



RKW

Kompetenz-
zentrum



Expertise

„Betriebliche Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen“

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Autoren: Ingra Freigang-Bauer
Dr. Ferdinand Gröben
Gabriele Gusia

Impressum: RKW Kompetenzzentrum
Düsseldorfer Str. 40 A
65760 Eschborn

Stand: Mai 2013

Titelbild: Photocase, Bengelsdorf

Anmerkungen:

Die Expertise ist entstanden im Rahmen des Projekts „Hemmende und fördernde Faktoren betrieblicher Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen“, das vom Bundesministerium für Gesundheit von März 2012 bis Februar 2013 gefördert wurde. Das Projekt wurde vom RKW Kompetenzzentrum, Eschborn, der Gesellschaft für Personaldienstleistungen mbH, Kassel, und Dr. Ferdinand Gröben, Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung durchgeführt.

Unser Dank gilt allen Unterstützern des Projekts, insbesondere der Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution und der Berufsgenossenschaft Holz und Metall für die Unterstützung der Befragungen. Sehr hilfreich war auch der projektbegleitende Expertenkreis, der seine Praxiserfahrungen und wertvolle Anregungen in die Expertise eingebracht hat.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir möchten deshalb darauf hinweisen, dass diese Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	7
2	Einleitung.....	8
2.1	Betriebliche Suchtprävention	8
2.2	Ziel des Projekts	10
3	Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	11
3.1	Literaturanalyse	11
3.2	Unternehmensbefragung.....	13
3.3	Mitarbeiterbefragung.....	15
3.4	Expertenkreis und -interviews.....	16
4	Ergebnisse.....	19
4.1	Stand der betrieblichen Suchtprävention in KKU	19
4.1.1	Literaturrecherche	19
4.1.2	Unternehmensbefragung.....	34
4.1.3	Mitarbeiterbefragung	40
4.1.4	Qualitative Interviews und Expertenkreis.....	44
4.2	Hemmende und fördernde Faktoren.....	47
4.2.1	Literaturrecherche	47
4.2.2	Unternehmensbefragung.....	59
4.2.3	Mitarbeiterbefragung	62
4.2.4	Qualitative Interviews	65
5	Diskussion der Ergebnisse.....	70
6	Thesen für ein Präventionskonzept	76
6.1	Stand der Umsetzung betrieblicher Suchtprävention.....	76
6.2	Hemmende Faktoren bei der Umsetzung von Suchtprävention – auf betrieblicher Ebene.....	77
6.3	Hemmende Faktoren bei der Umsetzung von Suchtprävention – auf regionaler oder überbetrieblicher Ebene.....	80
6.4	Fördernde Faktoren von betrieblicher Suchtprävention – auf betrieblicher Ebene.....	82

7	Empfehlungen für ein Präventionskonzept.....	84
7.1	Vernetzung	84
7.2	Informationen.....	85
7.3	Transferkooperation.....	86
7.4	Diskussion von Suchtpräventionskonzepten	87
7.5	Themenmarketing.....	88
8	Zitierte und weiterführende Literatur	89
9	Anhang / Anlagen	I

Abkürzungsverzeichnis

BG	Berufsgenossenschaft
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGHM	Berufsgenossenschaft Holz und Metall
BGHW	Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KKU	Kleinst- und Kleinunternehmen
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln (Unternehmerbefragung) .36	
Abbildung 2: Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Mitarbeiterbefragung).....40	
Abbildung 3: Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln (Mitarbeiterbefragung)41	
Abbildung 4: Vereinbarungen zum Suchtmittelkonsum (Vergleich Mitarbeiter- und Unternehmerbefragung)43	
Abbildung 5: Gründe für das Ablehnen von Suchtprävention (Unternehmerbefragung)59	
Abbildung 6: Gründe für das Einführen von Suchtprävention (Unternehmerbefragung)60	
Abbildung 7: Notwendigkeit, das Thema stärker im Betrieb zu verankern (Unternehmerbefragung)61	
Abbildung 8: Betriebliche Hindernisse für Suchtprävention (Mitarbeiterbefragung).....63	
Abbildung 9: Informationswege der Mitarbeiter zu Gesundheitsthemen (Mitarbeiterbefragung)64	
Abbildung 10: Notwendigkeit, das Thema stärker im Betrieb zu verankern (Mitarbeiterbefragung)65	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unternehmen, deren Umsatz und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland laut Unternehmensregister (IfM Bonn 2012) 9	
Tabelle 2: Suchkriterien der Literaturrecherche12	
Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe – Unternehmerbefragung.....14	
Tabelle 4: Beschreibung der Stichprobe – Mitarbeiterbefragung16	
Tabelle 5: Literatúrauswahl zum Stand betrieblicher Suchtprävention20	
Tabelle 6: Vereinbarungen zum Suchtmittelkonsum (Unternehmerbefragung)35	
Tabelle 7: Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln (Unternehmerbefragung)36	
Tabelle 8: Betriebliche Gesundheitsförderung in den Betrieben (Unternehmerbefragung).....37	
Tabelle 9: Handlungsfelder betrieblicher Gesundheitsförderung (Unternehmerbefragung)38	
Tabelle 10: Vereinbarungen zum Suchtmittelkonsum (Mitarbeiterbefragung)42	
Tabelle 11: Literatúrauswahl zu hemmenden und fördernden Faktoren47	

1 Zusammenfassung

In größeren Unternehmen ist betriebliche Suchtprävention ein fest etabliertes Modul des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In Kleinst- und Kleinunternehmen (KKU) mit bis zu 19 Mitarbeitern sind präventive Ansätze bislang kaum vorzufinden.

Aus diesem Grund gab die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012 eine Studie in Auftrag mit dem Ziel, hemmende und fördernde Faktoren der betrieblichen Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen zu untersuchen. Das RKW Kompetenzzentrum hat gemeinsam mit der Gesellschaft für Personaldienstleistungen und Dr. Ferdinand Gröben anhand von Unternehmens- und Mitarbeiterbefragungen sowie Experteninterviews detaillierte Erkenntnisse zum Stand der betrieblichen Suchtprävention in dieser schwer erreichbaren Unternehmensgröße gewonnen. Dabei konzentrierte sich die Studie auf den Einzelhandel und den Metallbereich, da diese Branchen das zentrale Spektrum des kleinst- und kleinbetrieblichen Bereichs widerspiegeln.

Die mit verschiedenen Analysemethoden gewonnenen Ergebnisse zeigen, dass Suchtprävention bei KKU noch in den „Kinderschuhen“ steckt. Häufig sind präventive Ansätze lediglich Vereinbarungen zum Umgang mit Suchtmitteln im Betrieb, wie es die Arbeitsstättenverordnung oder berufsgenossenschaftliche Vorschriften vorsehen. Darüber hinaus gehende strategische Ansätze hatten auch die befragten Experten bislang in diesem Betriebsgrößenbereich noch nicht vorgefunden.

Insgesamt fünf Empfehlungen wurden aus den Ergebnissen abgeleitet, um das Thema auch in Kleinst- und Kleinunternehmen stärker voranzutreiben:

1. Einbindung von Suchtprävention in das betriebliche Gesundheits- oder Qualitätsmanagement und die Vernetzung der Träger der Suchtprävention mit diesen betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren.
2. Entwicklung von praxismgerechten und einfach zugänglichen Informations- und Handlungshilfen zur individuellen und betrieblichen Suchtprävention für Führungskräfte, (Sicherheits-)Beauftragte und Beschäftigte in KKU.
3. Entwicklung von überbetrieblichen, kooperativen Informations-, Ausbildungs- und Transferstrategien, um KKU zu erreichen.
4. Diskussion von an Strukturen ansetzenden Suchtpräventionskonzepten und Auslotung der Potenziale von institutionsübergreifenden Netzwerken.
5. Stärkung der öffentlichen und betrieblichen Aufmerksamkeit durch Fokussierung des Informationsangebots zur betrieblichen Suchtprävention, gezielte Nutzung vorhandener fachlicher Ressourcen zur Suchtprävention.

2 Einleitung

Die Themen Unfallverhütung, Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt können in Deutschland auf eine lange Tradition zurückblicken. Das Handlungsfeld der betrieblichen Suchtprävention steht in diesem Kontext seit Ende der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts im Fokus. Suchtprobleme durch einen schädlichen Konsum von Alkohol, Nikotin, Medikamenten oder illegalen Drogen spielen auch in der Arbeitswelt eine Rolle; deren betriebliche Relevanz wurde von Epidemiologen, Gesundheitswissenschaftlern und dem Arbeitsschutz erkannt und sind seither Anlass für Anstrengungen, im Setting Betrieb Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, zu etablieren und zu verstetigen.

2.1 Betriebliche Suchtprävention

Suchtprobleme gehen dabei nicht nur für die Betroffenen und deren Familien mit erheblichen negativen Begleitumständen einher, sie verursachen auch immense volkswirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Kosten. Auf betrieblicher Ebene bedeutet dies, dass Beschäftigte mit Suchtproblemen durch erhöhte Fehlzeiten, mangelndes berufliches Engagement oder Leistungseinbußen auffallen können und zudem die Arbeitssicherheit gefährden.

Die betriebliche Suchtproblematik wurde in Unternehmen¹ – mit der Unterstützung von verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen – bereits Mitte der 70er Jahre angegangen. 1978 griff die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren das Thema erstmals im Rahmen einer wissenschaftlich-praktischen Fachkonferenz auf (DHS 1989). Über die darauffolgende Entwicklung und die Beiträge der verschiedenen Akteure geben beispielhaft Wienemann und Müller (2005) in ihrer Expertise zu „Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen“ oder Rehwald und Kollegen (2012) im aktualisierten „Handbuch der IG Metall zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe“ Auskunft.

In etlichen größeren Unternehmen ist betriebliche Suchtprävention ein fest etabliertes Modul des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In einem Expertengespräch der Drogenbeauftragten (2011) mit Fachleuten aus Betrieben und der Suchthilfe bestand Einigkeit darüber, dass betriebliche Suchtprävention ein wichtiges Mittel sei, um

¹ Im Folgenden werden die Begriffe Unternehmen und Betrieb synonym verwendet.

