6.2 Ausblick

6.2.1 Heilung

Wie bereits im Punkt 2.4 angesprochen, ist der derzeitige Erkenntnisstand die Unheilbarkeit dieser Krankheit. Natürlich gibt es Verfechter des "kontrollierten Trinkens" (in den Augen dieser die Heilung), auch für erkrankte, jedoch ist dem Verfasser der Arbeit kein anerkannte Studie zum Beweis dieser Behauptung in die Hände gefallen. Der Verfasser selbst kennt auch keinen Alkoholiker der es geschafft hat, über längere Zeit kontrolliert zu trinken. Es gibt jedoch ein Buch das Hoffnung erkennen lässt. 2009 wurde die deutsche Ausgabe von "The End of My Addiction" (Das Ende meiner Sucht) von Dr. Oliver Ameisen veröffentlicht. In diesem Buch schildert er die ganz normale (normal aus der Sicht eines Alkoholkranken) Geschichte seines Lebens mit dem Alkohol und wie er abhängig wurde. Das interessante ist, dass er durch Zufall ein Medikament gefunden hat, das die Heilung verspricht. Die Heilung bedeutet in diesem Zusammenhang die Zurückgewinnung des Kontrollverlustes, solange das Medikament einge-

nommen wird.¹¹³ Es bleibt abzuwarten, ob in Feldstudien erfolge mit diesem Medikament in Deutschland gemacht werden. Dieses Medikament kann man sich derzeit nur Off-Label verschreiben lassen bzw. im Internet kaufen.

6.2.2 Zukunft der betrieblichen Gesundheitsförderung

Das ganze Thema betriebliche Gesundheitsförderung oder auch betriebliches Gesundheitsmanagement rückt mehr und mehr in den öffentlichen Fokus. Die Alkoholsucht-Prävention ist davon nur ein Teilbereich. In der Zukunft können genau solche Einrichtungen in einem Betrieb für einen potenziellen Bewerber entscheiden sein. Angesichts des zu erwartenden Fachkräftemangels in den nächsten Jahren wird der Wettbewerb um genau diese weiter zunehmen. Viele Unternehmen haben zum Ziel die vorhandenen Mitarbeiter zu binden und in Qualifizierung zu investieren.¹¹⁴

¹¹³ Vgl. Ameisen, O. (2009) S. 9

¹¹⁴ Vgl. O.V.018 (2010) S. 2

Quellenverzeichnis

- Ameisen, Oliver (2009) Das Ende meiner Sucht, München
- Fuchs, Reinhard/Petschler, Thomas (1998)
Betriebswirtschaftliche Kosten durch Alkoholmißbrauch
und Alkoholabhängigkeit, in: Fuchs, R./Rainer, L./Rummel, M.:
Betriebliche Suchtprävention, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle,
S. 51-76
- Fuchs/Rainer/Rummel (1998)
Alkoholprobleme bei Mitarbeitern: Entscheiden und Handeln von
Führungskräften im organisationalen Kontext, in: Fuchs, R./Rainer,
L./Rummel, M.: Betriebliche Suchtprävention, Göttingen/Bern/
Toronto/Seattle, S. 119-146
- Habelt, Ulla (2003) Alkohol im Betrieb,
[http://www.lgh.de/upload/pdf/MCH/Thema_des_Monats/
Alkohol_im_Betrieb.pdf](http://www.lgh.de/upload/pdf/MCH/Thema_des_Monats/Alkohol_im_Betrieb.pdf), abgerufen am 04.06.2010
- Hallmann/Holterhoff-Schulte/Merfert-Diete (2007)
Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention,
[http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/blk-
qualitaetsstandards_neu.pdf](http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/blk-qualitaetsstandards_neu.pdf), abgerufen am 04.06.2010
- Heinze, Gerhard/Reuß, Marion (2009)
Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch im Betrieb, 3.,
neu bearbeitete Auflage, Berlin
- Honsa, Hans-Jürgen(2005) Alkohol- und Drogenmissbrauch im öffentlichen Dienst, 2.,
überarbeitetet und erweiterte Auflage, Berlin

- Keil, Winfried et al. (1996) Alkohol am Arbeitsplatz, 3. vollständig überarbeitete Auflage, Frankfurt am Main
- Müller-Herzog, Uwe (2009) Sucht Beratung auf einen Blick, http://www.freiburg.de/servlet/PB/show/1216921/sonderseite_sucht_amsblatt_514.pdf, abgerufen am 09.07.2010
- Niebuhr, Reinhold (o.J.) Reinhold Niebuhr Zitate, <http://zitate.net/reinhold%20niebuhr.html> abgerufen am 16.07.2010
- O.V. 001 (2001) Definition Sucht, <http://www.blaues-kreuz.de/bkd/sucht/sucht.htm>, abgerufen am 31.05.2010
- O.V.002 (o.J.) Drogenabhängigkeit, <http://www.suchtmittel.de/info/sucht/000273.php>, abgerufen am 31.05.2010
- O.V.003 (o.J.) Sucht, <http://www.suchthilfe-wetzlar.de/hp-dateien/sucht.htm#definition>, abgerufen am 31.05.2010
- O.V.004 (o.J.) Alkohol, <http://www.dhs.de/web/datenfakten/alkohol.php>, abgerufen am 04.06.2010
- O.V.005 (2010) Kosten, <http://www.ibs-berlin.net/weiterbildung/kosten.html> abgerufen am 22.06.2010
- O.V.006 (2010) Strafgesetzbuch, <http://dejure.org/gesetze/StGB/203.html>, abgerufen am 24.06.2010
- O.V.007 (2007a) Alkoholismus, Alkoholabhängigkeit, ambulante Suchttherapie, <http://www.alkoholsucht.btonline.de/hinweise/alkhinweise16.html> abgerufen am 08.07.2010
- O.V.008 (2007b) Alkoholismus, Alkoholabhängigkeit, stationäre Suchttherapie, <http://www.alkoholsucht.btonline.de/hinweise/alkhinweise15.html> abgerufen am 08.07.2010

- O.V.009 (o.J.) § 84 Prävention,
http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/___84.html
 abgerufen am 08.07.2010
- O.V.010 (2010) Alkoholismus: "Deutschland trinkt viel",
<http://www.zdf.de/ZDFmediathek/hauptnavigation/startseite#/beitrag/video/1015024/Alkoholismus:-Deutschland-trinkt-viel>
 abgerufen am 09.07.2010
- O.V.011 (o.J.) Sucht-Gen,
http://eheseelsorge.net/esni/Sucht/SGen/hauptteil_sgen.html
 abgerufen am 09.07.2010
- O.V.012 (o.J.) Zielsetzung, <http://www.bw-lv.de/25.0.html>, abgerufen am
 10.07.2010
- O.V.013 (o.J.) Betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung, Hrsg.
 Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und
 Rehabilitation gGmbH, erhalten am 17.05.2010 von Herr Höchst
- O.V.014 (o.J.) Unterstützung für Betriebe, Verwaltungen und Organisationen,
<http://www.bw-lv.de/897.0.html>, abgerufen am 12.07.2010
- O.V.015 (2006) Alkohol,
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet2_de.pdf, abgerufen am 13.07.2010
- O.V.016 (2009) OBI Heimwerkermarkt GmbH & Co. Kommanditgesellschaft
 Freiburg im Breisgau, Jahresabschluss zum Geschäftsjahr vom
 01.05.2008 bis 31.12.2008, Bilanz zum 31. Dezember 2008
<https://www.unternehmensregister.de/ureg/result.html;jsessionid=749C83B1A4BC80C270B1957FDC82B1E3.www02-1?submitation=showDocument&id=4926224>,
 abgerufen am 13.07.2010
- O.V.017 (o.J.) Stufenweise Wiedereingliederung, <http://www.vkm-baden.de/infothek/wiedeing.htm>, abgerufen am 15.07.2010

