

Wirksamkeit betrieblicher Suchtprävention

Ergebnisse einer empirischen Untersuchung

„Prävention statt Rehabilitation“ ist eine immer wiederkehrende Forderung, deren Umsetzung mit unterschiedlichen Schwierigkeiten und Besonderheiten verbunden ist. Obwohl die gesundheitlichen Folgen durch Suchterkrankungen [18, 19], insbesondere Alkohol, bekannt und gut untersucht sind, liegen bislang wenige empirisch überprüfte und effektive Ansätze im Bereich der Arbeitswelt vor [13]. Viele Patienten mit Suchtstörungen kommen erst spät in die Behandlung – so beträgt etwa das Durchschnittsalter von Alkoholkranken in Facheinrichtungen über 40 Jahre [12]. Während es auf der Makroebene – im Bereich der Primärprävention – einige Strategien gibt (z. B. Werbeverbote, Preisregulierung etc. [1, 20]), besteht im Bereich der Frühintervention (sekundäre Prävention) deutlicher Handlungsbedarf.

Der Ort, an dem der größte Alkoholkonsum festzustellen ist, ist in der Regel *nicht* der Arbeitsplatz. Die Infrastruktur von betrieblichen Netzwerken kann aber für effektive Interventionen nutzbar gemacht werden. Die Belegschaft ist eine konkret ansprechbare Zielgruppe. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [4] konnte Belege finden, dass die Rückfallquote von suchtkranken Arbeitnehmern geringer ist als Vergleichszahlen von Arbeitslosen. Damit kann der betrieblichen

Suchtprävention eine besondere Bedeutung zugesprochen werden.

In der untersuchten Rehabilitationsklinik traten immer wieder alkoholbedingte Einzelfallkrisen auf. Des Weiteren war ein hoher Krankenstand von bis zu 29 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) in einzelnen Berufsgruppen pro Jahr und Mitarbeiter, im Vergleich zu einem durchschnittlich niedrigen Krankenstand von 14,3 AU-Tagen, festzustellen. Dies war der Ausgangspunkt für erste konzeptionelle Überlegungen zur Entwicklung eines betrieblichen Präventionsprogramms mit dem Schwerpunkt Suchterkrankungen [7].

Für die Suchtprävention ist eine vorangehende wissenschaftlich fundierte und professionelle Evaluation sinnvoll, da eine solche Analyse Basisdaten zur Häufigkeit von Suchterkrankungen und anderen relevanten Risikogruppen liefern kann. In der Regel wird noch immer eine fundierte Istanalyse vor der Konzeption und Implementierung von gesundheitlichen Präventionsmaßnahmen vernachlässigt [13].

Fragestellung. Die einzelnen Schritte des gesamten Projektes umfassten die wissenschaftliche Voruntersuchung der Beschäftigten der Rehabilitationsklinik (2004), darauf aufbauend die Konzeption und Implementierung von Gesundheitspräventionsbausteinen mit dem Schwerpunkt Alkoholprävention und die Nachuntersuchung (2007) [6, 7].

Die Evaluationsstudie von 2007 ging schwerpunktmäßig der Frage nach, wie hoch der Alkoholkonsum des Klinikpersonals 2007 ist und ob bzw. inwiefern sich der Alkoholkonsum der Mitarbeiter im Vergleich zur Studie von 2004 verändert hat. Die zentrale Hypothese besagt hierbei, dass die Alkoholkonsumwerte (gemessen mit dem AUDIT) des Klinikpersonals im Jahr 2007 im Vergleich zum Jahr 2004 gesunken sind. Es wurde damit das Ziel verfolgt, Belege für oder gegen die Wirksamkeit des Präventionsprogramms der Rehabilitationsklinik und Anhaltspunkte für die Modifikation zu finden. Außerdem wurde u.a. untersucht, inwiefern ein Zusammenhang zwischen den Alkoholkonsumwerten und der beruflichen Zufriedenheit besteht. Des Weiteren waren Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der Alkoholkonsum- und Nikotinabhängigkeitswerte, genauso wie die Häufigkeiten der Nikotinabhängigkeitswerte selbst, von Interesse [10].

Methodik

Voruntersuchung

Da die Daten als Basis zur Konzeption eines Gesundheitspräventionsprogramms genutzt werden sollten, wurden verschiedene relevante Themen abgefragt: Der gesamte Fragebogen umfasste 100 Fragen [6]. Für die Themen Alkohol- und Niko-