Menschen verschiedener Altersgruppen und gesellschaftlicher Schichten für ein gesundheitsförderndes Verhalten zu gewinnen.

Auch im Kontext der Zunahme psychischer Erkrankungen gewinnt die Suchtproblematik an Bedeutung. Die Gesundheitsberichte der gesetzlichen Krankenversicherung weisen seit Jahren einen steigenden Anteil der psychischen Erkrankungen an der Gesamtheit des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens auf. Unter den Männern nahm die Erkrankungsgruppe „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ den dritten Rang innerhalb dieser Erkrankungsgruppe ein. 78,4 Prozent der Fälle standen dabei in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch (BKK Bundesverband 2012).

Obwohl die Fachwelt Suchtprävention als gesellschaftlich und betrieblich relevant einschätzt, belegen Studien, dass insbesondere Kleinst- und Kleinbetriebe (KKU) mit bis zu 49 Beschäftigten Probleme des Substanzmittelmissbrauchs sowie möglicher Präventionsmaßnahmen noch nicht angemessen behandeln (Beck 2011; Leuchter 2011; Lorenzl et al. 2008; Sczesny et al. 2011).

Wie bedeutend Kleinst- und Kleinunternehmen für die deutsche Wirtschaft sind, belegen Auswertungen des Instituts für Mittelstandsforschung (IfM) Bonn: 2010 waren nach der KMU-Definition der EU-Kommission 90 Prozent aller Unternehmen Kleinunternehmen mit bis zu neun Beschäftigten, weitere acht Prozent sind Unternehmen mit bis zu 49 Beschäftigten (Tabelle 1). Dabei beschäftigen die KKU rund ein Drittel aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

Tabelle 1: Unternehmen, deren Umsatz und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland laut Unternehmensregister (IfM Bonn 2012)

2010	Anzahl Unternehmen		Anzahl SV-Beschäftigte	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Kleinste Unternehmen (bis 9 Beschäftigte)	3.252.786	89,8%	3.913.310	15,2%
Kleine Unternehmen (bis 49 Beschäftigte)	283.912	7,8%	4.807.480	18,7%
Mittlere Unternehmen (bis 249 Beschäftigte)	66.269	1,8%	5.349.608	20,8%
Große Unternehmen (über 250 Beschäftigte)	17.609	0,5%	11.663.954	45,3%
Alle Unternehmen	3.620.576	100,0%	25.734.352	100,0%

2.2 Ziel des Projekts

Aus diesem Grund hat das Bundesministerium für Gesundheit mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eine Expertise in Auftrag gegeben mit dem Ziel, hemmende und fördernde Faktoren zur Umsetzung von Suchtprävention in Klein- und Kleinstbetrieben (KKU) zu untersuchen und zu bewerten.

Basierend auf den Ergebnissen der Erhebung sollte ein Konzept für konkrete Lösungsansätze entwickelt werden, wie KKU bei der Umsetzung betrieblicher Suchtprävention unterstützt werden können. Dabei standen folgende Zielsetzungen und Fragestellungen im Mittelpunkt:

1. Beschreibung der hemmenden und fördernden Faktoren für betriebliche Suchtprävention in KKU – dabei sollen sowohl die Perspektiven der Arbeitgeber¹ wie auch der Beschäftigten erfasst werden,
2. Ermittlung und differenzierte Darstellung von Good-Practice-Lösungen zur Suchtprävention in KKU, insbesondere der zu Grunde liegenden Erfolgsfaktoren,
3. Beschreibung der Integration von Suchtprävention in betriebliche Gesundheitsförderung; Klärung von Nutzen und Nachteilen einer Vernetzung dieser Themen in der betrieblichen Praxis,
4. Entwicklung von konkreten Lösungsvorschlägen zur Unterstützung von KKU bei der Umsetzung von betrieblicher Suchtprävention.

Die Expertise wurde von März 2012 bis Februar 2013 vom Rationalisierungs- und Innovationszentrum der deutschen Wirtschaft – RWI Kompetenzzentrum, Eschborn, der Gesellschaft für Personaldienstleistungen mbH, Kassel, und Dr. Ferdinand Gröben, Gesundheitsförderung und Gesundheitsforschung durchgeführt. Zentrale Ergebnisse und erste Empfehlungen wurden in der öffentlichen Abschlussveranstaltung des Projekt (Kassel, Januar 2013) betrieblichen Praktikern und Fachexperten vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse dieses Fachaustausches wurden in die Expertise eingearbeitet.

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die Ergebnisse und Empfehlungen dieser Expertise wurden in einjähriger Arbeit durch verschiedene Erhebungsverfahren gewonnen. Auf den nächsten Seiten werden die zugrundeliegenden Methoden und Ziele der einzelnen Arbeitsschritte beschrieben. Folgende vier Verfahren wurden angewendet:

- Literaturanalyse
- quantitative Unternehmensbefragung
- quantitative Mitarbeiterbefragung
- Expertenworkshops und -interviews

3.1 Literaturanalyse

Ziel des Arbeitspaketes war es, durch eine umfassende Literaturrecherche die aktuell vorliegenden (Forschungs-) Ergebnisse zur betrieblichen Suchtprävention und deren Umsetzung – insbesondere in der Zielgruppe der Kleinst- und Kleinunternehmen (KKU) – zusammenzutragen.

In einem ersten Schritt wurden die Suchbegriffe, Publikationszeitraum, Sprachen der Publikationen sowie Publikationsorte definiert, anhand derer in gängigen Datenbanken recherchiert wurde (Tabelle 2). Anschließend wurde eine „Metasuche“ in den Beständen der Universitätsbibliothek Bielefeld durchgeführt. Diese ermöglicht über eine Suchmaske den Zugriff auf den Gesamtkatalog der Universität Bielefeld sowie weiterer nationaler als auch internationaler Universitäten ebenso wie auf verschiedenste Datenbanken.

Als vorgegebene Suchbegriffe wurden zu Beginn „Sucht UND Prävention OR Suchtprävention“ UND Betrieb gesetzt. Hinzu kamen anschließend die genannten Begriffe in Kombination (UND) mit den weiteren Suchbegriffen (KMU OR betriebliche Gesundheitsförderung OR betriebliches Eingliederungsmanagement OR Alkohol OR Tabak OR Medikamente OR illegale Drogen OR Spiel OR Internet). In gleicher Weise wurde mit den englischen Suchbegriffen verfahren. Die ersten Suchen ergaben über 500 Treffer.

Tabelle 2: Suchkriterien der Literaturrecherche

Suchbegriffe:	<i>Deutsch:</i> Sucht, Prävention, Suchtprävention, Betrieb, KMU, betriebliche Gesundheitsförderung, betriebliches Eingliederungsmanagement, Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen, Spiel, Internet <i>Englisch:</i> worksite, SME, abuse, prevention, worksite health promotion, alcohol, tobacco, drugs, games, computer
Zeitraum:	2000 bis 2012
Publikationsort:	Europa
Sprachen	Deutsch, Englisch
Datenbanken:	Metasuche über die Universitätsbibliothek der Universität Bielefeld, zudem Medline, PsycINFO, Psyn dex, Embase, Cochrane Collaboration
Internetauftritte:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA), Bundesvereinigung für Gesundheit, Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (BASI), Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF), Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (OSHA), International Labour Organization (ILO), Verbund Public Health, Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie über Google

Ergänzend zur Datenbankrecherche über die Universitätsbibliothek wurden die Internetauftritte verschiedener Organisationen aus den Bereichen Gesundheit, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung gesichtet und mit den beschriebenen Suchroutinen nach Hinweisen gefahndet. Abschließend wurden die Suchroutinen nochmals mit Hilfe der Internetsuchmaschine „Google“ durchgeführt.

Eine qualifizierte Sichtung der vorgefundenen Literaturangaben ergab 89 Fundstellen. Diese wurden im Rahmen einer weiteren Auswertung auf mögliche Beiträge zum Forschungsziel, der Entwicklung eines Konzeptvorschlag wie Kleinst- und Kleinunternehmen bei der Umsetzung betrieblicher Suchtprävention unterstützt werden können, eingehender geprüft. Aufgenommen wurden graue Literatur, Internetpublikationen von einschlägigen Institutionen oder Veröffentlichungen in Zeitschriften.

Im Einzelnen handelte es sich um

- 17 Übersichtsarbeiten zum Stand der betrieblichen Suchtprävention,
- 11 Arbeiten, die sich mit dem Thema „Zugang zu kleinen und mittleren Betrieben (KMU)“ im Kontext von Suchtprävention, Arbeitsschutz, Eingliederungsmanagement und Gesundheitsförderung beschäftigen,
- 32 (Review- und andere) Studien zur betrieblichen Suchtprävention,
- 7 Darstellungen bzw. Evaluationen von Programmen der betrieblichen Suchtprävention,
- 22 Leitfäden bzw. Handreichungen zur Umsetzung betrieblicher Suchtprävention.

Alle vorgefundenen Dokumente wurden hinsichtlich der Projektfragestellung „Entwicklung eines Konzepts zur Unterstützung von Kleinst- und Kleinunternehmen bei der Umsetzung betrieblicher Suchtprävention“ ausgewertet.

Die Ergebnisse der Literaturanalyse sind in den Kapiteln 4.1.1 und 4.2.1 beschrieben.

3.2 Unternehmensbefragung

Mittels einer quantitativen Unternehmensbefragung wurden sowohl hemmende als auch fördernde Faktoren für eine betriebliche Gesundheitsprävention ermittelt. Dazu wurden Unternehmer, Geschäftsführer oder Personalverantwortliche von Kleinst- und Kleinunternehmen aus den ausgewählten Branchen Metall, Handwerk und Einzelhandel in der Region Hessen mit bis zu 50 Mitarbeitern befragt. Betriebsstätten waren in der Stichprobe nicht enthalten.