- O.V.018 (2010) Europäische Benchmarkstudie belegt: Top Arbeitgeber setzten in der Krise auf Mitarbeiterbindung, -motivation und Talentmanagement / Mehr als 50 Prozent der Unternehmen wollen Mitarbeiterzahl steigern, <http://www.bsozd.com/?p=281844> abgerufen am 17.07.2010
- Pegel-Rimpl, Ute (2001) Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz, Hrsg. ist die DHS - Deutsche Hauostelle für Sucht e.V., Hamm
- Rehwald, Rainer et al. (2008) Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe, Frankfurt am Main
- Rieth, Eberhard (2008) alkoholkrank?, 15. Auflage, Lahr
- Röhrborn, Stefan (2002) Die versoffene Karriere, <http://www.manager-magazin.de/life/gesundheit/0,2828,214895-2,00.html>, S. 2, abgerufen am 31.05.2010
- Rummel/ Rainer/Fuchs (2004) Alkohol im Unternehmen, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/ Prag
- Rußland, Rita/Plogstedt Sibylle (1986) Sucht - Alkohol und Medikamente in der Arbeitswelt, Frankfurt am Main
- Schackmann, Burkhard (o.J.) Suchtmittel am Arbeitsplatz, <http://www.uni-trier.de/index.php?id=10397>, abgerufen am 06.07.2010
- Schill, Wolfgang et al. (2004) Alkohol, Hrsg. ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Schumann, Günter (2000) Initiierung, Planung und Realisierung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme, in: Schumann, Günter: Stand und Perspektive betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe, Oldenburg, S. 67 -88

Schmidt, Lutz G. et al. (2003)

Alkoholabhängigkeit, <http://www.dhs.de/web/daten/A20055-Brosch-Alkohol.pdf>, Hrsg. ist das Wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Sucht (DHS) e. V., abgerufen am 03.06.2010

Scholz, Herwig (o.J.)

Alkoholismus / Diagnose, [http://akh-](http://akh-consilium.at/indikation/Alkoholismus/Diagnose)

consili-

um.at/indikation/Alkoholismus/Diagnose, abgerufen am 01.06.2010

Wiesner, Henno G. W. (1998)

Alkoholprävention am Arbeitsplatz Hochschule,
http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=955628350&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=955628350.pdf, abgerufen am 20.06.2010

Willems, Walter (2006)

Dauerhaft trocken bleiben,
<http://www.stern.de/gesundheit/gesundheitsnews/alkohol-therapie-dauerhaft-trocken-bleiben-562824.html>
abgerufen am 08.07.2010

Stichwortverzeichnis

A

Abhängigkeit 18
Abmahnung 27
Abstinenzverlust 19
Alkoholismus 19, 20
 Entwicklungsstufen 20
Alkoholkrank 19
ambulante Therapie 26
Anfangsphase 21
Aufklärungsmaßnahmen 36

B

Baden-Württembergische Landesverband für
 Prävention und Rehabilitation gGm 45
betriebliche Suchtkrankenhilfe 33, 57
betrieblichen Kosten 25
Betriebsvereinbarung 31, 49

C

Chronische Phase 22

D

Der Steuerkreis 30

E

Entzug 25

F

Fragebogen 46

G

Gesprächsführung 38
Gesundheitsmanagement 14

H

hauptamtlicher Suchtbeauftragter 34
Heilung 26, 72

I

Interventionskette 62

K

Kennzahlen 69
klassische Vieltrinker 44
konstruktive Leidensdruck 39
Konsumklassen 24
Konsummuster 19
Kontrollverlust 19
Konzept der Punktnüchternheit 31
Kosten-Nutzen-Analyse 29, 65
kritische Phase 21

M

Marktleiteranweisung 58

N

Nachsorge 42
nebenamtliche Suchthelfer 33

P

personenbedingten ordentlichen Kündigung 27
Phasenkonzepte und Interventionsketten 39
Präventionsmaßnahmen 50

S

Schweigepflicht 35
Selbsthilfegruppen 42
stationäre Therapie 26
Steuerkreis 57
Sucht 18
suchtfördernden Arbeitsbedingungen 36

T

Trunksucht 19
Typologie der Trinkertypen 23

U

Urteil 20

V

Verhaltensbedingte außerordentliche Kündigung
27
Vorphase 21

W

Weiterbildung 37
Wiedereingliederungsmanagement 41

Anhang

Anlage 1: Verschiedene Gläser alkoholischer Getränke und Ihr Alkoholgehalt in Gramm¹¹⁵



¹¹⁵ Schmidt, L. G./ et al. (2003) S. 15

Anlage 2: Fragebogen

Fragebogen für Bachelor-Thesis Alkoholmissbrauch am Arbeitsplatz

1.	Rechtsform	Welche	
	Anzahl der MA	Wie viele	
	Umsatz	Wie hoch	
	Branche	Welche	
	Betriebsrat	ja / nein	
	Personalabteilung	ja / nein	

2. Hatten Sie schon mal einen Mitarbeiter, der an Alkoholismus erkrankt ist?

Wenn ja, wie viele? _____

3. Kennen Sie Einrichtungen, die Sie unterstützen?

Wenn ja, welche? _____

4. Gibt es Betriebsvereinbarungen zum Thema Alkohol in Ihrem Unternehmen?

Wenn ja, welche? _____

5. Haben Sie eigene Präventionsmaßnahmen im Unternehmen?

Welcher Art? _____

Wieviele? _____

Wie oft sind diese Veranstaltungen? _____

Was kosten diese? _____

Wie ist die Beteiligung der MA? _____

6. Nutzen Sie Angebote zur Prävention von anderen Unternehmen bzw. Institutionen

Welcher Art? _____

Wieviele? _____

Wie oft sind diese Veranstaltungen? _____

Was kosten Sie diese? _____

Wie ist die Beteiligung der MA? _____

Anlage 3: Suchtberatung auf einen Blick¹¹⁶

¹¹⁶ Müller-Herzog, U. (2009)

Ambulante Suchtberatung

Kommunale Suchtberatungsstelle der Stadt Freiburg im Breisgau Geschäftsführer: Kommunale Suchtbeauftragter - Info: siehe Karten unten rechts

AÖJ - Suchtberatung Freiburg
 • Oberau 25, 79102 Freiburg
 Tel. 20 3620, Fax 20 362125
 www.aoj-freiburg.de
 suchtberatung@aoj-freiburg.de