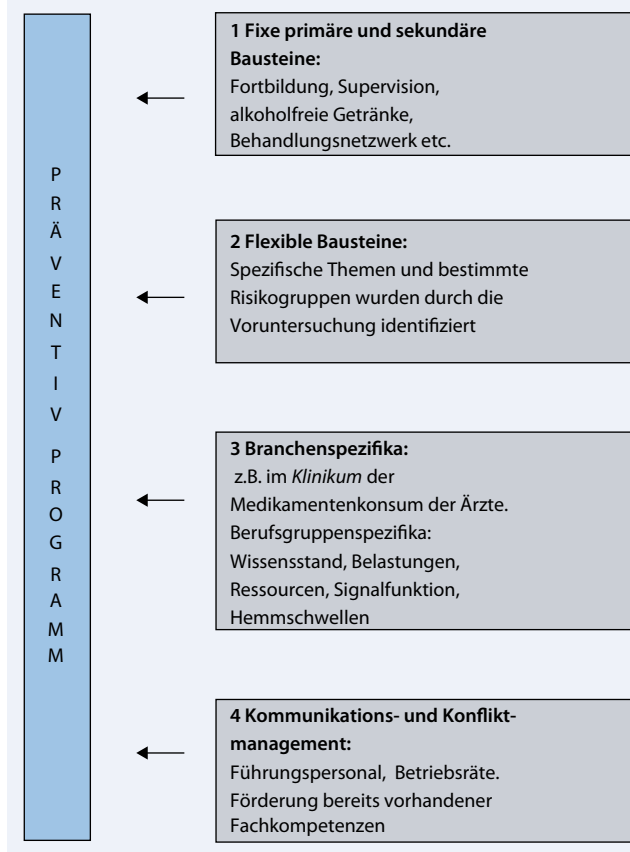


Abb. 1 Das Präventionsmodell

tinkonsum, ebenso wie für die Fragen zu den körperlichen und psychischen Beschwerden wurden standardisierte Fragebögen genutzt (z. B. Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit [3], AUDIT für Alkoholstörungen [14], B-L von Zerssen für die psychischen und körperlichen Beschwerden [21]). Zu folgenden Themen wurden zusätzliche Items integriert: Medikamentenkonsum, Essstörungen, berufliche, private und körperliche Zufriedenheit, soziale Einbindung, Familienstand, Alter, Geschlecht, Schulbildung.

Da bei dem untersuchten Thema „Alkoholkonsum“ mit sozial erwünschten Antworten zu rechnen war, wurde mittels standardisiertem Fragebogen (Subskala des Freiburger Persönlichkeitsinventars, FPI [8]) entsprechende Kontrollfragen eingebaut.

Die wichtigsten Ergebnisse der Voruntersuchung wurden in dieser Zeitschrift bereits veröffentlicht [7].

Fazit der Voruntersuchung

Die Studie lieferte eine Vielzahl von wichtigen Befunden hinsichtlich der Häufigkeit von Suchtstörungen und anderer ge-

sundheitsrelevanter Faktoren, die im betrieblichen Alltag negative Auswirkungen haben können, aber nicht bekannt waren: So wurden zum Beispiel die jungen (weiblichen) Beschäftigten als Risikogruppe mit einer Vielzahl relevanter Themen (Alkoholkonsum, Essstörungen, berufliche Unzufriedenheit) identifiziert.

Diese Tatsache macht deutlich, wie wichtig es ist, vor der Konzeption und Implementierung von Gesundheitspräventionsprogrammen eine fundierte Voruntersuchung (Istanalyse) durchzuführen, um auf diese Faktoren eingehen und spezifischer auf die Häufigkeit von einzelnen Suchterkrankungen und bestimmter Risikoprofile reagieren zu können.

Gesundheitspräventionsprogramm

Neben den (A) in der Literatur bekannten Charakteristika von Präventivprogrammen [9], wurden, unter (B) Berücksichtigung der Spezifika des Kontextes Reha-Klinik [15], (C) die Ergebnisse der Studie [6] genutzt, um ein für die Reha-Klinik kompatibles Präventionsprogramm zu konzipieren und zu implementieren.

Auf der Basis der Punkte A, B und C wurden in den Jahren 2004 und 2005 ein unternehmensspezifisches Präventivmodell konzipiert und implementiert, das im Wesentlichen aus 4 Bausteinen besteht (Abb. 1):

1. *Fixe Bausteine*, die aus primären, sekundären und tertiären Präventivbausteinen bestehen und bereits in anderen Unternehmen erfolgreich erprobt wurden, bilden die grobe Struktur (z. B. Betriebsvereinbarung zum Umgang mit Alkohol, Behandlungsnetzwerke, Supervision etc.).
2. *Flexible Bausteine* sind unternehmensspezifisch und werden aus der Datenerhebung und der Evaluation im Kontext der Unternehmensanalyse gebildet (z. B. gezielte Motivierung und Fürsorge von durch die Voruntersuchung identifizierten Risikogruppen, Themenvorträge, Themengesprächsgruppen etc.).
3. *Branchenspezifika* beziehen sich sowohl auf die erwähnten erhobenen Daten, als auch auf übergeordnete Erfahrungswerte (betrifft z. B. in Kliniken die Hemmschwelle des medizinischen Personals bez. der Teilnahme an gesundheitsrelevanten Fortbildungen oder die bedarfsspezifischen Angebote in Handwerksbetrieben etc.).
4. *Coaching* bzw. das Training der Führungskräfte ist von übergeordneter Bedeutung. Ohne die Konsensbildung der gesamten Geschäftsleitung und der Mitarbeitervertretung und deren Fähigkeit, das Personal professionell zu motivieren und Konflikte zu kommunizieren, sind sämtliche andere Bemühungen kaum umsetzbar.