Aufbauend auf den Erkenntnissen der Literaturrecherche, dem Expertenworkshop sowie selbst durchgeführter, früherer Unternehmensbefragungen wurde ein Fragebogen entwickelt, der u.a. folgende Komponenten beinhaltet:

- Status der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes.
- Kenntnisse und Einschätzungen der Suchtprävention, Einschätzung der betrieblichen Notwendigkeit und des betrieblichen Nutzens.
- Umsetzungsstand: Welche Maßnahmen der Suchtprävention werden zurzeit in KKU eingesetzt?
- Betriebliches Umsetzungsinteresse: Welche Faktoren wirken sich positiv, welche negativ aus (fördernde und hemmende Faktoren)?
- Welche Unterstützung benötigen KKU bei der betrieblichen Suchtprävention?

Der Fragenbogen (siehe Anlage A) wurde postalisch an eine zufällig ausgewählte Stichprobe von 800 Kleinst- und Kleinunternehmen mit bis zu 50 Beschäftigten verschickt. Datenbasis für die Stichprobe waren hierbei die Mitgliedsbetriebe der LOI-Partner (Berufsgenossenschaft Holz und Metall, Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution). Die Berufsgenossenschaften verfügen aufgrund der gesetzlichen Meldepflicht über aktuelle, vollständige Betriebs- und Kontaktdaten ihrer Branche. Ziel war es, insgesamt mindestens 100 beantwortete Fragebögen auswerten zu können.

Von jedem der beiden Kooperationspartner wurde dafür eine zufällige Stichprobe von 400 versicherten Betrieben in Hessen mit bis zu 50 Beschäftigten gezogen.

Die Fragebögen wurden im Juni 2012 von der jeweiligen Berufsgenossenschaft (Holz und Metall sowie Handel und Warendistribution) an die Betriebe verschickt. Um die Befragten zu einem authentischen Antwortverhalten zu bewegen, wurde allen Unternehmen versichert, dass die Daten ausschließlich durch eine neutrale Institution, das Kompetenzzentrum des Rationalisierungs- und Innovationszentrum der Deutschen Wirtschaft e.V. (RKW) bzw. dem Karlsruher Institut für Technologie (KIT), analysiert werden. Die Erhebungsphase endete im Juli 2012.

Wegen der begrenzten finanziellen Projektmittel konnte keine Vollerhebung aller hessischen Unternehmen der Metall- und Einzelhandelsbranche erfolgen. Da Kleinbetriebe mit weniger als 20 Mitarbeitern einen sehr hohen Anteil aller Unternehmen ausmachen, wurde zudem keine proportionale Auswahl getroffen. Dies hätte zu einem sehr geringen Anteil an Betrieben mit 21 bis 50 Mitarbeitern geführt und keine aussagekräftigen Ergebnisse für diese zugelassen. Stattdessen wurde die Unternehmensauswahl disproportional geschichtet. Alle Unternehmen der Grundgesamtheit (Metall- und Handelsbranche) wurden nach Betriebsgrößenklassen und Bundesland (Hessen) geschichtet, mit dem Ziel eine möglichst gleichmäßige Verteilung der ausgewählten Unternehmen auf die verschiedenen Größenklassen zu erreichen.

Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe – Unternehmerbefragung

		1-9 MA	10-19 MA	20-50 MA	Gesamt
Metall	Stichprobe	170	120	110	400
	Rücklauf *	58	28	20	106
	Prozentualer Rücklauf	34,1%	23,3%	18,2%	26,5%
Handel	Stichprobe	170	120	110	400
	Rücklauf **	26	24	16	66
	Prozentualer Rücklauf	15,3%	20,0%	14,5%	16,5%
Gesamt	Stichprobe	340	240	220	800
	Rücklauf ***	84	52	36	172
	Prozentualer Rücklauf	24,7%	21,7%	16,4%	21,5%

*: Ein Unternehmen hat keine Angabe zur Unternehmensgröße gemacht.

** : Vier Unternehmen haben keine Angabe zur Unternehmensgröße gemacht.

***: Insgesamt fünf Unternehmen haben keine Angabe zur Unternehmensgröße gemacht.

Bei insgesamt 800 angeschriebenen Unternehmen gab es einen Rücklauf von 107 Fragebögen im Metall- und 70 im Handelsbereich. Der Rücklauf lag somit bei insgesamt 22 Prozent (Tabelle 3) und damit über der angestrebten Marge. Der etwas geringere Rücklauf aus dem Bereich des Handels bestätigte Erfahrungen früherer eigener Erhebungen (Hübner et al. 2010). Der Rücklauf kann als sehr zufriedenstellend bewertet werden (vgl. Sczesny 2011), die Anzahl der auswertbaren Fragebögen erlaubt zudem aussagekräftige Analysen.

3.3 Mitarbeiterbefragung

Um ein vollständiges Bild der betrieblichen Suchtprävention zu gewinnen, wurden die hemmenden und fördernden Faktoren für Suchtprävention in KKU auch aus der Sicht von Beschäftigten erhoben. Hierbei war nicht beabsichtigt, repräsentative Daten zu gewinnen. Ein solches Anliegen wäre mit den zur Verfügung stehenden Projektmitteln nicht erreichbar gewesen. Es wurde vielmehr versucht, einen Eindruck über die Sichtweise von zufällig gewonnenen Beschäftigten aus den Branchen Metall und Handel zu erhalten. Die Ergebnisse werden in Bezug gesetzt zu den Auskünften der Betriebseigner, die in der parallelen Betriebsbefragung gewonnen wurden.

Um die Einschätzung der Arbeitnehmer bezüglich hemmender und fördernder Faktoren der betrieblichen Suchtprävention zu erhalten, wurde – aufbauend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche sowie der Expertenkreis-Workshops (Kapitel 3.4) – ein Fragebogen (in Anlehnung an den Fragebogen der Betriebsbefragung) konzipiert (siehe Anlage B).

Der Fragebogen befasst sich mit folgenden Aspekten:

- Einschätzung der BGF und Suchtprävention im eigenen Betrieb,
- Angaben zum eigenen Gesundheitsverhalten,
- Einschätzung von hemmenden und fördernden Faktoren für Suchtprävention im Betrieb.

Die Fragebögen wurden über die Arbeitsmediziner der Gesellschaft für Personaldienstleistungen (GfP) sowie über Technische Aufsichtsbeamte der Berufsgenossenschaft Holz und Metall verteilt. Die Betriebseigner wurden zunächst um Erlaubnis hierfür gefragt. Die Fragebögen konnten von den Auskunftswilligen sowohl direkt vor Ort ausgefüllt und abgegeben werden oder sie konnten die Bögen postalisch zurückschicken.

Im Bereich Metall gab es einen Rücklauf von 31 Fragebögen, im Bereich Handel von 48 (Tabelle 4). Eine Rücklaufquote kann nicht ermittelt werden, da die angesproche-

ne Grundgesamtheit nicht bekannt ist. Der höhere Anteil an weiblichen Teilnehmerinnen der Befragung im Bereich Handel, ist aufgrund des höheren Frauenanteils in dieser Branche nicht überraschend. Durch die geringe Anzahl an weiblichen Antwortenden im Bereich Metall, ist eine übergreifende Auswertung nach Geschlecht nicht möglich.

Tabelle 4: Beschreibung der Stichprobe – Mitarbeiterbefragung

	Metall	Handel
Gesamt	31	48
1-9 MA *	6	13
10-19 MA	3	17
20-50 MA	12	18
männlich	24	26
weiblich	6	22

*: Zehn Unternehmen haben im Metallbereich keine Angabe zur Unternehmensgröße gemacht.

3.4 Expertenkreis und -interviews

Zu Beginn des Projekts wurde ein **Expertenkreis** ins Leben gerufen, der die Projektarbeit fachlich unterstützen und insbesondere zu der Frage der hemmenden und fördernden Faktoren seine Erfahrungen und Einschätzungen einbringen sollte.

Der Expertenkreis traf sich in der Projektlaufzeit dreimal. Im Mittelpunkt der Workshops standen das Vorgehen und die Durchführung der Unternehmensbefragung sowie die Einschätzung und Bewertung der ersten Ergebnisse. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertenkreises finden Sie in Anlage D.

Um das Expertenwissen differenziert zu erfassen, wurden – zuzüglich zu diesen zwei Sitzungen – mit den Teilnehmern des Expertenkreises und weiteren Fachexperten im September und Oktober 2012 **qualitative Telefoninterviews** durchgeführt. Dabei wurden mehr Expertinnen und Experten befragt als ursprünglich vorgesehen: Grund dafür war, dass sich bereits in der ersten Expertenkreissitzung eine unübersichtliche Anzahl an Akteuren im Bereich der Suchtprävention herauskristallisiert hat, die sich hinsichtlich Zielgruppen, regionaler und fachlicher Ausrichtung, Präventionsansätzen etc. unterscheiden.

Mit den Interviews sollte zum einen ein Einblick in diese Akteurs- und Angebotslandschaft und ihre Präventionspotenziale gewonnen werden. Zum anderen sollten deren individuelle Einschätzungen über hemmende und fördernde Faktoren der betrieblichen Suchtprävention eingefangen werden. Diese Einschätzungen sollten die Ergebnisse der Unternehmens- und Mitarbeiterbefragungen ergänzen und die Entwicklung von Empfehlungen unterstützen.

Die befragten Expertinnen und Experten arbeiten

- im Bereich des institutionalisierten Arbeits- und Gesundheitsschutzes (BARMER GEK, Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution, Berufsgenossenschaft Holz Metall, IKK classic, Verwaltungsberufsgenossenschaft, arbeitsmedizinische Betreuung),
- im Bereich der Handwerkskammern (Handwerkskammer Hessen),
- in Institutionen und Bildungswerken der Sozialpartner (Bildungswerk der hessischen Wirtschaft, DGB Bildungswerk, IG Metall Vorstandverwaltung),
- im Bereich der ambulanten oder stationären Prävention/Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung, Salus Klinik Friedrichsdorf),
- in regionalen und bundesweit orientierten Präventionsnetzwerken (Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V., Hessische Landesstelle für Suchtfragen, SuchTeam – Salzburger BFZ, Stiftung Deutsche Depressionshilfe),
- in wissenschaftlichen Einrichtungen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Leibniz Universität Hannover),
- in der Zentrale eines großen Handelsfilialisten (REWE Group).