AWO Kreisverband Freiburg e.V.
 Jugend- und Drogenberatung
 • Paulstraße 9, 79099 Freiburg
 Tel. 225111, Fax 225012
 www.drogenhilfe-freiburg.de
 info@drogenhilfe-freiburg.de

body Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation e.V.
 Suchtberatung
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 1 95 2090, Fax 15 6209 99
 www.body.de, job-freiburg@wlv.de
 Sucht & Drogen, Hotline
 • 01606 - 3130 31

Durch Dink und Dönn...
 Beratung und Behandlung für Menschen mit Essstörungen
 • Gindwälderstr. 19, 79099 Freiburg
 Tel. 30 1402, Fax 30 140488
 www.duehnduenn-freiburg.de
 www.duehnduenn-freiburg.de

Der heißt Dich für Frauen
 Informationen für Frauen erwerbslos
 • Tel. 20 0042 und 0 72 45 166 61

Evangelische Suchtzentren e.V.
 Suchtberatung
 Psychosoziale Beratung und Behandlung
 • Lohrstraße 25 a, 79102 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005
 www.suchtzentren-freiburg.de
 job-admin@evs-freiburg.de

FrauenZentrum e.V.
 Suchtberatung für Mädchen und Frauen
 • Kaiserstr. 9, 79104 Freiburg
 Tel. 3 22 11, Fax 3 22 033
 www.frauenzentrum-freiburg.de
 frauenzentrum@evs-freiburg.de

Kameradschaft e.V.
 Beratung und Unterstützung für
 • Sandgallensw. 7, 79114 Freiburg
 Tel. 64 90, Fax 64 90
 www.kameradschaft.de
 www.gewandhab@kameradschaft.de

Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin und psychosoziale Begleitung
 • Kaiserstr. 28, 79104 Freiburg
 Tel. 20 3650, Fax 20 361 6911
 www.schwerpunktpraxis-gallerte.de
 info@schwerpunktpraxis-gallerte.de

Querschnittsambulanz für die Stadt Freiburg
 • Paulstraße 20, 79104 Freiburg
 Tel. 21 23314, Fax 21 23314
 psychosozial@querschnittsambulanz.de
 www.breitspauher@schwarzwald.de

Universität Wittenberg Freiburg
 Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie
 • Abteilung für Psychotherapeutische und Psychosomatische Suchtambulanz
 • Hauptstr. 6, 79104 Freiburg
 Tel. 2 30 3473
 Abteilung für Psychiatrie und Psychosomatische Suchtambulanz
 • Hauptstr. 6, 79104 Freiburg
 Tel. 2 30 6520
 www.uniklinik-freiburg.de

Zentrum für Psychiatrie (GPI) Freiburg
 • Hauptstr. 22, 79102 Emmendingen
 Tel. 0 76 91 91 31 33, Fax 20 205
 www.zp-freiburg.de

Ergänzende Angebote

AÖJ Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Breisgau Freiburg e.V.
 • Oberau 25, 79102 Freiburg
 Tel. 20 3620, Fax 20 362125
 www.aoj-freiburg.de
 www.suchtberatung-freiburg.de
 suchtberatung@aoj-freiburg.de

Arbeitswerkstatt Freiburg e.V.
 • Hauptstr. 15, 79099 Freiburg
 Tel. 2 09 0730, Fax 20 360 769
 www.drogenhilfe-freiburg.de
 kontakt@arbeitswerkstatt-freiburg.de
 info@arbeitswerkstatt-freiburg.de

Nachsozialverband für abhängige, Betroffene, Angehörige und Erwerbslose
 • Hauptstr. 15, 79099 Freiburg
 Tel. 2 09 0730, Fax 20 360 769
 www.nachsozialverband-freiburg.de
 www.nso-freiburg.de

body Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation e.V.
 Suchtberatung
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 1 95 2090, Fax 15 6209 99
 www.body.de, job-freiburg@wlv.de
 Sucht & Drogen, Hotline
 • 01606 - 3130 31

Caritasverband Freiburg-Stadt e.V.
 Suchtberatung
 • Hauptstr. 15, 79099 Freiburg
 Tel. 2 09 0730, Fax 20 360 769
 www.caritas-freiburg.de

SUCHT BERATUNG AUF EINEN BLICK

Das Spektrum der Abhängigkeitsstörungen ist breit. Für Freiburg rechnen die Prävention 16.000 behindertungsbedürftigen Menschen, die von Nikotin abhängig sind, rund 8000 abhängigkeitsfälle werden bei der Substanz Alkohol vermutet. Medikamentenabhängige gibt es rund 3500, etwa 700 Personengruppen sind mit einer Abhängigkeit von Drogen erkrankt. Die Zahl der Missbraucherrinnen und Konsumenten in der Stadt ist um ein Vielfaches höher. Neben den Stoffgebundenen Abhängigkeitsstörungen gibt es auch stoffunabhängige Suchtformen, beispielsweise Online-Sucht, Arbeitsucht, Beziehungsucht, Ess-Sucht, Brodsucht, Kaufsucht oder Mühsucht.

Um diesen Menschen möglichst frühzeitig Hilfenangebote zu unterbreiten, finanziert die Stadt Freiburg eine große Anzahl von Hilfseinrichtungen, die auf diese Anlaufstellen sind. Für Sie zusammengestellt sind. Auch Selbsthilfegruppen und Beratungsteams, die bei psychosomatischen Krankheitsbildern Hilfenangebote unterbreiten, finden Sie hier. Weitere Informationen zum Thema Suchtberatung erhalten Sie im Internet unter www.freiburg.de/suchtberatung. Dort finden Sie auch eine Übersicht über führende Internetseiten. Erstellt wurde die Übersicht vom kommunalen Suchtauftrag der Stadt Freiburg im Breisgau.



Hauptstr. 6, 79104 Freiburg
 Tel. 21 21 65 00 oder 0 72 45 166 61
 pflichtambulanz@freiburg.de
 www.ambulanz-freiburg.de

Evangelische Suchtzentren e.V.
 Suchtberatung
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005
 www.suchtzentren-freiburg.de
 job-admin@evs-freiburg.de

Evangelische Suchtzentren e.V.
 Suchtberatung
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005
 www.suchtzentren-freiburg.de
 job-admin@evs-freiburg.de

Zentrum für Psychiatrie (GPI) Freiburg
 • Hauptstr. 22, 79102 Emmendingen
 Tel. 0 76 91 91 31 33, Fax 20 205
 www.zp-freiburg.de

Kinder- und Jugendliche
 • Hauptstr. 6, 79104 Freiburg
 Tel. 2 30 3473, Fax 2 30 6520
 www.uniklinik-freiburg.de

Arbeitswerkstatt Freiburg e.V.
 • Hauptstr. 15, 79099 Freiburg
 Tel. 2 09 0730, Fax 20 360 769
 www.arbeitswerkstatt-freiburg.de

body Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation e.V.
 Suchtberatung
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 1 95 2090, Fax 15 6209 99
 www.body.de, job-freiburg@wlv.de