Konkrete Umsetzung

Die unterschiedlichen dargestellten Bausteine wurden in differenzierter Form implementiert: Es gab Maßnahmen, von denen

- a) sämtliche Beschäftigte profitierten konnten (gemeinsame Konzeption eines Klinikleitbildes durch Arbeitskreise, gesundheitsrelevante Vorträge durch interne Referenten, ein generelles Alkoholverbot, eine Dienstvereinbarung zum transparenten Umgang mit suchtauffälligen Mitarbei-

Hier steht eine Anzeige.



Nervenarzt 2009 · 80:305–314 DOI 10.1007/s00115-008-2590-3
© Springer Medizin Verlag 2008

M. Ennenbach · B. Gass · H. Reinecker · M. Soyka

Wirksamkeit betrieblicher Suchtprävention. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung

Zusammenfassung

Im Jahr 2004 wurde vor der Implementierung eines betrieblichen Suchtpräventionsprogramms eine anonymisierte Istanalyse verschiedener gesundheits- und suchtrelevanter Faktoren an den Beschäftigten einer Rehabilitationsklinik in Bayern durchgeführt. Eine Nachuntersuchung erfolgte 2007.

Die Voruntersuchung diente als Grundlage der Entwicklung eines betrieblichen Präventionsprogramms und die Ergebnisse über den Alkoholkonsum, Nikotinkonsum, beruflicher, privater und körperlicher Zufriedenheit etc. flossen in vielfältiger Weise in das Präventionsprogramm der Klinik ein. Unter Berücksichtigung der in der Literatur bekannten Charakteristika erfolgreicher Präventionsprogramme wurden die Ergebnisse der Studie genutzt, um ein für die Rehabilitationsklinik spezifisches, kompatibles Präventionsprogramm, zu implementieren. In der Voruntersuchung wurden beispielsweise die weiblichen Mitarbeiter als Risikogruppen identifiziert, weshalb das Präventionsprogramm mit

spezifischen Vorträgen, Selbstbehauptungs- und Stressbewältigungstrainings besonders diese Gruppe berücksichtigte.

In der Follow-up-Studie, die sich primär auf den Alkoholkonsum konzentrierte, konnten 3 Jahre später mittels T-Tests Belege für die zentrale Hypothese gefunden werden, dass der Alkoholkonsum der Beschäftigten im Jahr 2007 im Vergleich zum Jahr 2004 gesunken ist. Der Mittelwert der Teilnehmer bezüglich der Alkoholkonsumwerte aus beiden Studien ist signifikant gesunken. Die Daten zeigen, dass der Mittelwert für die berufliche Zufriedenheit signifikant 3 Jahre nach der Einführung des Präventionsprogramms gestiegen ist.

Die Ergebnisse liefern Hinweise, dass suchtspezifische Präventivmaßnahmen im Betrieb möglich und effektiv sein können.

Schlüsselwörter

Sucht · Alkohol · Nikotin · Betrieb · Prävention · Evaluation

Efficiency of an alcohol addiction prevention program at the workplace. Results of an empirical study

Summary

Following an anonymous survey on health and substance use problems in 2004, a prevention program for workers at a Bavarian rehabilitation clinic was initiated. Its efficiency was evaluated by a follow-up study in 2007. The initial analysis had indicated a high rate of substance abuse. Young female employees had been identified as one of the risk groups for alcohol consumption and professional discontent. Based on these findings, a special prevention program was established. The fol-

low-up study revealed some improvements with respect to health and substance abuse, including a significant reduction in average alcohol consumption. These findings indicate that prevention programs at the workplace are both possible and effective.

Keywords

Addiction · Alcohol · Nicotine · Workplace · Prevention · Occupational medicine

tern, kostenloses Mineralwasser etc.) und Maßnahmen, von denen

- b) spezielle Beschäftigte und Berufsgruppen profitieren konnten (2 Tage Kommunikationstraining für die leitenden Angestellten von einer externen Agentur durchgeführt, regelmäßige, wöchentlich stattfindende Teamsitzungen für die helfenden Berufsgruppen, Zuweisung an Behandlungsnetzwerke für direkt Betroffene, Beratungsangebote für Koabhängige, Supervisionsangebote für belastete Kleingruppen und regelmäßig, im 3-Wochen-Takt stattfindende Supervisionen für die helfenden Berufsgruppen etc.)

Zur vollständigen Darstellung des Präventionsmodells s. [6].

Datenerhebung der Evaluationsstudie

Im Vorfeld der zweiten Studie wurden alle Angestellte mit Führungsverantwortung über die Studie per E-Mail informiert und darum gebeten, ihre jeweiligen Mitarbeiter zur Teilnahme zu motivieren. Der Fragebogen plus Anschreiben wurde anschließend an alle Beschäftigten über die interne Hauspost mit der Bitte verschickt, diesen ausgefüllt in einen frei zugänglichen Briefkasten zu werfen. Des Weiteren wurde durch Flyer in der Kantine und einer E-Mail des leitenden Psychologen um die Teilnahme an der Studie geworben.