Die Interviews wurden leitfadengestützt, jedoch nicht vollstandardisiert durchgeführt, da sich Auftrag, Aufgaben und Zielsetzungen der Experten und ihrer Organisationen im Bereich der betrieblichen (Sucht-) Prävention stark voneinander unterscheiden und die Fragestellungen deshalb variierten. Die telefonischen Interviews dauerten zwischen 40 bis 120 Minuten und wurden von den Projektbearbeitern Freigang-Bauer, Gusia und Gröben im Zeitraum von September bis Oktober 2012 durchgeführt. In den meisten Fällen bekamen die Interviewpartner vorab einige Informationen zum Projekt und zentrale Leitfragen zugesandt. Nach der Darstellung der Hintergründe und der Beantwortung eventueller Rückfragen wurden die Interviews unter Verwendung des hierfür entwickelten Leitfadens abgearbeitet. Die Reihenfolge der Fragen richtete sich prinzipiell nach der Chronologie des Leitfadens, konnte jedoch auf die jeweilige Interviewsituation angepasst und modifiziert werden. Aufgrund der

Heterogenität der Aufgaben- und Angebotsstruktur der einbezogenen Institutionen bzw. der Experten konnten einzelne Fragen von diesen nicht beantwortet werden.

Die wichtigsten Aussagen wurden während des Gesprächs in Stichworten handschriftlich protokolliert und im Anschluss daran in eine Übersichtstabelle eingetragen.

Zu folgenden Themen wurde gefragt:

1. Eigener institutioneller „Auftrag“ in der Suchtprävention: Grundlagen, Auftragsbasis, Zielgruppen, Präventionsbereiche, (eigene) Maßnahmen, Konzepte (Gesundheit, Sucht),
2. Einschätzung des Umsetzungsstands in kleinen Unternehmen, Einschätzung von hemmenden und fördernden Faktoren von betrieblicher Suchtprävention,
3. (Eigene) Schwerpunkte und neue Themen der betrieblichen (Sucht-) Prävention, Nachfrage nach den Angeboten,
4. (Eigene) Transferwege zu Multiplikatoren, Unternehmen, Betroffenen,
5. Kenntnis über Netzwerke und Kooperationen: Arbeit in Netzwerken (mit wem), Netzwerke in anderen Regionen,
6. Empfehlungen und Perspektiven für eine verbesserte (klein)betriebliche Suchtprävention.

Wie eingangs bemerkt wurde, sollten die Aussagen der Experten die Auswertungen der Unternehmens- und Mitarbeiterbefragungen ergänzen und deren eigene praxisorientierte und erfahrungsgelenkte Sichtweise verdeutlichen..

Die Interviews waren nicht als eine „alleinstehende“ qualitative Methode der Datengewinnung bzw. Theorieprüfung geplant und konzipiert: Auf differenzierte qualitative Auswertungsmethoden wie bspw. die Inhaltsanalyse von Mayring (2002) wurde deshalb verzichtet.

Der Interviewleitfaden ist in Anlage C einsehbar. Ergebnisse und Einschätzungen aus den Experteninterviews sind in den Abschnitten 4.1.4 und 4.2.4 dargestellt.

4 Ergebnisse

Hauptziel der Expertise war es, hemmende und fördernde Faktoren betrieblicher Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen zu ermitteln und daraus Empfehlungen für ein Präventionskonzept zu entwickeln. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden die bereits beschriebenen Arbeitspakete durchgeführt. Dabei sollte neben der Analyse der hemmenden und fördernden Faktoren auch der derzeitige Stand der betrieblichen Suchtprävention in KKV beschrieben werden. Im Folgenden werden zu diesen Zielsetzungen die Ergebnisse aus den einzelnen Arbeitspaketen zunächst zusammengetragen und in Kapitel 5 bewertet.

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse zum Stand der betrieblichen Suchtprävention (Kapitel 4.1) dargestellt, bevor in den darauf folgenden Abschnitten unter 4.2 die Ergebnisse zu den hemmenden und fördernden Faktoren beschrieben werden. Dabei werden in der Ergebnisdarstellung auf die vier im vorherigen Kapitel vorgestellten Erhebungsmethoden Bezug genommen.

4.1 Stand der betrieblichen Suchtprävention in KKV

4.1.1 Literaturrecherche

Die in Kapitel 3.1 beschriebene Literaturrecherche sollte wissenschaftliche Erkenntnisse insbesondere zu folgenden Punkten liefern:

- Wie stellt sich der Stand der betrieblichen Suchtprävention im neuen Jahrtausend dar?
- Welche Unternehmen bzw. Einrichtungen werden von wem erreicht?
- Welche Rolle spielen neue Drogen?
- Werden Genderaspekte berücksichtigt?

Zu diesen Fragen wird bei der Auswertung der Literatur auf 17 Arbeiten aus den Jahren 2000 bis 2011 zurückgegriffen. Die Mehrheit der Darstellungen stammt aus der Bundesrepublik Deutschland, drei beleuchten die Situation in Österreich. Die Lage in Belgien, Frankreich und Luxemburg ist Thema einer deutsch-französischen Kongressdokumentation.

Tabelle 5: Literatúrauswahl zum Stand betrieblicher Suchtprävention

Quelle	Präventionsfeld	Publikationsthema	Besonderes
1. Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (2000). „SUCHT AM ARBEITSPLATZ“ – Betriebliche Suchtprävention in Österreich.	Alkohol	Aktueller Stand, Evaluation von Modellprojekt	
2. Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (2010). Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung: Unternehmen engagiert und erfolgreich.	BGM	Aktueller Stand	Kommentar zu Umlageverfahren U1
3. Goecke-Alexandris, M. (2010). Tabakprävention am Arbeitsplatz. Erfolge und Erfordernisse.	Tabak	Aktueller Stand, Entwicklung	
4. Goerens, R. (2002). Aktuelle Situation in Luxemburg	Alkohol	Aktueller Stand	Luxemburg
5. International Labour Organization (ILO) (2012). SOLVE. Integrating Health Promotion into Workplace OSH Policies.	BGM	Trainingsprogramm	Empfehlungen
6. Leuchter, K. (2000). Betriebliche Suchtprävention und -krankenhilfe im Rahmen von Klein- und Mittelbetrieben.	Alkohol	Projektbeschreibung	Leuchtturm
7. Leuchter, K. (2011). Suchtarbeit im (Klein-) Betrieb erfordert ein gutes Netzwerk	Alkohol	Projektbeschreibung	Leuchtturm
8. Loeber, S. & Mann, K. (2006). Prävention bei Alkoholismus: Was wirkt?	Alkohol	Projektbeschreibung	Forderung
9. Lorenzl, U. & Batthyany, D. (2011). SuchTeam – Suchtprävention für Klein- und Mittelbetriebe im Wein- und Waldviertel.	Alkohol	Modellprojekt	Empfehlungen
10. Lorenzl, U. et al. (2008). Abschlussbericht: Suchtprävention für Klein- und Mittelbetriebe in der EuRegio Salzburg – Berchtesgadener Land – Traunstein.	Alkohol	Modellprojekt	Empfehlungen
11. Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (2002). „ALKOHOL AM ARBEITSPLATZ“. Dokumentation der Internationalen Konferenz.	Alkohol	Aktueller Stand, Europa	Empfehlungen
12. Mühlig, S. & Hoyer, J. (2007). Sekundäre Prävention psychischer Störungen am Arbeitsplatz. Wie ist problematischem Alkohol- und Drogenkonsum entgegenzuwirken?	Substanzmissbrauch	Prävalenzen, Programme	Empfehlungen
13. Schnabel, P. & Hillenkamp, R. (2000). Sozialökonomie als Bewertungs- und Planungsgrundlage betrieblicher Suchtprävention	Substanzmissbrauch	Prävalenzen, Programme	Empfehlungen
14. Schumann, G. (2000). Stand und Perspektive betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe : Reader zur Fachtagung des Regionalen Arbeitskreises Betriebliche Suchtprävention	Alkohol	Aktueller Stand, Übersicht	Leuchtturm

15. Wienemann, E & Schumann, G (2011). Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ein Leitfaden für die Praxis.	Substanzmittelmissbrauch	Programme	Empfehlungen
16. Wienemann, E. & Müller, P. (2005). Standards der Alkohol - Tabak, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen – Expertise.	Substanzmittelmissbrauch	Aktueller Stand	Empfehlungen
17. Wienemann, E. (2011). Die Rolle des riskanten Alkoholkonsums im Stressbewältigungsverhalten von weiblichen Fach- und Führungskräften.	Alkohol	Aktueller Stand	Empfehlungen

Die Mehrheit der Darstellungen beleuchten verschiedene Facetten der Suchtprävention am Arbeitsplatz: In zehn Arbeiten wird schwerpunktmäßig das Problem des riskanten Konsums von Alkohol behandelt, vier Arbeiten zielen auf die Problematiken eines allgemeinen Substanzmittelmissbrauchs ab, eine widmet sich der Tabakprävention. Zwei Veröffentlichungen behandeln das Thema der Suchtprävention aus der Gesamtsicht eines betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Im Folgenden sind die wichtigsten Auswertungsergebnisse der genannten Literaturquellen zusammengefasst:

Zum Stand der Suchtprävention in deutschen Unternehmen liegen zwei Arbeiten vor, die im Auftrag bzw. in Kooperation mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen durchgeführt wurden (Wienemann & Müller 2005; Wienemann & Schumann 2011). In der Expertise zu Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen beschäftigen Wienemann und Müller sich mit der Frage, welche Standards in der betrieblichen Suchtprävention eine Orientierung geben können, um je nach Organisationsstruktur und -größe eine professionelle und erfolgreiche Präventionsarbeit durchführen zu können. Grundlage für die Expertise sind qualitative Interviews und Befragungen von Betrieben sowie Experten.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass betriebliche Suchtprävention derzeit als der wirksamste Weg anzusehen ist, um erwachsene Menschen mit Sucht vorbeugenden Maßnahmen anzusprechen. Als positive Wirkungen erfolgreicher Programme nennen sie:

- das gestiegene Bewusstsein zur Sucht- und Gesundheitsgefährdung durch Suchtmittel,
- die Enttabuisierung des Themas Sucht,
- die Senkung des Konsums von Suchtmitteln,

- das konsequente Anbieten von Hilfe,
- die Verbesserung des Führungsverhaltens (Wienemann & Müller 2005, 2).