Drogen- und Alkohol im Strafrecht

Aktionelle Suchtambulanz (AKS) Freiburg
 • Hauptstr. 6, 79104 Freiburg
 Tel. 2 30 3473, Fax 2 30 6520
 www.uniklinik-freiburg.de

Stationäre Entgiftung und Rehabilitation

body Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation e.V.
 Suchtberatung
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 1 95 2090, Fax 15 6209 99
 www.body.de, job-freiburg@wlv.de

Suchtambulanz

Aktionelle Suchtambulanz (AKS) Freiburg
 • Hauptstr. 6, 79104 Freiburg
 Tel. 2 30 3473, Fax 2 30 6520
 www.uniklinik-freiburg.de

Suchtberatung in Betriebs- und Werkskulturen

Aktionelle Suchtambulanz (AKS) Freiburg
 • Hauptstr. 6, 79104 Freiburg
 Tel. 2 30 3473, Fax 2 30 6520
 www.uniklinik-freiburg.de

Senioren

Aktionelle Suchtambulanz (AKS) Freiburg
 • Hauptstr. 6, 79104 Freiburg
 Tel. 2 30 3473, Fax 2 30 6520
 www.uniklinik-freiburg.de

Selbsthilfegruppen

Aktionelle Suchtambulanz (AKS) Freiburg
 • Hauptstr. 6, 79104 Freiburg
 Tel. 2 30 3473, Fax 2 30 6520
 www.uniklinik-freiburg.de

Anonyme Co-Abhängige und Familienmitglieder (CoSa)
 • Tel. 300 3515, www.anon.de

Anonyme Beer - Suchtberatung
 • Hauptstr. 6, 79104 Freiburg
 Tel. 2 30 3473, Fax 2 30 6520

Anonyme Spieler (Gambler Anonymous - GA)
 • Tel. 301477

Blauer Kreuz e.V.
 • Hauptstr. 6, 79104 Freiburg
 Tel. 2 09 0730, Fax 20 360 769

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Evangelische Suchtzentren e.V.
 • Kronenmattenstr. 2a, 79100 Freiburg
 Tel. 2 05 6200, Fax 20 562 005

Anlage 4: Gesprächsprotokoll / Frau Noack

Gesprächsprotokoll

1.1 Welche Rechtsform ist die Stadt Freiburg?

Die Stadt Freiburg ist eine Körperschaft des Öffentlichen Rechts

1.2 Wie viele Mitarbeiter hat die Stadt Freiburg

3500

1.3 Wie viel Umsatz hat die Stadt Freiburg

Öffentliche Verwaltung

1.4 Welche Branche ist die Stadt Freiburg

öffentlicher Dienst, Dienstleistung

1.5 Hat die Stadt Freiburg einen Betriebsrat/Personalrat?

ja

1.6 Hat die Stadt Freiburg eine Personalabteilung?

ja

2. Hatten Sie schon mal einen Mitarbeiter der an Alkoholismus erkrankt ist? Wenn ja, Wie viele?

ja, ca. 100 Mitarbeiter, aktuell 35 in Betreuung

3. Kenne Sie Einrichtungen die sie unterstützen?

ja, enge Zusammenarbeit mit dem Kommunalen Suchtbeauftragten, Zusammenarbeit mit dem Baden-Württembergischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv), Fachkliniken, Psychosoziale Beratungsstellen im Raum Freiburg, FachärztInnen

4. Gibt es Betriebsvereinbarungen zum Thema Alkohol in Ihrem Unternehmen?

ja, ich stelle Ihnen diese auf PDF für diese Arbeit zur Verfügung

5. Haben Sie eigene Präventionsmaßnahmen im Unternehmen?

ja

5.1 Welcher Art, in welchem Umfang und in welcher Intensität sind diese Veranstaltungen?

Seminare für Führungskräfte (eintägig, Schwerpunkt Gesprächsführung, Erfahrungsaustausch, erklären der Dienstvereinbarung) Seminare für alle MitarbeiterInnen (zweitägig+ ½ Transfertag (Klinikbesuch), Betroffene erzählen, allg. Informationen, Umgang mit Betroffenen, etc.), Azubi Workshops zum Thema Alkoholmissbrauch (4 mal jährlich jeweils eintägig, Suchthelfer berichten von ihrer Arbeit, Betroffene erzählen, allg. Informationen), Selbsthilfegruppe (regel. Treffen, ca. 12 Personen, Räumlichkeiten der Stadt = des Sozialen Dienst, freiwillig), Nachsorge und Wiedereingliederungsmanagement (Integrationsteam: Beteiligte: Betroffene, Personalrat, Führungskraft, Gespräche in 4 bis 6 wöchigen Rhythmus, regelmäßiges Feedback) , Flyer, Beiträge im Intranet, Vorträge bei Personalversammlungen dies alles wird durch den Sozialdienst organisiert und durchgeführt

5.2 Wie viel Kosten diese Veranstaltungen und wie ist die Beteiligung?

vorhandenes Budget für diese Stelle mit allen Veranstaltungen ca. 90.000,- Euro, Beteiligung der Mitarbeiter vor dem Hintergrund der Betriebsvereinbarung zu ca.70% gut) = geschätzte Einsparungen liegen bei ca. 500.000,- Euro p.a.

6. Nutzen Sie Angebote zur Prävention von anderen Unternehmen bzw. Institutionen?
eher nicht, nur zum Erfahrungsaustausch oder zur eigenen Weiterbildung

Dieses Interview wurde am 25.05.2010 um 10.30 Uhr durch Herrn Fabian Wehrauch mit Frau Noack, vom betrieblichen Sozialdienst der Stadt Freiburg, in Freiburg in der Schusterstraße 19 geführt.

Ute Noack, Betrieblicher Sozialdienst Stadt Freiburg
Dipl. Sozialpädagogin (FH), Soziotherapeutin/Sucht, Mediatorin (BAFM)

Anlage 5: Dienstvereinbarung der Stadt Freiburg im Breisgau¹¹⁷

¹¹⁷ Vgl. Anlage 4

D I E N S T V E R E I N B A R U N G

zwischen

der Stadt Freiburg i. Br., vertreten durch den Herrn Oberbürgermeister,

und

dem Gesamtpersonalrat der Stadt Freiburg i. Br.

gemäß § 79 Abs. 1 Ziff. 8 und Abs. 3 Ziff. 8
des Landespersonalvertretungsgesetzes für Baden-Württemberg

über

den Umgang mit suchtgefährdeten und suchtkranken,
insbesondere mit alkoholgefährdeten und
alkoholkranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
der Stadtverwaltung Freiburg i. Br.

Vorbemerkung:

Stadtverwaltung und Personalvertretung sind sich darin einig, dass Alkohol- und andere Suchtkrankheiten eine ernstzunehmende Gefahr für die Betroffenen und eine Belastung für die übrige Mitarbeiterschaft und den ordnungsgemäßen Dienstbetrieb darstellen. Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet es daher, Vorkehrungen zu treffen, Alkohol- und sonstige Suchtgefahren rechtzeitig zu erkennen und ihnen wirksam zu begegnen. Die Dienstvereinbarung als Ausdruck dieser Fürsorgepflicht leitet fachliche Hilfsangebote für betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein und regelt gleichzeitig die Gleichbehandlung aller betroffenen Beschäftigten.