Während des ganzen Prozesses wurde dem Klinikpersonal die Wahrung der Anonymität garantiert, was unter anderem auch die Voraussetzung für die Genehmigung der Studie durch die Geschäftsleitung und des Betriebsrates war. Von den 358 Mitarbeitern der Rehabilitationsklinik nahmen 187 (52,2%) an der Evaluationsstudie teil [10].

Messinstrumente der Nachuntersuchungsstudie

Entscheidend für die Auswahl der Messinstrumente war, dass die Daten dieser Evaluationsstudie (2007) mit denen der Studie aus dem Jahr 2004 [6] vergleichbar sind, um auf diese Weise eine möglichst

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 1 AUDIT-Mittelwerte der Versuchsteilnehmer (Klinikpersonal) 2004 und 2007

| | 2004 | 2007 |
|-------------------|------|------|
| AUDIT-Mittelwerte | 3,62 | 2,99 |

hohe interne Validität zu gewährleisten [10]. Deshalb wurden für die Untersuchung 2007 die Messinstrumente analog zur Studie von 2004 verwendet. Es wurden sowohl die gleichen Items von 2004 herangezogen als auch deren Reihenfolge beibehalten. Der einzige Unterschied bestand darin, dass der Fragebogen in der Nachuntersuchung dem Klinikpersonal in gekürzter Version (24 Items) vorgelegt wurde [10].

Der Fragebogen dieser Evaluationsstudie setzte sich aus folgenden Messinstrumenten zusammen [10]:

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. Der AUDIT ist ein Fragebogen zur Screening-Diagnostik von alkoholbezogenen Störungen (Konsummenge, Konsumverhalten, Begleitaufekte, soziale Auswirkungen). Er wurde im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt, um Personen mit riskantem Alkoholkonsum zu identifizieren. Bei jedem der 10 Items ist ein Punktwert zwischen 0 und 4 erreichbar (je höher der AUDIT-Wert, desto höher die Alkoholgebrauchsstörung). Rist et al. [14] differenzieren, dass eine optimale Relation von Sensitivität und Spezifität bei einem Cut-off-Wert von 4 bei Frauen und 7 bei Männern und 5 für die Gesamtgruppe gegeben ist.

FTNA: Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit. Der Nikotinkonsum wurde mit der deutschen Version (FNTA) des originalen Fagerström Test for Nicotin Dependency (FTND) evaluiert. Der FTND ist eine Weiterentwicklung des Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ). Der FTNA besteht aus 6 Fragen, die auf 2- bis 4-stufigen Skalen beantwortet werden können. Bei der Auswertung wird ein Summenscore gebildet, der eine Graduierung der Nikotinabhängigkeit von keiner/sehr geringer (0–2 Punkte) bis zu einer sehr starken Nikotinabhängigkeit (8–10 Punkte) vornimmt [3].

Weitere Items. Zusätzlich zu den standardisierten Tests wurden 3 Items zur beruflichen, privaten und körperlichen Zufriedenheit eingebaut. Den Antwortmöglichkeiten wurden folgende Punktwerte zugeordnet: 0 gar nicht, 1 kaum, 2 mäßig, 3 stark. Des Weiteren wurden Items zum Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Familienstand und zum Nikotinkonsum integriert [10].

Auswertungsverfahren der Evaluationsstudie

Die Hypothesen wurden jeweils vor dem Hintergrund des Datenniveaus der Variablen und der spezifischen Zielsetzung überprüft. Bei der Datenanalyse des AUDIT-Scores, des FTNA-Scores und der Zufriedenheit (beruflich, privat und körperlich) wird vom Intervallniveau ausgegangen. Das Alter, das zur Sicherstellung der Anonymität in Gruppen abgefragt wurde, und der Schulabschluss sind ordinal skaliert. Das Datenniveau der Variablen Geschlecht, Familienstand und das des Items (Raucher/Nichtraucher) bewegt sich auf Nominalniveau. Für die Prüfung der Unterschiedshypothesen – beispielsweise, dass der Alkoholkonsum des Klinikpersonals gesunken ist – wurde der T-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Die Zusammenhangshypothesen wurden bei Intervallniveau mittels des Korrelationskoeffizienten nach Pearson und bei Ordinalniveau durch den Korrelationskoeffizienten nach Spearman überprüft. Die Auswertung des vorliegenden Alkoholkonsums der Probanden aus der Klinik erfolgte deskriptiv anhand von Häufigkeitsdarstellungen, Mittelwerten und Standardabweichungen.

Ergebnisse der Nachuntersuchung

Kooperation

An alle 358 Beschäftigte der Rehabilitationsklinik wurde jeweils ein Fragebogen per Hauspost geschickt. Von 187 Beschäftigten wurde der Fragebogen auswertbar in eine Briefkasten-Box anonym eingeworfen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 52,2%. Die 187 Teilnehmer der Studie setzten sich aus 141 Frauen (75%) und 45 Männern (24%) zusammen. Die-

se Relation entspricht dem Geschlechterverhältnis (3:1) der Grundgesamtheit aller Beschäftigten in der Klinik [10].