Sie kritisieren aber die noch vorhandene Schwerpunktsetzung auf Suchthilfe in Fragen des Alkoholmissbrauchs, mit der bestehende Chancen zur Primärprävention bei allen Arten von Suchtverhalten nicht ausreichend genutzt werden. Mit einer strategischen Einbindung der Suchtprävention in betriebliche Prozesse, wie Personalentwicklung und Gesundheitsförderung, könnten solche Angebote weit größere Effekte erzielen und zum Unternehmenserfolg beitragen.

Des Weiteren sind ihrer Ansicht nach niedrigschwellige oder frühzeitige Interventionen zum Missbrauch von Alkohol noch viel zu selten in Betrieben vorzufinden; bezogen auf Medikamentenmissbrauch sehen sie einen erhöhten Präventionsbedarf. Die Nikotinprävention gilt als zu wenig breit und kreativ aufgestellt. Eine Interpretation, die von weiteren Wissenschaftlern geteilt wird. So monierte Goecke-Alexandris (2010), dass in 2009 trotz der geltenden gesetzlichen Regelungen zum Schutz der Nichtraucher am Arbeitsplatz immer noch jeder fünfte Nichtraucher am Arbeitsplatz Tabakrauch ausgesetzt sei. Zudem habe die Förderung der Raucherentwöhnung als maßgeblicher Bestandteil der Tabakprävention am Arbeitsplatz immer noch nicht den ihr angemessenen Stellenwert in der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Zur Frage der Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen ergibt die Betriebsbefragung von Wienemann und Müller (2005) erheblichen Nachholbedarf. Während annähernd 90 Prozent deutscher großer Unternehmen einen Stufenplan zum Umgang mit Alkoholmissbrauch haben, trifft dies lediglich auf 16 Prozent der Betriebe mit weniger als 50 Mitarbeitern zu. Sie plädieren deshalb für eine verstärkte Einbeziehung solcher Kleinbetriebe in betriebliche Suchtkonzepte und hegen die Annahme, dass hier noch mehr angepasste Konzepte zu entwickeln sowie Interventionshilfen in Form von Vernetzungen und externen Unterstützungsangeboten zu schaffen seien. Rummel (2002) schlägt in diesem Kontext vor, nicht immer die umfassende Lösung zu suchen, sondern den Mut zu kleinen Schritten zu finden, bspw. indem sich kleine Betriebe stundenweise Betreuung durch externes Fachpersonal sichern.

Hoffnungsvoll stimmt die Autoren (Wienemann & Müller 2005) aber ihre Umfrage bei externen Beratungseinrichtungen: Etwas mehr als ein Drittel der antwortenden Einrichtungen berichtet von Nachfrage durch Handwerksbetriebe. Sie sehen in diesem Zusammenhang Handlungsmöglichkeiten von Verbänden oder Innungen, die Leitlinien für ihre Mitglieder erarbeiten könnten und die Möglichkeit hätten, Kooperationen mit regionalen Dienstleistern zu empfehlen.

Der beim Konsum von Suchtmitteln relevante **Genderaspekt** findet besondere Berücksichtigung in einer aktuellen Studie von Wienemann (2011) zur „Rolle des riskanten Alkoholkonsums im Stressbewältigungsverhalten von weiblichen Fach- und Führungskräften“. Der Fokus der Studie geht über den riskanten Konsum hinaus und hinterfragt die Funktionen des Alkoholkonsums im Stressbewältigungsverhalten der analysierten Zielgruppe. Zur Klärung der Forschungsfragen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und um qualitative Interviews mit Experten und weiblichen Führungskräften sowie Gruppendiskussionen ergänzt. Die Ergebnisse zeigten, dass spezifische Programme zur geschlechtersensiblen Suchtprävention in Deutschland bislang nicht existieren. Auch der Blick nach Europa erbrachte keine befriedigenderen Resultate. Im Zusammenhang von riskantem Alkoholkonsum und hoch qualifizierten Personen liegen kaum Erkenntnisse vor. Das Projekt kommt zusammenfassend zu dem Schluss:

„Die Herausforderung für geschlechtersensible Ansätze und Angebote in der betrieblichen Suchtprävention liegt darin, die spezifischen Anforderungssituationen, Einstellungen und Verhaltensweisen, die den Alkoholkonsum begünstigen bzw. einem riskanten Konsum vorbeugen, zu identifizieren. Allein die Sicht auf die Unterschiede von Frauen und Männern zu richten, reicht noch nicht aus. Wie in dieser Studie aufgezeigt wurde, bilden die weiblichen Fach- und Führungskräfte in der Gruppe der Frauen eine deutlich abgrenzbare Subkategorie, hinsichtlich der hier genannten Kriterien und bedürfen besonderer Berücksichtigung.“ (Wienemann 2011, 76)

Auch im Rahmen der SOLVE²-Seminare der International Labour Organisation (ILO 2012) werden Genderaspekte angesprochen. So wird thematisiert, dass Frauen eher Medikamente als Alkohol missbräuchlich verwenden. Es wird auf ihre häufige Rolle als Co-Süchtige hingewiesen. Für Großbritannien wird auf einen ansteigenden Alkoholkonsum unter Frauen mit einfachem Bildungsniveau hingewiesen. Ansonsten werden eher geschlechtsspezifische Unterschiede (z.B. Unterschiede im Alkoholabbau zwischen Frauen und Männern) als Genderaspekte behandelt.

4.1.1.1 Suchtprävention in KMU und empfohlene Maßnahmen

Um der mangelnden Bereitschaft (oder nicht vorhandenen Problemsicht) vieler, insbesondere kleinerer Betriebe zur Umsetzung von Maßnahmen der Suchtprävention etwas entgegenzusetzen, plädieren Schnabel und Hillenkamp dafür, die Sozialökonomie als Bewertungs- und Planungsgrundlage betrieblicher Suchtprävention heranzuziehen. So sollten „im Interesse der Wirtschaftlichkeit und Sachangemessenheit Indikatoren herangezogen werden, die geeignet sind, die komplizierte Wechselwir-

² SOLVE (Integrating Health Promotion into Workplace OSH Policies): stress, tobacco, alcohol & drugs, HIV / Aids, violence

kung von Arbeitsalltag, Suchtmittelmissbrauch und Unkostenentstehung auch wirklich abzubilden“ (Schnabel & Hillenkamp 2000, 439).

Es sollte deswegen, um auch kleinere Unternehmen für eine aktive Suchtprävention zu gewinnen, eine differenzierte, arbeitsweltbezogene Suchtberichterstattung entwickelt werden mit dem Ziel, die Entscheidungsträger in den Betrieben von den Vorteilen einer wirksamen Suchtprävention wirklich zu überzeugen. Sie sollten in die Lage versetzt werden, neben dem rein monetären auch den sozialökonomischen Nutzen funktionierender sowie die Nachteile ungeeigneter und unterbliebener Maßnahmen richtig einschätzen zu können. Für eine Überzeugungsarbeit in Betrieben mit wenig Personal und geringer Kapitalausstattung sehen sie dies als besonders wichtig an. Die Autoren gehen davon aus, dass Betriebe aller Voraussicht nach eher zu Investitionen in den vorbeugenden Gesundheitsschutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu motivieren sind, wenn ihnen neben den direkten auch die indirekten Schäden des Suchtverhaltens am Arbeitsplatz transparent wären. Und wenn sie wüssten, wie viel „zusätzlicher, über die bloße Einsparung an Fehltagen und Lohnfortzahlungskosten hinausgehender Gewinn an Planungssicherheit, an Mitarbeiterengagement, an Produktqualität und an Kundenzufriedenheit durch eine erfolgreiche Präventionspolitik erwirtschaftet werden könnte“ (Schnabel & Hillenkamp 2000, 449).

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA 2010) geht in ihrer Schrift „Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung: Unternehmen engagiert und erfolgreich“ auf einen ökonomischen Aspekt ein, der aus ihrer Sicht dazu geeignet ist, insbesondere kleinere Betriebe mit weniger als 30 Mitarbeitern davon Abstand nehmen zu lassen, in Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung oder Suchtprävention zu investieren: Das Umlageverfahren U1 (Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung). Durch das Umlageverfahren erhalten kleine Betriebe Aufwendungen für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (teilweise) erstattet, was nach Ansicht der BDA zu einem Fehlanreiz führt.