Unabhängig von dem im folgenden geregelten Verfahren gelten für den Genuss von Alkohol die Grundsätze des § 38 der Unfallverhütungsvorschrift (Allgemeine Vorschriften - GU V 0.1 vom April 1979), wonach Versicherte sich nicht durch Alkoholgenuss in einen Zustand versetzen dürfen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können und Versicherte, die infolge Alkoholgenusses oder anderer berauschender Mittel nicht mehr in der Lage sind, ihre Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, mit Arbeiten nicht beschäftigt werden dürfen. Bei der Erledigung von besonders gefährlichen Aufgaben sind die Vorgesetzten gehalten, auf einen vollständigen Verzicht von Alkohol hinzuwirken. Es wird darauf hingewiesen, dass bei alkoholbedingten Unfällen Versicherungsschutz nicht gewährleistet ist.

1. Anwendung

- 1.1 Die Dienstvereinbarung ist anzuwenden, wenn ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin wegen einer alkoholbedingten Verletzung seiner/ihrer Dienstpflichten auffällt oder aus sonstigem Anlass der Eindruck besteht, dass ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin suchtgefährdet ist oder bei ihm/ihr schon eine Abhängigkeit besteht.

- 1.2 Die Dienstvereinbarung ist auch anzuwenden bei Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, sowie bei nicht stoffgebundenen im Zusammenhang mit Sucht oder Abhängigkeit stehenden Verhaltensauffälligkeiten, z. B. Essstörungen, Spielsucht.
- 1.3 Die Dienststellenleiter/innen und die ihnen unterstellten Führungskräfte, Personalsachbearbeiter/innen, die örtlichen Personalräte und die Schwerbehindertenvertretungen sind verpflichtet, an Fortbildungsveranstaltungen zur Suchtproblematik teilzunehmen.

2. Verfahren

Erstes Gespräch/Aushändigung der Informationsmaterial/Aufzeichnungen über weiteres Fehlverhalten

- 2.1.1 Hat der/die Vorgesetzte den Eindruck, dass ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin suchtgefährdet ist, führt er/sie mit ihm/ihr ein vertrauliches Gespräch. Der/Die Vorgesetzte teilt dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin seine/ihre Beobachtungen mit (Arbeitsfehlverhalten und Auswirkungen auf die nähere Arbeitsumgebung). Er/sie legt dar, dass er/sie einen Zusammenhang mit diesen Auffälligkeiten und dem Suchtmittel sieht, auch wenn der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin diese Auswirkungen bestreitet. Der/Die Vorgesetzte weist darauf hin, dass der Suchtmittelmissbrauch zu einer Suchterkrankung führen kann.
- 2.1.2 Der/Die Vorgesetzte zeigt Wege zur Hilfe auf, weist auf den Betrieblichen Sozialdienst und dessen Informationsmaterial hin. Gleichzeitig weist er/sie den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin darauf hin, dass bei fortwährendem Suchtmittelmissbrauch am Ende der Verlust des Arbeitsplatzes stehen kann. Es werden verbindliche Zeitabsprachen für das weitere Vorgehen getroffen.
- 2.1.3 Weitere suchtbedingte Auffälligkeiten des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin sind von dem/der Vorgesetzten nach diesem Gespräch schriftlich festzuhalten. Aus den Aufzeichnungen müssen Zeitpunkt und Art des Fehlverhaltens hervorgehen. Die Aufzeichnungen sind vor Einleitung des Verfahrensschritts 2 der Personalstelle des Beschäftigungsamtes zuzuleiten.

Zweites Gespräch/schriftliche Ermahnung/Aufzeichnungen über weiteres Fehlverhalten (Verfahrensschritt 2)

- 2.2.1 Ist im Verhalten des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin am Arbeitsplatz in einem angemessenen Zeitraum *nach zwei Monaten* keine positive Veränderung festzustellen, wird ein Gespräch mit dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin geführt, an dem die Leiterin/der Leiter des Beschäftigungsamtes, der/die unmittelbare Vorgesetzte, die Personalstelle des Amtes, der Betriebliche Sozialdienst und mit Einwilligung der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters der örtliche Personalrat zu beteiligen sind.
- 2.2.2 In diesem zweiten Gespräch muss dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin eindringlich klar gemacht werden, dass Suchtmittelmissbrauch sein/ihr Verhalten bestimmt, da sonst eine Änderung eingetreten wäre.
- 2.2.3 Der Mitarbeiter/Die Mitarbeiterin erhält eine schriftliche Ermahnung durch den Leiter/die Leiterin des Beschäftigungsamtes, in der das suchtbedingte Fehlverhalten im Einzelnen dargelegt wird. Darin wird festgestellt, dass der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin nichts unternommen hat, seine/ihre suchtbedingte Lage

zu verbessern und es werden ihm/ihr arbeits- oder dienstrechtliche Konsequenzen angekündigt.

- 2.2.4 Die Aufzeichnungen nach Ziff. 2.1.3 sind weiterzuführen und vor Einleitung des Verfahrensschritts 3 an die Personalstelle des Beschäftigungsamtes über die Leiterin/den Leiter des Beschäftigungsamtes zuzuleiten.

Drittes Gespräch / Aufforderung zur Annahme eines Hilfeangebots / Abmahnung / Warnung (Verfahrensschritt 3)