Die Kooperationsbereitschaft (gemessen an der Rücklaufquote) reduzierte sich im Vergleich zur Voruntersuchung 2004 [7] von 72,1% auf 52,2%. Der 2007 erreichte Datenrücklauf (52,2%) kann aber als noch zufrieden stellendes Resultat angesehen werden [10].

Senkung des Alkoholkonsums

Die Mitarbeiter, die im Jahr 2004 (n=217) an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben, weisen einen AUDIT-Mittelwert (M) von 3,62 bei einer Standardabweichung von 3,24 auf. (Der AUDIT misst das Alkoholkonsumverhalten (Konsummenge, Konsumverhalten, Begleitaufekte, soziale Auswirkungen). Die Gruppe der Teilnehmer von 2007 (n=184) hat einen Mittelwert von 2,99 und eine Standardabweichung von 2,85. Mit dem T-Test für Mittelwertgleichheit bei ungleichen Varianzen erhält man einen T-Wert von 2,07. Der Mittelwertsunterschied bei den Gruppen von 2004 und 2007 erwies sich als statistisch signifikant mit $p=0,04$, weshalb man von statistisch signifikant gesunkenen Alkoholkonsumwerten ausgehen kann. Somit wurden Belege für die zentrale Hypothese gefunden, dass die Alkoholkonsumwerte der Mitarbeiter 2007 im Vergleich zum Jahr 2004 gesunken sind [10] (■ **Tab. 1**).

Deskriptive Statistik der alkoholauffälligen Beschäftigten

Der Mittelwert des AUDIT-Scores der Probanden von 2007 liegt mit $M=2,99$ unter dem Trennwert von 5 Punkten [10], der die Schwelle für riskanten Konsum für beide Geschlechter angibt [14]. 78% (145) der Mitarbeiter aus der Stichprobe liegen unter diesem Cut-off-Wert, 21,2% (39) weisen einen höheren AUDIT-Score auf [10]. Wie in ■ **Tab. 2** dargestellt, überschreiten deutlich mehr weibliche Probanden (26%) den geschlechtsspezifischen Cut-off-Wert von 4 Punkten als die Männer (13,3%) ihren geschlechtsspezifischen Schwellenwert von 7 Punkten [14].

Wie in ■ **Tab. 3** dargestellt, erzielten 2004 noch 26% der Studienteilnehmer

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 2 Durch den AUDIT ermittelte Alkoholauffällige 2007

| | Frauen | Männer |
|--|--------|--------|
| AUDIT-Werte über dem geschlechtsspezifischen Grenzwert | 26% | 13,3% |

Tab. 3 Durch den AUDIT ermittelte Alkoholauffällige 2004 und 2007

| | 2004 | 2007 |
|--|------|------|
| AUDIT-Werte über den geschlechtsspezifischen Grenzwerten | 26% | 23% |

Tab. 4 Mittelwerte der beruflichen Zufriedenheit 2004 und 2007

| | 2004 | 2007 |
|--------------------------|------|------|
| Mittelwerte ^a | 2,09 | 2,36 |

^aPunktwert: 0=gar nicht, Punktwert 3=stark zufrieden.

Tab. 5 Raucheranteil im Klinikum 2004 und 2007^a

| | 2004 | 2007 |
|--------------|-------|-------|
| Raucher | 21,4% | 22,6% |
| Nichtraucher | 78,6% | 77,4% |

^aErmittelt über dichotomes Item: Rauchen ja oder nein.

Tab. 6 Arbeitsunfähigkeitstage aller Beschäftigten 2004 und 2007

| | 2004 | 2007 |
|---------------------------|------|------|
| Tage pro Jahr/Mitarbeiter | 14,3 | 11,6 |

und Teilnehmerinnen erhöhte AUDIT-Werte, so waren es 2007 noch 23%. Dabei ist anzumerken, dass es sich dabei *nicht* um die klinische Alkoholabhängigkeits- oder Alkoholmissbrauchsdiagnose handelt [10].

Erhöhung der beruflichen Zufriedenheit sämtlicher Beschäftigter

Aus der **Tab. 4** ist abzulesen, dass der Mittelwert der Probanden aus dem Jahr 2004 bei 2,09 (SD=0,85; n=215) für die berufliche Zufriedenheit (Skala von 0 „gar nicht zufrieden“ und 3 „sehr zufrieden“) liegt. Im Vergleich dazu weist die Gruppe der teilnehmenden Mitarbeiter von 2007 einen statistisch signifikanten (p=0,001) Unterschied mit einem Mittelwert von 2,36 auf. Der T-Wert beträgt -3,44. In der Grundgesamtheit der Klinikmitarbeiter

kann demnach von einer etwas gestiegener beruflicher Zufriedenheit ausgegangen werden.