Mühlig und Hoyer (2007) behandeln die Frage, wie problematischem Suchtverhalten durch Ansätze sekundärer Prävention am Arbeitsplatz entgegengewirkt werden kann. Neben einer Diskussion der Prävalenzen von süchtigen Verhaltensformen am Arbeitsplatz setzen sie sich mit der Entwicklung von Präventions- und Hilfsangeboten der letzten Jahre auseinander. Sie betonen die Bedeutung der Entwicklung von Employee Assistance Programs (EAP) und verweisen auf die allgemeinen Regeln im Umgang mit akutem Substanzkonsum am Arbeitsplatz, wie sie von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) entwickelt wurden und propagiert werden. Zu-

sammenfassend stellen sie fest, dass eine wirksame betriebliche Suchtprävention folgende Ziele verfolgen sollte:

„Zunächst müssen geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Maßnahmen der Suchtprävention überhaupt umzusetzen:

- Dazu gehört eine „Betriebsvereinbarung Sucht“, die grundsätzlich an den Zielen ausgerichtet ist, den eigenverantwortlichen Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu fördern und die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten.
- Personen- und systemorientierte Präventionsmaßnahmen können umfassen: Aufklärungskampagnen, Einführung eines generellen Alkoholverbots, Maßnahmen zur Früherkennung.
- Vorgesetzte müssen befähigt werden, Verhaltensauffälligkeiten der Mitarbeiter adäquat anzusprechen.
- Es muss einen ... Stufenplan geben, der ... Vorgehensweisen verbindlich macht und Transparenz schafft.“ (Mühlig & Hoyer 2007, 336)

Sie verweisen weiterhin auf das Problem, dass zur Evidenz von suchtpreventiven Maßnahmen unterschiedliche Befunde vorliegen. Bezogen auf betriebliche Programme bescheinigen sie Verkaufsbeschränkungen in Anlehnung an Loeber und Mann (2006) eine klare Evidenz. Positive Hinweise sehen sie für werksärztliche Kurzinterventionen und die Etablierung von Trinknormen im Betrieb.

In ihrer abschließenden Bewertung konstatieren sie, dass angesichts der Größenordnung des Problems süchtigen Verhaltens am Arbeitsplatz noch erheblicher Verbesserungsbedarf besteht. Dies gilt – neben unzureichenden primärpräventiven Ansätzen – auch für sekundärpräventive Interventionen: Hier werden zu wenige Betroffene erreicht und die Vernetzung wie auch der Informationsaustausch zwischen Betrieben und den verschiedenen Agenten der Suchterkennung, -beratung und -behandlung sei zu optimieren.

Das Problem einer mangelhaften Versorgung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kleiner Unternehmen mit Maßnahmen der Suchtprävention ist kein allein deutsches Phänomen. Auf einer internationalen Konferenz in Saarbrücken im Jahr 2002 mit Vertretern der europäischen Staaten Belgien, Frankreich und Luxemburg zeigen sich vergleichbare Schwierigkeiten auch in diesen Ländern (Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales 2002). Auch dort sind es vornehmlich große Unternehmen, die solche Präventionsmaßnahmen anbieten. Aus Luxemburg berichtet stellvertretend Goerens (2002, 46ff):

„Kleine und mittlere Unternehmen (d.h. weniger als 150 Arbeitnehmer) haben selten eigene Alkohol-Aktions- und Präventionsprogramme. In diesen Unternehmen hängt die Lösung von Alkoholproblemen von der Einstellung der zuständigen Geschäftsleitung ab. Für kleine und mittlere Unternehmen ist es zweifellos schwieriger, wirksame Präventionsprogramme gegen Alkohol und andere Suchtmittel aufzulegen und zu verfolgen.“

Die Konferenz zeigte, dass generell in allen Mitgliedsländern ein Paradigmenwechsel stattgefunden hat: Wenn von Sucht die Rede ist, werden darunter nicht nur die illegalen Suchstoffe verstanden, sondern verstärkt auch Alkohol, Tabak und Medikamente gefasst. Es wurde ersichtlich, dass in den beteiligten Ländern der Alkoholkonsum am Arbeitsplatz nur selten unter präventiven Aspekten angegangen wird, sondern dass mit kurativen Maßnahmen gehandelt wird, wenn das „Kind bereits in den Brunnen gefallen ist“.

Als Empfehlungen für die Zukunft wurde eine Berücksichtigung folgender Aspekte diskutiert (Auszüge S. 69):

- Verhältnis Mensch versus Maschine überdenken,
- Suchtprävention als Gesundheitserziehung sehen,
- Gestaltung der Arbeitsplatzstrukturen im Hinblick auf Vermeidung von Abhängigkeiten,
- Ethische Grundlage der Fürsorgepflicht der Vorgesetzten,
- Adaption des Hilfesystems in betriebliche Organisationsabläufe,
- Übertragbarkeit der Präventions- und Gesundheitsmodelle in den Großbetrieben auf kleinere und mittelständische Betriebe prüfen (unter Einbeziehung von medizinischen Diensten und Beratungsstellen).

Auch für Österreich wird von Beiglböck und Feselmayer (2000) die Notwendigkeit einer Ausweitung der betrieblichen Suchtprävention auf Klein- und Mittelunternehmen gesehen, da bisher hauptsächlich Großunternehmen aktiv würden. Dazu wird – im Hinblick auf die mangelnden finanziellen Ressourcen dieser Unternehmen – eine verstärkte Einbindung öffentlich rechtlicher Träger (Kammern, Kassen usw.) als notwendig erachtet.

4.1.1.2 Erfolgreiche Projekte zur betrieblichen Suchtprävention

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden Suchtpräventionsprojekte für KKV recherchiert. Zur Arbeit des Handwerker-Fonds Suchtkrankheit, der ein wichtiges „Leuchtturmprojekt“ darstellt, wurden uns die Textbeiträge von einem der Promotoren dieses Projekts, Herrn Klaus Leuchter zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen einer Fachveranstaltung zum zehnjährigen Bestehen des Regionalen Arbeitskreises Betriebliche Suchtprävention Weser-Ems (Schumann 2000) stellte Klaus Leuchter (2000) ein Projekt vor, das aufzeigt, wie eine solche institutionelle Unterstützung Suchtprävention in kleinen Unternehmen vorantreiben kann:

Das Projekt „**Alkohol im Handwerk**“ war konzipiert als eine von dem Kirchlichen Dienst in der Arbeitswelt (KDA) Nordelbien und der Innungskrankenkasse Schleswig-Holstein ins Leben gerufene ständige Einrichtung, als Ansprechpartner für das regionale Handwerk in Fragen der Suchtprävention. Im Rahmen eines gemeinnützigen Vereins sollte den Betrieben eine tragfähige Infrastruktur zum Umgang mit dem Thema zur Verfügung gestellt werden. Neben den genannten Institutionen sind die Vereinsmitglieder Betriebe, die sich mit der Mitgliedschaft einen Anspruch auf Beratung und Unterstützung erwerben.

Heute existieren zwei Vereine in den Handwerkskammerbezirken Flensburg und Lübeck (Leuchter 2011). Dort arbeiten die jeweilige Handwerkskammer, die Kreishandwerkerschaft, der KDA, die ikk und die Betriebe zusammen. Die Betriebe können sich direkt an den Verein wenden oder werden über die Handwerksorganisationen vermittelt (siehe auch www.handwerker-fonds.de).

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie im folgenden Kasten.

Fallbeispiel: Die Arbeit des Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V.

von Klaus Leuchter,

Geschäftsführer Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V.

Im Mittelpunkt der Aktivitäten des Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. steht seit dem Jahr 1989 als Kernaufgabe die Beratung von Handwerksbetrieben und ihren Beschäftigten, wenn eine Suchtproblematik vorliegt. Außerdem ist der Verein präventiv tätig. Das Ziel ist, suchtbetroffene Arbeitnehmer durch aktive Beteiligung des Arbeitgebers rechtzeitig in eine fachkompetente Behandlung und Therapie zu bringen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Den handwerklichen Kleinbetrieben erstattet der Verein Anteile der in Verbindung mit einer stationären oder ambulanten Suchtbehandlung und Therapie geleisteten Entgeltfortzahlung. Der Verein versteht sich als Ansprechpartner des Handwerks in Schleswig-Holstein für die Suchtproblematik.

In der Regel werden Handwerksbetriebe, die sich wegen der Suchtprobleme eines Beschäftigten an eine Handwerkskammer, Kreishandwerkerschaft oder Innung wenden, an den Handwerker-Fonds verwiesen. Nach der Beratung des Betriebes folgt ein Gespräch mit dem Mitarbeiter im Betrieb unter Beteiligung des Arbeitgebers. Ziel ist, die Zustimmung des Mitarbeiters zu einer Behandlung in einer Einrichtung der Suchthilfe zu erhalten. Bei dieser Motivationsarbeit im Betrieb hilft in den meisten Fällen ein Mitglied aus einer Suchtselbsthilfegruppe. In der folgenden Zeit wird der Kontakt zum Mitarbeiter auch während der stationären Behandlung und Therapie gehalten und die Rückkehr an

den Arbeitsplatz vorbereitet. Der Betrieb erhält vom Verein Unterstützung beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

Zu den bisherigen Präventionsaktivitäten des Vereins zählen unter anderem:

- die Entwicklung einer Arbeitshilfe für Handwerksbetriebe,
- Seminare für Lehrwerksmeister und Betriebsinhaber,
- Foto- und Videowettbewerbe, Infostände mit Aktionen in Beruflichen Schulen und den Ausbildungseinrichtungen des Handwerks,
- Erarbeitung einer Wanderausstellung in Zusammenarbeit mit der Landesstelle für Suchtfragen,
- Unterrichtseinheiten in Beruflichen Schulen und Ausbildungseinrichtungen des Handwerks mit dem Schwerpunkt Glücksspiel- und Internetabhängigkeit.

Die ganze Arbeit kann nur im Rahmen eines Netzwerkes geleistet werden. Deshalb ist der Verein kontinuierlich auch mit dem Ausbau und der Pflege des Netzwerkes beschäftigt.

Die Erfolge stellten sich nach einem Vorlauf von ca. zwei Jahren bald ein. Die meisten der Arbeitnehmer, die in Behandlung vermittelt und begleitet werden konnten, sind nach einer Therapie trocken geblieben (geschätzt 80 v.H.). Den Handwerksbetrieben ist der Verein vertraut. Die Handwerksinstitutionen verweisen nach wie vor an den Verein und die Schul- und Ausbildungseinrichtungen wenden sich mit der Bitte um Durchführung von Präventionsaktivitäten an uns.