- 2.3.1 Ist in dem Verhalten des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin am Arbeitsplatz (*weiterhin*) nach weiteren zwei Monaten keine positive Veränderung festzustellen, so findet auf Veranlassung der Personalstelle des Beschäftigungsamtes ein weiteres Gespräch statt, zu dem der Leiter/die Leiterin des Beschäftigungsamtes, ein Mitarbeiter/ eine Mitarbeiterin des Personal- und Organisationsamtes, der Betriebliche Sozialdienst und mit Einwilligung der betroffenen Mitarbeiterin/des betroffenen Mitarbeiters der örtliche Personalrat hinzugezogen werden. Zu diesem Gespräch können im Einvernehmen mit der/dem Betroffenen und dem Betrieblichen Sozialdienst auch Kollegen/Kolleginnen und in Absprache mit dem Sozialdienst und dem/der Betroffenen Familienangehörige eingeladen werden.
- 2.3.2 Dem Mitarbeiter/Der Mitarbeiterin sind die Arbeitsausfälle und sein/ihr suchtbedingtes Fehlverhalten anhand der Aufzeichnungen zu verdeutlichen. Damit soll dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin eindeutig und nachdrücklich seine/ihre Krankheit bewusst werden. Er/Sie soll erkennen, dass jedes Verschweigen und Herunterspielen von alkoholbedingten Ausfällen und Fehlverhalten den Leidensweg verlängert.
- 2.3.3 Der Mitarbeiter/Die Mitarbeiterin wird aufgefordert, ein konkretes Hilfsangebot wahrzunehmen (z.B. Betrieblicher Sozialdienst, externe Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe, Fachklinik). Nach einer in diesem Gespräch vereinbarten Bedenkzeit (*Es wird ihm/ihr eine Woche Bedenkzeit eingeräumt*) erklärt die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter schriftlich ihre/seine Bereitschaft, ein Hilfsangebot anzunehmen. Die Personalstelle des Beschäftigungsamtes kündigt gleichzeitig an, dass bei Nichteinhaltung *Ablehnung* des Hilfeangebots unmittelbar nach der Bedenkzeit arbeits- oder dienstrechtliche Konsequenzen gezogen werden. Im Falle einer Abmahnung/Warnung ist diese von der Leiterin/vom Leiter des Beschäftigungsamtes auszusprechen. *Der Mitarbeiter/Die Mitarbeiterin erhält unabhängig vom weiteren Verfahren eine schriftliche Abmahnung/Warnung durch den Leiter/die Leiterin des Beschäftigungsamtes.* In der Abmahnung ist das aus den Aufzeichnungen hervorgehende Fehlverhalten im Einzelnen darzustellen. Werden die vereinbarten Hilfsangebote nicht eingehalten, sind die in dem Gespräch angekündigten arbeits- oder dienstrechtlichen Konsequenzen schriftlich zu wiederholen. *Es wird festgestellt, dass der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin nicht genug unternommen hat, seine/ihre alkoholbedingte Lage zu verbessern. Die in dem Gespräch angekündigten arbeits- oder dienstrechtlichen Konsequenzen werden in der Abmahnung/Warnung schriftlich wiederholt.*
- 2.3.4 Bei Ablehnung eines Hilfeangebotes können soweit im Einzelfall rechtlich zulässig zusätzlich folgende Maßnahmen getroffen werden:
- Entzug von dienstlichen Funktionen und/oder Aufgaben
 - Entzug von Leistungszulagen
 - Unterbrechung des Bewährungsaufstiegs
 - Durchführung einer Änderungskündigung / Beendigungskündigung
 - Einleitung eines Disziplinarverfahrens.
- 2.3.5 Aufzeichnungen nach Ziff. 2.1.3 sind weiterzuführen und vor Einleitung des Verfahrensschritts 4 der Personalstelle des Beschäftigungsamtes über die Leiterin/den Leiter des Beschäftigungsamtes zuzuleiten.

Letztes Gespräch / Abmahnung mit Androhung der Kündigung / Entfernung aus dem Dienst (Verfahrensschritt 4)

- 2.4.1 Lehnt der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin (*vier Wochen nach Ablauf der Bedenkzeit*) weiterhin therapeutische Maßnahmen ab und ist ein fortgesetztes suchtbedingtes Fehlverhalten am Arbeitsplatz festzustellen, führt das Beschäftigungsamt mit dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin ein letztes Gespräch unter Beteiligung des/der Vorgesetzten, der Personalstelle des Amtes, einer Mitarbeiterin/einem Mitarbeiter des Personal- und Organisationsamtes, des Betrieblichen Sozialdienstes und – mit Einwilligung der betroffenen Mitarbeiterin/des betroffenen Mitarbeiters – des örtlichen Personalrats.
- 2.4.2 Dieses Gespräch soll den konstruktiven Entscheidungsdruck auf die Mitarbeiterin/den Mitarbeiter verstärken, um ihr/ihm mit allem Nachdruck die negativen Konsequenzen zu verdeutlichen und somit letztlich eine Motivation für die Annahme eines Hilfsangebots zu erreichen. *Damit soll ihm/ihr bewusst werden, dass er/sie für sein/ ihr Handeln letztlich selbst die Verantwortung trägt.*
- 2.4.3 Bei Arbeiterinnen/Arbeitern und Angestellten wird bei Fortsetzung des Fehlverhaltens und Weigerung der Einleitung therapeutischer Maßnahmen die Kündigung angedroht, bei Beamtinnen/Beamten die Beendigung des Beamtenverhältnisses.
- 2.4.4 Der Mitarbeiter/Die Mitarbeiterin erhält eine letzte schriftliche Abmahnung/Warnung durch die Leiterin/den Leiter des Beschäftigungsamtes mit der Androhung weitergehender arbeitsrechtlicher oder dienstrechtlicher Schritte.
- 2.4.5 Die weiteren suchtbedingten Auffälligkeiten des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin sind von dem/der Vorgesetzten gemäß Ziff. 2.1.3 schriftlich festzuhalten und vor Einleitung des Verfahrensschrittes Nr. 5 über die Leiterin/den Leiter des Beschäftigungsamtes der Personalstelle des Beschäftigungsamtes zuzuleiten.

2.5. Durchführung der angedrohten Konsequenzen (Verfahrensschritt 5)

- 2.5.1 Stellt der Leiter/die Leiterin des Beschäftigungsamtes fest, dass die letztmalige Abmahnung/Warnung ohne Erfolg geblieben ist, und ist weiterhin ein suchtbedingtes Fehlverhalten am Arbeitsplatz festzustellen, so werden die in 2.4.3 angedrohten Maßnahmen eingeleitet. Der Betriebliche Sozialdienst und der örtliche Personalrat ist hiervon in Kenntnis zu setzen.

2.6. Besondere Verfahrensregeln

Die Zeitabstände zwischen den einzelnen Verfahrensschritten sollen den Erfordernissen und Entwicklungen des Einzelfalles angepasst sein. Maßnahmen, die der Arbeitssicherheit dienen, müssen unabhängig von jeweiligen Verfahrensschritten sofort ergriffen werden. Bei besonderer Gefährdung der Gesundheit Betroffener und/oder der Sicherheit anderer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann der Ablauf der einzelnen Verfahrensschritte in Absprache mit dem Betrieblichen Sozialdienst beschleunigt werden.

Im Einzelfall kann bei Arbeiterinnen/Arbeitern und Angestellten eine Untersuchung beim BAD – Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH – vereinbart werden. Dabei ist abzufragen, ob Einschränkungen hinsichtlich der arbeitsvertraglich geschuldeten oder wahrzunehmenden Tätigkeit vorliegen und welche Maßnahmen aus ärztlicher Sicht für erforderlich gehalten werden, um die volle Arbeitsfähigkeit wieder zu erreichen. Bei Beamtinnen/Beamten ist eine amtsärztliche Untersuchung zu veranlassen, bei der neben der Frage nach der Dienstfähigkeit auch abzuklären ist, welche Maßnahmen zur Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Dienstfähigkeit angezeigt sind.

3. Personalakten

- 3.1 Der gesamte Schriftwechsel, der im Zusammenhang mit der Suchterkrankung eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin anfällt, wird in einem verschlossenen Umschlag zu den Personalakten genommen. Alle Vorgänge dieser Art sind nach Abschluss einer Behandlung oder sonstiger Beendigung des Verfahrens vom Beschäftigungsamt vollständig und ohne vorherige Anfertigung von Kopien dem Personal-Organisationsamt zu übergeben.