Nikotinabhängigkeit der Beschäftigten

Die Auswertung des FTNA ergab, dass die Senkung des Mittelwertes der Nikotinabhängigkeit im Zeitraum zwischen 2004 (n=216) und 2007 (n=178) von 0,61 (SD=1,70) auf 0,43 (SD=1,40) statistisch nicht signifikant war. Die **Tab. 5** zeigt die Relationen zwischen Rauchern und Nichtrauchern unter den Beschäftigten. Bei einer geschlechtsspezifischen Auswertung der Daten zeigen die Ergebnisse, dass die Frauen einen statistisch signifikant (p=0,005) höheren Nikotinabhängigkeitsmittelwert (M=0,55/SD=1,57) als die Männer (M=0,09/SD=0,57) aufweisen. Der T-Wert beträgt 2,83. Insgesamt bewegen sich die Mittelwerte bezüglich der Nikotinabhängigkeit auf einem sehr niedrigem Niveau [10], da ein Summenscore zwischen 0 und 2 Punkten als keine oder geringe Abhängigkeit eingestuft werden kann [3].

Sowohl bei der Vor- als auch bei der Nachuntersuchung zeigte sich, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung [12], ein unterdurchschnittlicher Nikotinkonsum bei den Beschäftigten der Klinik.

Senkung der Arbeitsunfähigkeitstage

Von 2004 bis 2007 konnte eine deutliche Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage der Mitarbeiter pro Jahr um 19,6% beobachtet werden. Das bedeutete eine Senkung von insgesamt 2,7 AU-Tagen pro Jahr und Mitarbeiter von 14,3 AU-Tagen auf 11,6 (**Tab. 6**). Für das Gesamtunternehmen (ca. 350 Beschäftigte) reduzierten sich also die Krankheits- und Fehlzeiten im einem Jahr um rund 980 AU-Tage.

Diskussion

An dieser Stelle soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass die multiplen betriebswirtschaftlichen und psychosozialen Schäden nicht alleine auf den relativ kleinen Prozentsatz der Alkoholkranken rückführbar sind. Rummel et al. [16]

bestätigen, dass nicht die Minorität der schwer Alkoholabhängigen die meisten betrieblichen Probleme erzeugen, sondern die größere Gruppe der Gering- und Risikokonsumenten.

Das gesamte Spektrum des Alkoholkonsums, vom geringen bis zum süchtigen Konsum, am Arbeitsplatz ist von enormer Bedeutung, z. B. im Hinblick auf die Arbeitssicherheit und versicherungstechnische Hintergründe. Bislang haben sich Präventionsansätze weitgehend auf gesellschaftliche und politische Interventionen, also auf die Makroebene konzentriert [20], während betriebliche Ansätze eher vernachlässigt wurden. Leider gibt es momentan nur wenige Präventionsmaßnahmen mit vorausgegangener Evaluation und Katamnese [13]. Andere Studien [2, 5] berechnen die Effekte von Kurzzeiteinterventionen (z. B. Tagesseminare für leitende Angestellte und 4- bis 8-stündige Trainings für Beschäftigte).

Das dargestellte Projekt verdeutlicht, dass eine strukturierte Umsetzung von Präventionsbemühungen sinnvoll ist: Eine qualifizierte Voruntersuchung bringt die dringend notwendigen Detailinformationen und bildet ein stabiles Fundament für die Konzeption und Implementierung von Präventivbausteinen. Die Nachuntersuchung dient der Qualitätssicherung und kann dazu beitragen vorhandene Defizite aufzuzeigen.

Die Ergebnisse liefern Hinweise, dass Präventionsbemühungen nicht nur gesundheitspolitisch, sondern auch unternehmerisch lohnenswert sind. Damit bietet sich für Unternehmen die Möglichkeit zur Kostensenkung und Effektivitätssteigerung bei gleichzeitiger Förderung des „Betriebsklimas“ und des Gesundheitsstatus der Beschäftigten. Es konnten Anhaltspunkte gefunden werden, dass beispielsweise durch eine mögliche Senkung der Arbeitsunfähigkeitstage die Betriebskosten gesenkt werden können.

Die positiven geschilderten Veränderungen sind das Produkt einer dynamischen und hochkomplexen betrieblichen Infrastruktur. Dementsprechend lassen sich die Ergebnisse nicht monokausal auf einzelne Präventivmaßnahmen zurückführen. Aufgrund des Untersuchungsdesigns lassen sich nur Aussagen über die Grundgesamtheit der Beschäf-

tigten bzw. über die Probanden aus der Stichprobe der untersuchten Rehabilitationsklinik treffen [10]. Die Ergebnisse können nicht ohne weiteres auf andere Kliniken übertragen werden [10]. Insbesondere fehlen größere wissenschaftlich erhobene Daten aus dem Klinikkontext, um Vergleichsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen [15]. Den Autoren wurden leider auf Anfrage auch keine entsprechenden Daten aus vergleichbaren Kliniken zur Verfügung gestellt. Diesem Punkt könnte man durch das Hinzuziehen von Kontrollgruppen entgegenwirken, was allerdings im Rahmen dieses Projektes nicht möglich war. Durch die nicht vorhandenen Kontrollgruppen (z. B. in vergleichbaren anderen Kliniken ohne Präventionsprogramm) ist es schwierig, die vielfältigen Ergebnisse der vorliegenden Studie zu interpretieren [10]. In dem Zeitraum zwischen der Ersterhebung 2004 und der Nachuntersuchung von 2007 hat sich auch die Personalstruktur beispielsweise durch Pensionierung und Neueinstellungen verändert, was Einfluss auf die gemessenen Ergebnissen genommen haben kann [10].