Wie es begann: Mitte der achtziger Jahre hatten die meisten großen Industriebetriebe bereits Projekte zum Thema „Alkohol im Betrieb“ durchgeführt. In der Regel war das Ergebnis, dass eine Betriebsvereinbarung abgeschlossen, Führungskräfte geschult und selbst betroffene Mitarbeiter als betriebliche Suchthelfer eingesetzt wurden. An den Kleinst- und Kleinbetrieben ging das damals vorbei. Das war im Jahr 1987 für den Kirchlichen Dienst in der Arbeitswelt (KDA) und die damalige Innungskrankenkasse Flensburg (heute IKK Nord) der Anlass, auf das Handwerk zuzugehen. Die Reaktion war eher zurückhaltend. Mit einer kleinen Gruppe von Obermeistern und Interessierten aus Betrieben wurden Informationen über die Arbeit von Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Krankenhäusern und Einrichtungen der Rehabilitation gesammelt. Ziel war die der Aufbau einer Infrastruktur für das Handwerk im Hinblick auf den Umgang mit diesem Problem. Das häufigste von Betrieben vorgebrachte Gegenargument, wenn es um eine aktive Beteiligung des Arbeitgebers bei der Motivation von Beschäftigten zur Annahme des Hilfsangebotes ging, waren die Kosten im Zusammenhang mit dem Ausfall der Fachkraft. Deshalb entstand die Idee, einen Fonds zu bilden, aus dem Betriebe einen Zuschuss zu den Ausfallkosten erhalten. Es kam am 5. Dezember 1989 zur Gründung des Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. Zu den Gründungsmitgliedern zählte bereits damals eine Suchtberatungsstelle. Dadurch hatten wir sehr schnell Zugang zu den Einrichtungen der Suchthilfe.

Das Netzwerk: Gründungsmitglieder des Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. waren die Handwerkskammer Flensburg, die Kreishandwerkerschaften Flensburg und Schleswig, der Kirchliche Dienst in der Arbeitswelt (KDA), die IKK, eine Suchtberatungsstelle und mehrere Betriebe. Die Beratungsarbeit teilten sich die Mitarbeiter des Sozialdienstes der IKK und des KDA. Die Geschäftsführung übernahm ein KDA-Mitarbeiter. Gemeinsam finanzierten die IKK und der KDA eine Stundenaufstockung der KDA-Sekretärin. Die ersten Betriebsberatungen verliefen im Jahr 1990 relativ erfolglos. Wir stellten das Projekt deshalb im Flensburger Arbeitskreis der Selbsthilfegruppen aus dem Suchtbereich vor. Uns wurde geraten, trockene Alkoholiker zu den Beratungen mitzunehmen, da mit dem bloßen Hilfsangebot die Gefühlsebene der Betroffenen nicht erreicht werde. Wir suchten Freiwillige aus den Selbsthilfegruppen, die einen Bezug zum Handwerk hatten und bildeten einen ersten Handwerker-Arbeitskreis Sucht, der sich fortan monatlich und später in unregelmäßigen Abständen

traf. Solche Arbeitskreise initiierten wir auch in anderen Städten. Dadurch war es fast immer möglich, einen ehrenamtlichen Helfer zu den Beratungen mitzunehmen.

Im Jahr 1996 kam es zur Gründung eines gleichnamigen Vereins im Handwerkskammerbezirk Lübeck und in der Folge wurden auch im südlichen Landesteil Handwerker-Arbeitskreise Sucht gebildet. Seither gibt es das Angebot für die Kleinst- und Kleinbetriebe des Handwerks im ganzen Bundesland Schleswig-Holstein. Die finanzielle Hilfe für die Betriebe kann aus den Mitgliedsbeiträgen und Spenden geleistet werden. Beide Vereine erhielten vom Sozialministerium Schleswig-Holstein bei der Gründung eine finanzielle Starthilfe. Fördernde Mitglieder zahlen einen Beitrag ab 25 € nach eigenem Ermessen. Betriebe, die ggfs. eine finanzielle Hilfe beanspruchen wollen, zahlen einen nach der Betriebsgröße abgestuften Beitrag. Inzwischen zählen auch mehrere Arbeitsmedizinische Zentren, zwei Fachkliniken mit Reha-Abteilungen und weitere Vereine, die an der Netzwerkarbeit interessiert sind, zu den Mitgliedern.

Der Verein ist Mitglied der Landesstelle für Suchtfragen (LSSH). Gemeinsam mit der LSSH und der Leitstelle Sucht am Arbeitsplatz (LSA) im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung bilden wir seit über zehn Jahren den „Fachverbund Betriebliche SuchtArbeit“. Mit im Boot sind Experten aus Beratungsstellen. Über den Fachverbund erhalten Betriebe jeder Größenordnung ein Angebot für die Betriebliche Suchtprävention und -hilfe. Der Handwerker-Fonds übernimmt in diesem Netzwerk die Anfragen der Kleinst- und Kleinbetriebe. Der Fachverbund veranstaltet jährlich zwei Fachtagungen.

Übertragbarkeit: Das Modell des Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. ist auf andere Regionen übertragbar, da es die hauptsächlichen Beteiligten in allen Bundesländern gibt: Handwerkskammern, Kreishandwerkerschaften, Landesstellen für Suchtfragen, Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Kliniken und Reha-Einrichtungen. Voraussetzung ist die Bereitschaft zur Kooperation, Verständnis für die Problematik der Kleinbetriebe und die Einsicht, dass in Betrieben dieser Größenordnung nur sehr eingeschränkt die Bereitschaft besteht, für Beratungsleistungen zu zahlen.

Über ein Projekt, das mit Mitteln des Fonds Gesundes Österreich gefördert wurde, berichten Lorenzl und Kollegen (2008). Das **grenzübergreifende Projekt „SuchTeam – Suchtprävention in Betrieben“** (Bayern und Tirol) verfolgte in den Jahren 2006 und 2007 – basierend auf den Erfahrungen des bayerischen Projektpartners – folgende Ziele:

- *„Aufbau und Implementierung einer mobilen und kostenneutralen Informations- und Beratungsstelle für Klein- und Mittelbetriebe;*
- *Positionierung der Stelle als wichtige Schnittstelle zwischen betrieblicher und institutioneller Ebene sowie Schnittstelle zwischen (therapeutischen) Einrichtungen und Betroffenen;*
- *Erarbeitung und Durchführung spezieller Programme unter Berücksichtigung des Genderansatzes;*
- *Begleitende Beratung und Betreuung für Betroffene und Vorgesetzte; Informationsveranstaltungen für Vorgesetzte, Sicherheitsvertrauenspersonen, Betriebsräte; [...].“*

Das Projekt wurde umgesetzt von der Fachambulanz für Suchtkranke der Caritas Bad Reichenhall, der Arbeiterkammer Salzburg und der Beruflichen Fortbildungszentren (bfz) gemeinnützige GmbH. Es kooperierten das Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung in Salzburg sowie ein Runder Tisch verschiedener Unternehmen aus der Region.

Die Evaluation auf Ebene der Betriebe verzeichnete unter diesen ein zunehmendes Interesse an der Suchtprävention sowie einen zunehmenden Bekanntheitsgrad der Präventionsstelle. Im Vordergrund der Arbeit in den Betrieben stand das konsequente Einfordern des Nüchternheitsgebotes während der Arbeitszeit wie das Üben schwieriger Gespräche in den Schulungen. Insbesondere bei sehr kleinen Betrieben zeigte sich, dass Betriebe zwar über die Problematik Alkohol am Arbeitsplatz Bescheid wussten, ihnen aber bei der konkreten Umsetzung von Maßnahmen Erfahrungen fehlten. Das Projekt zielte deshalb auf eine längerfristige Betreuung der Betriebe ab und versuchte, Handlungsanleitungen in Form von Stufenplänen zu implementieren und darauf aufbauend die Kompetenzen in der Gesprächsführung in anlassbezogenen, konkreten Konflikt- und Krisensituationen zu vermitteln. Hierfür wurden betriebsübergreifende Schulungen durchgeführt. In den Jahren 2006 und 2007 wurden 85 Betriebe erreicht. Das Projekt wurde nach der Berichtlegung bis Ende 2009 fortgesetzt.

Auf Grund weiterer Förderung konnten die Beruflichen Fortbildungszentren (bfz) gemeinnützige GmbH zusammen mit dem „Grünen Kreis“ – Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen ein Anschlussprojekt realisieren, das bis Ende Februar 2011 durchgeführt wurde (Lorenzl & Batthyany 2011). Bei der Schaffung einer betrieblichen Öffentlichkeit wurde starkes Gewicht auf das Einbinden von Multiplikatoren (Arbeitsmarktservice, Krankenversicherung, Innung, Betriebsräte, Sicherheitsvertrauenspersonen etc.) gelegt. Das Team konnte über 500 Betriebe im Projektzeitraum erreichen, woraus sich 50 Vortragstermine bzw. Workshops ergaben.

Übertragbarkeit:

Trotz weiterer Nachfragen scheiterte eine nachhaltige Implementierung des Modells an der fehlenden Finanzierung. Die Autoren empfehlen daher für solche Vorhaben eine längere Projektlaufzeit sowie eine klar definierte Startphase für die Projektorganisation. Derzeit existieren noch der Internetauftritt (www.suchteam.at) sowie zwei Kontaktadressen.

An dieser Stelle soll auch auf ein weiteres Projekt hingewiesen werden, dass als Good Practice-Beispiel für ein überbetriebliches Netzwerkprojekt identifiziert werden konnte:

Fallbeispiel: Suchtprävention im Kfz-Handwerk

*von Claus Kapelke,
Schulleiter der Landesfachschule des Kfz-Gewerbes Hessen*

Um betrieblichen Erfolg mit einer Kfz-Werkstatt zu haben, bedarf es nicht nur einer hervorragenden technischen Ausstattung, sondern auch der entsprechenden Mitarbeiter. Diese müssen gut geschult sein und physisch und psychisch in der Lage sein, qualitativ gute Arbeit abzuliefern.

Sehen wir uns die demographische Entwicklung in Deutschland an, werden die Mitarbeiter der Werkstätten zukünftig erheblich länger arbeiten müssen als heute. Dies setzt jedoch eine gute gesundheitliche Verfassung voraus.