4. Vorgehen bei Rückfall

- 4.1 Wird ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin nach Abschluss einer Therapiemaßnahme oder nach längerer Unauffälligkeit am Arbeitsplatz wieder rückfällig, so wird unter Beteiligung des/der unmittelbaren Vorgesetzten, der Personalstelle des Amtes, des Betrieblichen Sozialdienstes und – bei Einwilligung – des örtlichen Personalrats ein Gespräch mit dem Ziel geführt, den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin zu erneuter Heilbehandlung zu bewegen.
- 4.2 Dem Mitarbeiter/Der Mitarbeiterin werden in einer schriftlichen Abmahnung/Warnung durch den Leiter/die Leiterin des Beschäftigungsamtes arbeits- oder dienstrechtliche Konsequenzen angekündigt.
- 4.3 Im übrigen wird nach Ziff. 2.3.1 ff. weiter verfahren.

5. Berufliche Reintegration und betriebliche Nachsorge

5.1 Der Kontakt des Betrieblichen Sozialdienstes zu den Beschäftigten, die an einer therapeutischen Maßnahme teilnehmen, ist durch die Kooperation mit den jeweiligen Facheinrichtungen gewährleistet. Die berufliche Wiedereingliederung nach einer ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung soll unterstützt werden durch ein Abschlussgespräch in der Therapieeinrichtung, an dem Betrieblicher Sozialdienst, Vorgesetzte und örtlicher Personalrat teilnehmen sollten.

5.2 Grundsätzlich wird der frühere oder ein vergleichbarer, zumutbarer Arbeitsplatz angeboten. Sollten aus Gründen der Arbeitssicherheit bestimmte Auflagen notwendig werden, müssen sie in einem Gespräch mit der/dem betroffenen Mitarbeiterin/Mitarbeiter, der Leiterin/dem Leiter des Beschäftigungsamtes, der/dem direkten Vorgesetzten, dem Betrieblichen Sozialdienst und bei Einwilligung mit dem örtlichen Personalrat vereinbart werden. Die Vereinbarung ist schriftlich festzuhalten.

5.3 Um die Integration am Arbeitsplatz zu gewährleisten und einem arbeitsplatzbedingten Rückfall vorzubeugen, ist vom jeweiligen Beschäftigungsamt möglichst vor, spätestens am Tag der Arbeitsaufnahme ein vorbereitendes Gespräch zu führen, an dem die/der betroffenen Mitarbeiterin/Mitarbeiter, die Leiterin/der Leiter des Beschäftigungsamtes, die /der direkte Vorgesetzte, der Betriebliche Sozialdienst und – bei Einwilligung – der örtliche Personalrat teilnehmen. In diesem Gespräch wird die/der betroffenen Mitarbeiterin/Mitarbeiter auf ihre/seine Mitwirkungspflicht zur weiteren Erhaltung der Gesundheit hingewiesen mit der Auflage entsprechende Nachsorgeangebote wahrzunehmen, um die erreichte Abstinenz zu stabilisieren.

In einem zweiten Schritt dieses Gesprächs können die unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen miteinbezogen werden, um bestehende Unsicherheiten und Vorbehalte abzubauen.

Der Betriebliche Sozialdienst übernimmt die betriebliche Nachsorge in Form von Einzel- und Gruppengesprächen und der Vermittlung in andere ambulante Nachsorgeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen. Auf Wunsch der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Mitglieder der Projektgruppe „Ehrenamtliche Suchtkrankenhelferinnen und

Suchtkrankenhelfer" des Betrieblichen Sozialdienstes in die Betreuung miteinbezogen werden.

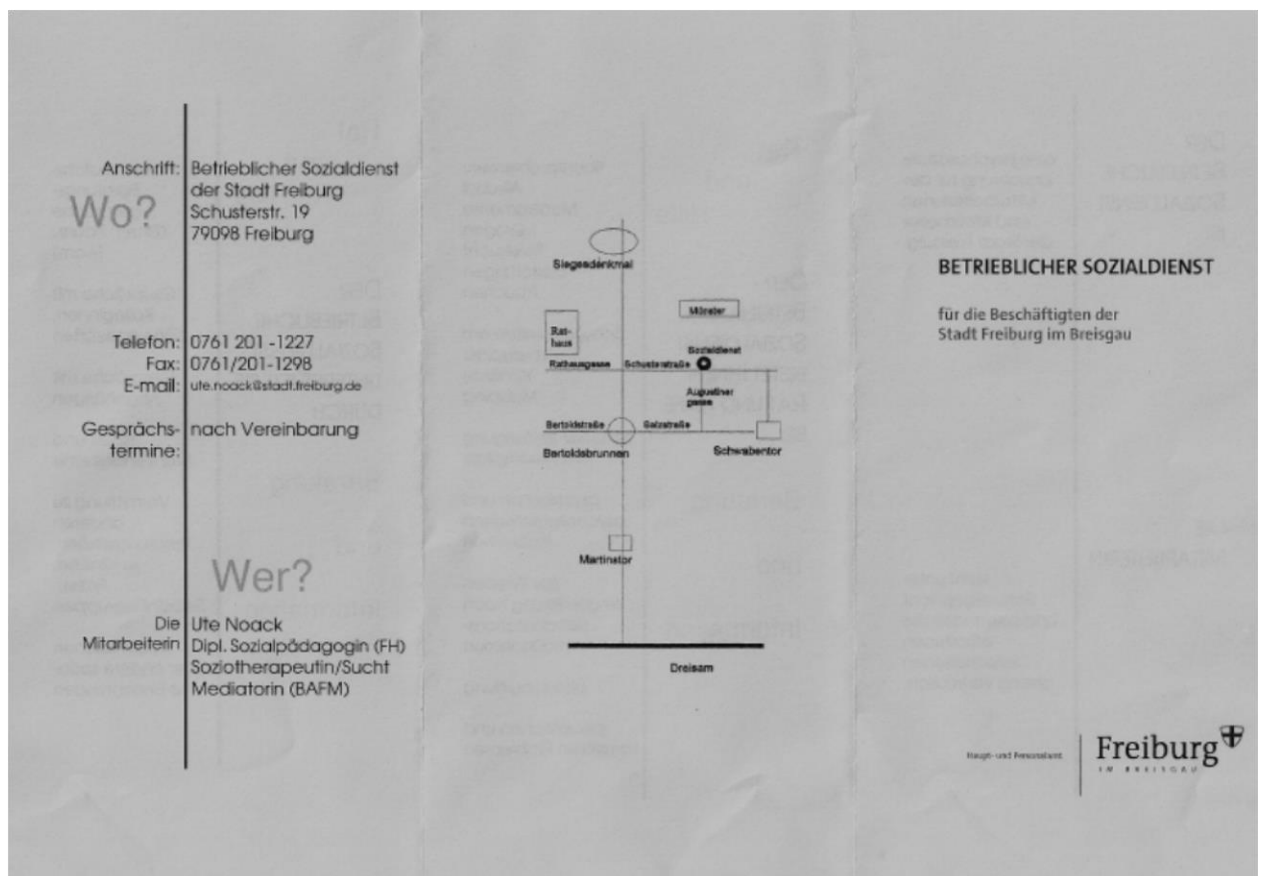
6. Bewerbung eines/einer entlassenen Mitarbeiters/Mitarbeiterin

Bewirbt sich ein/eine wegen Alkoholmissbrauchs oder anderer suchtbedingter Gründe entlassene/r Mitarbeiter/Mitarbeiterin nach erfolgreicher Heilbehandlung um Wiedereinstellung, so wird seine/ihre Bewerbung in das Auswahlverfahren einbezogen.