Bei der Interpretation der Daten, insbesondere zum Alkoholkonsum, sollte berücksichtigt werden, dass ein entsprechendes Alkoholverbot die Ausprägungen verändert. Ein solches Verbot bestand allerdings schon vor der ersten Voruntersuchung.

Differenziertere, individualisierte Aussagen über die Wirkung eines Präventionsprogramms, insbesondere über die Veränderung der Alkoholkonsumwerte, könnten formuliert werden, wenn eine Berechnung mit abhängigen Stichproben möglich wäre. Dafür hätte beispielsweise für jeden Beschäftigten ein Code vergeben werden müssen, der eine anonymisierte Wiederholungsmessung an jeder Versuchsperson ermöglicht hätte. Einem solchen Vorgehen hätte jedoch die für die Realisierung des Projektes notwendige Zustimmung des Betriebsrates gefehlt. Des Weiteren hätte durch die Vergabe eines Codes die Teilnahmemotivation der Mitarbeiter deutlich verringert werden können [10].

Die Daten wurden mittels Fragebogen erhoben, so dass sämtliche Aspekte/Probleme der Selbstbeschreibung von Ver-

suchspersonen eingerechnet werden müssen. In der Voruntersuchung 2004 [6, 7] konnte jedoch durch Items der Subskala für Offenheit aus dem Freiburger Persönlichkeitsinventar belegt werden, dass die Versuchsteilnehmer ausreichend offen antworten, auch z. B. in der Subgruppe mit den erhöhten AUDIT-Werten.

Über Hintergründe für die Senkung der kooperativen Teilnehmerzahl von 72% aus dem Jahr 2004 auf 52% im Jahr 2007 kann nur spekuliert werden. Es ist anzumerken, dass für die Nachuntersuchung keine öffentliche Ankündigung in der Betriebsversammlung erfolgte, wie es bei der Voruntersuchung praktiziert wurde. Dies könnte ebenso Einfluss gehabt haben wie, dass in der ersten Studie ein Mitarbeiter um die Kooperationsbereitschaft seiner Kollegen warb [10]. Möglich ist auch, dass die Beschäftigten mit einer chronischen Alkoholproblematik, häufiger dazu tendieren, ihre Sucht zu verleugnen und an der zweiten Befragung nicht teilnahmen. Auch diesem Einwand könnte durch die Arbeit mit abhängigen Stichproben begegnet werden. Eine Ausschöpfungsquote bei schriftlichen Befragungen zum Thema psychoaktive Substanzen in Deutschland ist durchschnittlich zwischen 54% und 66% zu erwarten [13], weshalb auch die Quote der zweiten Studie noch als zufrieden stellend angesehen werden kann.

Eine Möglichkeit, die gestiegene berufliche Zufriedenheit besser interpretieren zu können, wäre die Verwendungen von standardisierten Fragebogeninstrumenten zur Erfassung von Zufriedenheit gewesen [10].

Die Ergebnisse des Alkoholkonsums zeigen geschlechtsspezifische Differenzen. Dabei ist anzumerken, dass der Cut-off für die weiblichen Versuchsteilnehmerinnen mit dem Wert 4 als sehr niedrig einzustufen ist. (Beispielsweise erhält eine Frau 2 Punkte wenn sie 2- bis 4-mal im Monat Alkohol trinkt [Trinkmenge ist unerheblich] und weitere 2 Punkte, wenn sie sich deshalb einmal im Monat schuldig fühlt). Eine Erhöhung des Cut-off-Wertes um nur einen Punktwert, würde die Ergebnisse bez. Geschlechterverteilung und Ausprägung völlig verändern und auch zu einer erhöhten Sensitivität des Fragebogens führen. Für die vorliegende Studie

war allerdings eine möglichst hohe Spezifität wichtiger, um möglichst viele Beschäftigte mit noch nicht pathologischen Konsumverhalten zu erfassen.

Die Erkenntnis, dass Präventionsbemühungen nicht nur der Fürsorgepflicht des Unternehmens obliegen, sondern auch messbaren betriebswirtschaftlichen Nutzen bringen kann, muss fachkompetent (u.a. der Geschäftsleitung) vermittelt werden.

Neben den verschiedenen technischen Details liegt der deutliche Schwerpunkt bei der Motivierung und Kompetenzstärkung sämtlicher leitender Angestellter. Diese haben im Unternehmen eine herausgehobene Signalwirkung auf alle anderen Beschäftigten.

Studien belegen [15], dass leitende Angestellte im Gesundheitswesen (im Unterschied zu ihren Kollegen aus der „freien Wirtschaft“) oftmals nicht über die notwendigen Personalmanagement- und Führungskompetenzen (Kommunikations-, Motivierungs- und Konfliktmanagementfähigkeiten) verfügen. Dementsprechend sollte ein wesentlicher Schwerpunkt betrieblicher Präventionsbemühungen, insbesondere im Sozial- und Gesundheitswesen, beim Führungskräfte- und Konfliktmanagementtraining (Kommunikations- und Konfliktmanagementtraining) liegen.