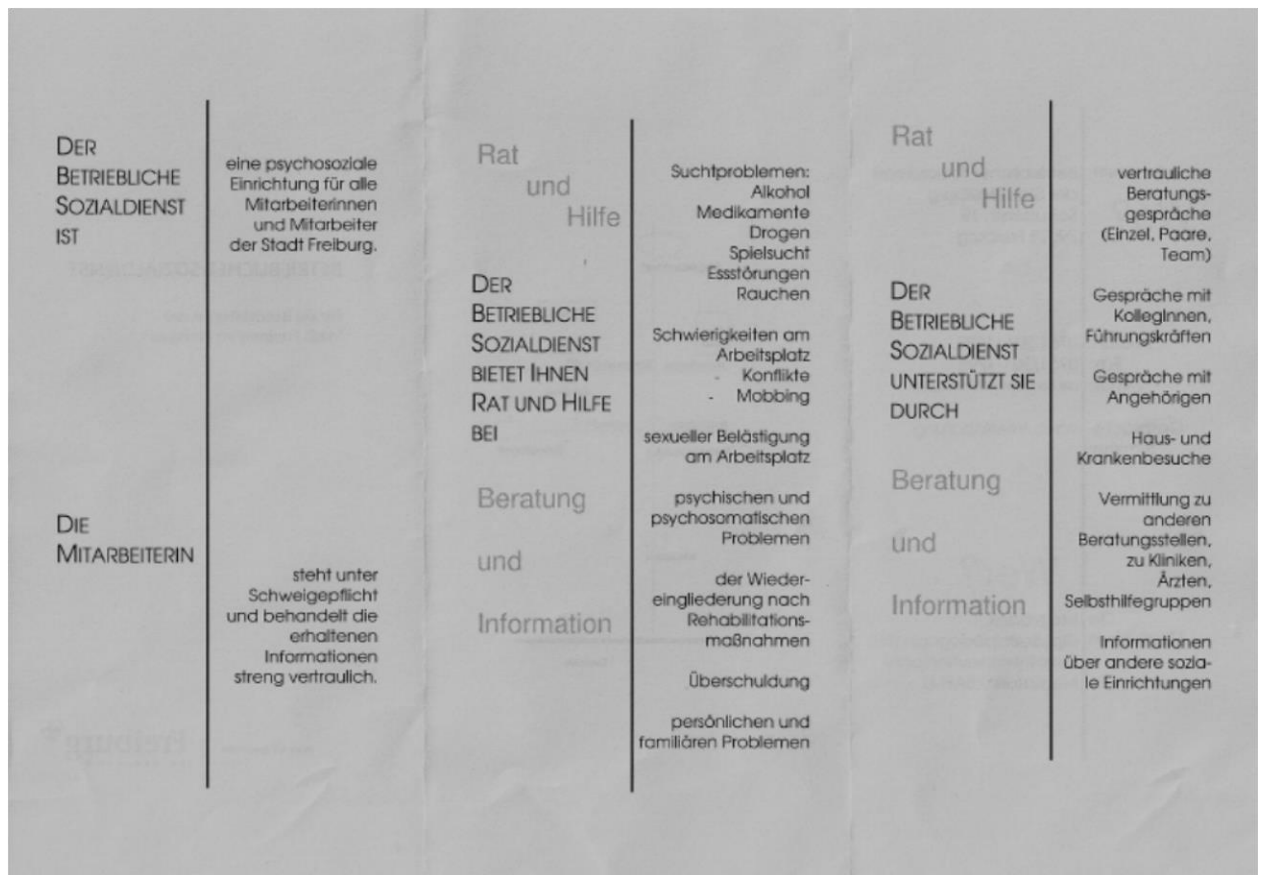
7. Inkrafttreten, Geltungsdauer

- 7.1 Diese Dienstvereinbarung tritt zum 1. April 2001 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Dienstvereinbarung vom 9. Juli 1990 außer Kraft.
- 7.2 Sie kann mit einer Frist von sechs Wochen jeweils zum Jahresende gekündigt werden.
- 7.3 Die Dienstvereinbarung wirkt nach bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung.

Anlage 6: Flyer über den betrieblichen Sozialdienst der Stadt Freiburg¹¹⁸



¹¹⁸ Geschenk vom Gespräch siehe Anlage 4



Anlage 7: Gesprächsprotokoll / Herr Gröll

Gesprächsprotokoll

1.1 Welche allg. Informationen können Sie mir zu dem Unternehmen OBI geben?

Alle für Sie relevanten Informationen können sie der Internetdomain www.unternehmensregister.de entnehmen, es gibt mehrere Franchise-Partner (siehe Internet) die außer diese Gesellschaft noch an den OBI Märkten in Breisach, Lahr, Sinzheim und Offenburg(mit Betriebsrat) beteiligt sind

1.2 Wie viele Mitarbeiter hat die Gesellschaft Freiburg, gibt es einen Betriebsrat?

BR gibt es nicht, von den Werten aus dem Internet ergeben sich folgende Aufteilungen: Freiburg 1 ca. 58 Vollzeitkräfte und 12.900m², Freiburg 2 ca. 44 Vollzeitkräfte und 8.500m² und Emmendingen ca. 34 Vollzeitkräfte und 7.000mm², für die Teilzeitkräfte ist aufgrund der hohen Fluktuationsrate keine genaue Angabe zu tätigen, in den anderen Märkten sind ca. 200 Mitarbeiter beschäftigt

1.3 Wie geht die Gesellschaft Freiburg mit Alkohol um?

es gibt keine Betriebsvereinbarung, weder im Arbeitsvertrag noch in einer Geschäftsanweisung gibt es eine Regelung, keine Fälle von Alkoholmissbrauch bekannt, wenn MA alkoholisiert ist, wird durch den ML ein Gespräch geführt und es werden Konsequenzen angedroht desweiteren erfolgt eine Notiz in der Personalakte, zu unseren 3 Festen (Grillfest, Weihnachtsfest und Kick-Off für alle)dürfen die MA Alkohol trinken, zu Geburtstagen gibt es eine Flasche Sekt, für Kunden ab und an bei Events Ausschank von Alkohol sowie Flasche Sekt bei Küchenkauf

1.4 Würden Sie den Fragebogen Ausfüllen?

bereits im Juni erfolgt, (Fragebogen wird wie die anderen Anonym behandelt)

Dieses Interview wurde am 12.07.2010 um 13.30 Uhr durch Herrn Fabian Weihrauch mit dem stellv. Marktleiter Herrn Sebastian Gröll (Dipl. Betriebswirt (BA)) im OBI Markt Freiburg Süd, an der Basler Landstraße in Freiburg geführt.