Die betriebliche Gesundheitsprävention ist allerdings nicht nach einer Einführungsphase komplett abzuschließen, sondern stellt einen Prozess dar, der das Unternehmen in seiner Entwicklung begleitet und als Chance gesehen werden kann, um kontinuierlich wachsam und aufmerksam die Abläufe und Belange des Betriebes und seiner Beschäftigten zu verfolgen.

Korrespondenzadresse

Dr. M. Ennenbach

APD – Agentur für Präventivdesign
Karl-Böhmbach-Straße 6, 82362 Weilheim
drennenbach@aol.com

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Babor TF et al. (2005) Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut, Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe, Göttingen

2. Bennett JB, Lehman WE (2001) Workplace substance abuse prevention and help seeking: comparing team-oriented and information training. Institute of Behavioral Research, Texas Christian University, Fort Worth 76129, USA. J Occup Health Psychol 6(3): 243–254
3. Bleich S, Havemann-Reinecke U, Kornhuber J (2002) Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit. Beltz Test GmbH Göttingen
4. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg) (1996) Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken Alkohol-Drogen-Medikamente, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt
5. Croissant B, Klein O, Löber S, Mann K (2004) Drug addiction prevention in the working place – feasibility study in a company from the chemical industry. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, J5, Mannheim. Gesundheitswesen 505–510
6. Ennenbach M (2006) Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum im betrieblichen Kontext einer Rehabilitationsklinik. Verfügbar unter: <http://edoc.ub.uni-muenchen.de/archive/00005328/>
7. Ennenbach M, Soyka M (2007) Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum. Nervenarzt 78(5): 530–535
8. Fahrenberg J, Hampel R, Selg H (1994) Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R. 6. ergänzte Aufl. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen
9. Fuchs R, Rainer L, Rummel M, Schönherr (1998) In: Fuchs R, Rainer L, Rummel M (Hrsg) Betriebliche Suchtprävention. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen
10. Gass B (2007) Alkoholkonsum von Klinikpersonal – Evaluation eines Präventionsprogramms. Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Unveröffentlichte Diplomarbeit
11. Herbst K, Schumann J, Kraus L (1994) Zusatz- und Kontrolluntersuchung im Rahmen der Bundesstudie: Repräsentativerhebung zum Konsum und Missbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. IFT-Berichte 73, Institut für Therapieforchung, München
12. Jahrbuch Sucht (2006) Neulandverlag, Geesthacht
13. Puls W (2003) Arbeitsbedingungen, Stress und der Konsum von Alkohol. Theoretische Konzeptionen und empirische Befunde. Habilitationsschrift. Leske u. Budrich, Opladen
14. Rist F, Scheuren B, Demmel R et al. (2003) Der Münsteraner Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-G-M). In Glöckner-Rist A, Rist F, Küfner H (Hrsg) Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen
15. Rummel M, Bellabarba J (1998) In: Fuchs R, Rainer L, Rummel M (Hrsg) Betriebliche Suchtprävention. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen
16. Rummel M, Rainer L, Fuchs R (2004) Alkohol im Unternehmen. Praxis der Personalpsychologie. Hogrefe, Göttingen
17. Seifert T (1999) Starke Kinder sagen nein – so schützen Sie Ihr Kind vor Suchtgefahren. Seifert Midena-Verlag, München
18. Soyka M (1997) Alkoholismus. Eine Krankheit und ihre Therapie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart
19. Soyka M (1999) Alkoholabhängigkeit. In: Schäfer-Korting (Hrsg) Grundlagen und Therapie. Springer, Heidelberg
20. Soyka M, Küfner H (2008) Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. 6. Aufl. Thieme, Stuttgart (im Druck)
21. Zerssen DV, Koeller DM (1976) Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). Die Beschwerdeliste. Beltz Test Gesellschaft mbH, Weinheim

NSF-Forschungspreis 2009

Der Norddeutsche Suchtforschungsverbund lobt den NSF-Forschungspreis für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Suchtmedizin für das Jahr 2009 aus.

Mit diesem Preis werden hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der klinischen Forschung über substanzgebundene Abhängigkeiten prämiert.

Die Bewerbungen sind nicht auf ÄrztInnen oder Dipl.-PsychologInnen begrenzt. Auch Forschergruppen können ausgezeichnet werden. Eingereicht werden können Arbeiten aus dem Bereich der klinischen Suchtforschung, die nicht länger als 2 Jahre publiziert oder noch unveröffentlicht sind und nicht durch einen anderen Preis bereits prämiert wurden oder hierzu eingereicht sind.

Der Einsendeschluss ist der 30.04.2009. Die BewerberInnen werden gebeten, ihre Arbeiten unter folgender Adresse einzureichen:

Frau Prof. Dr. U. Havemann-Reinecke
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des
Universitätsklinikum Göttingen
Von-Sieboldt-Str. 5
37075 Göttingen

*Quelle: Norddeutscher
Suchtforschungsverbund e. V.*