Seit 2004 gibt es in der Landesfachschule des Kfz-Gewerbes Hessen in Frankfurt ein Gesundheitsprojekt für Auszubildende. Seitdem wurden 3.500 Auszubildende geschult und auch befragt. In vier Modulen werden folgende Themen behandelt:

1. Gesundheitsorientiertes Fitnesstraining, Rückengesundheit und Fußschutz
2. Bedarfsgerechte Ernährung, Körpergewichtsmanagement und Hautschutz
3. Stressmanagement, Schlaf/Regeneration, Stressfrei lernen und Gesundheitliche Schutzfaktoren
4. Rauchen, Alkohol, Illegale Drogen und Medikamente

Durchgeführt wird das Projekt vom Institut für Gesundheitsförderung & -forschung Dillenburg, Dr. Manfred Betz und wird unterstützt von der IKK classic, der Berufsgenossenschaft Holz und Metall und der Innung des Kfz-Gewerbes Frankfurt und Main-Taunus-Kreis.

Die nachfolgenden Ergebnisse der Befragungen beziehen sich immer auf einen Referenzwert von Jugendlichen und Jungerwachsenen die nicht der Kfz-Branche angehören. Das Durchschnittsalter lag bei 19,6 Jahren.

Rauchen: Von den befragten Auszubildenden rauchen 55 Prozent (45 Prozent Referenzgruppe). 39 Prozent wollen ihr Rauchverhalten ändern (zu 34 Prozent) und 42 Prozent ganz mit dem Rauchen aufhören.

Shishakonsum: In den vergangenen zehn Jahren hat der Shishakonsum bei Jugendlichen und Jungerwachsenen stark zugenommen. 39 Prozent der Auszubildenden rauchen gelegentlich Shisha (im Vergleich zu 31 Prozent der Referenzgruppe), 6 Prozent sogar regelmäßig. Lediglich 26 Prozent haben keine einschlägige Erfahrung (zu 37 Prozent).

Alkohol: Der exzessive Alkoholkonsum bei Jugendlichen ist in den letzten Jahren häufig Inhalt von Pressemeldungen und Diskussionen. Auch bei Kfz-Auszubildenden ist dies ein großes Thema. Lediglich 19 Prozent trinken nie Alkohol, 40 Prozent (44 Prozent) maximal einmal die Woche, 30 Prozent (27 Prozent) 1-2 mal die Woche und 4 Prozent (3 Prozent) mehr als viermal die Woche. Dabei finden Wein und Sekt kaum Anklang bei den Auszubildenden (nur 10 Prozent zu 16 Prozent). Bier wird ähnlich gerne konsumiert (65 Prozent) wie von der Vergleichsgruppe (63 Prozent). Erheblich größer ist der Unterschied bei harten Alkoholika wie Schnaps und Wodka. Diese starken Alkoholika werden von 53 Prozent gerne genossen (Vergleich 43 Prozent).

Illegale Drogen: Bei den illegalen Drogen haben 47 Prozent (zu 32 Prozent) Erfahrung mit Cannabis, 10 Prozent (7 Prozent) mit Ecstasy und ebenfalls 10 Prozent (6 Prozent) mit Kokain. Insbesondere im dritten Lehrjahr nimmt der Konsum leicht zu.

Festgestellte Folgen: Exzessiver Alkohol- und Drogenkonsum führte bei 67 Prozent (58 Prozent) der Auszubildenden schon zu einem Kater. Angegeben wird darüber hinaus, dass 48 Prozent (42 Prozent) einen Filmriss bzw. Blackout hatten. 5 Prozent (4 Prozent) mussten sogar ärztlich behandelt werden. Hier ist eine Veränderung der Häufigkeit in den Lehrjahren nicht feststellbar.

Wie reagieren wir auf diese Zahlen?

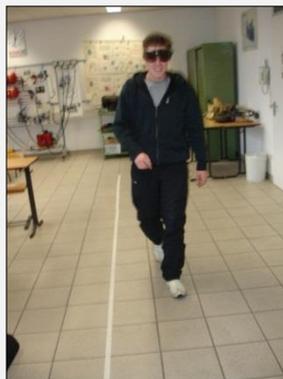
Im Modul „Suchtprävention“ werden den Auszubildenden die biologischen Grundlagen der Sucht erklärt. Die Themen „Wie entsteht Sucht“ und „Suchtfördernde Faktoren“ sind hier relevant. Praktische Übungen mit der Rauschbrille werden durchgeführt und das Thema Alkohol und Fahrtüchtigkeit besprochen. Indem das Problem angesprochen und reflektiert wird, werden den Teilnehmern auch die Folgen klar. Es können bei Bedarf Kontakte zu Suchtberatungsstellen hergestellt werden oder zu den Krankenkassen, wenn es um Raucherentwöhnungskurse geht (z.B. bei der IKK classic).

Da das Gesundheitsprojekt bereits seit 2004 läuft, sind viele ehemalige Teilnehmer heute als Geselle oder auch Meister in den Kfz-Betrieben. Sie sind zu diesen Themen sensibilisiert und können so auch positiv damit umgehen.

Bei der abschließenden Evaluation erhält diese Schulungsmaßnahmen die Gesamtnote 1,8.

Mit diesem Projekt will die Landesfachschule des Kfz-Gewerbes Hessen mit dafür Sorge tragen, dass sich Jugendliche und junge Erwachsenen gesünder ernähren, sich besser bewegen und Suchtverhalten umgehen. Es profitiert dabei jeder Einzelne, aber auch die Kfz-Betriebe, die in Zeiten von Fachkräftemangel darauf angewiesen sind, gesunde und zufriedene Mitarbeiter/innen im Betrieb zu haben.

Erfahrungen mit der Rauschbrille:



Die dargestellten (Netzwerk-)Projekte machen deutlich, dass sie mit ihren Kooperationen und Umsetzungsmaßnahmen prinzipiell die Zielgruppen der KKU erreichen können, wobei der Zeitaufwand und das individuelle Engagement der Hauptakteure sehr hoch war bzw. ist. Für die nachhaltige Sicherung dieser Netzwerke ist es aber notwendig, ihre Arbeitsstrukturen dauerhaft institutionell zu verankern und Fragen der Trägerschaft und Finanzierung rechtssicher abzuklären.

4.1.1.3 Zusammenfassung

Die vorliegenden Arbeiten sind sich in einem Punkt einig: In der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsländern der Europäischen Union lässt sich in der Suchtprävention ein Paradigmenwechsel feststellen: Wenn von Sucht die Rede ist, werden darunter nicht mehr nur die illegalen Suchtstoffe verstanden, sondern es werden auch Alkohol, Tabak und Medikamente darunter gefasst. Der Konsum neuer Drogen oder nicht substanzbezogenes Suchtverhalten werden nicht thematisiert.

In der betrieblichen Suchtprävention ist aber eine vorhandene Schwerpunktsetzung auf Fragen des Alkoholmissbrauchs verbreitet. Damit werden die bestehenden Chancen, Primärprävention bei allen Arten von Suchtverhalten verstärkt umzusetzen, nicht ausreichend genutzt.

Eine strategische Einbindung der Suchtprävention in betriebliche Prozesse unterbleibt nicht selten und es muss festgestellt werden, dass spezifische Programme zur geschlechtersensiblen Suchtprävention in Deutschland ebenso wie in Europa nicht existieren.

Die Studien sehen niedrighschwellige oder frühzeitige Interventionen zum Missbrauch von Alkohol noch viel zu selten in Betrieben vertreten. Bezogen auf Medikamentenmissbrauch wird ein erhöhter Präventionsbedarf konstatiert. Die Nikotinprävention scheint nach der Einschätzung verschiedener Analysen wenig breit und kreativ aufgestellt. Bezüglich nicht stoffgebundener Formen der Sucht steckt die betriebliche Suchtprävention noch in der Startphase.

Verschiedene Autoren fordern, weitere angepasste Konzepte zu entwickeln sowie Interventionshilfen in Form von Vernetzungen und externen Unterstützungsangeboten zu schaffen. Insbesondere bei sehr kleinen Betrieben zeige sich, dass Betriebe zwar über die Problematik Alkohol am Arbeitsplatz Bescheid wissen, es ihnen aber bei der konkreten Umsetzung von Maßnahmen an Erfahrungen fehlt.

Die Schwierigkeiten, denen sich solche kleinen Betriebe ausgesetzt sehen, gleichen sich oft: Zeit und Geld sind knapp, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Regel ausgelastet und eine Vernetzung bezüglich sozialer oder gesundheitlicher Themen meist nicht gegeben.

Der BDA weist auf das Problem hin, dass kleinere Betriebe mit weniger als 30 Mitarbeitern davon Abstand nehmen könnten, in Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung oder Suchtprävention zu investieren, da das Umlageverfahren U1 (Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung) Anreize für präventives Handeln konterkariert.

Betriebliche Gesundheitsförderung und Suchtprävention sollte daher in kleinen Unternehmen modular organisiert werden und als Projekt aufgesetzt werden. Dazu bedarf es Netzwerke mit konkreten Unterstützungsangeboten. Hilfreich können Projektdarstellungen (Good Practice) oder auch Adressen von externen Unterstützungseinrichtungen sein.

Verschiedene Studien betonen die Handlungsmöglichkeiten von Verbänden oder Innungen in der betrieblichen Suchtprävention. Sie könnten Leitlinien für ihre Mitglieder erarbeiten und hätten die Möglichkeit, Kooperationen mit regionalen Dienstleistern zu empfehlen.

Kleine und kleinste Unternehmen könnten so auf die Unterstützung von Beratungsstellen zurückgreifen, sich an ein bestehendes regionales Netzwerk anschließen, mit anderen Betrieben kooperieren (z.B. bei der Durchführung von Seminaren für Personalverantwortliche) oder einen Vertrag mit einem externen Dienstleister abschließen.

Zwei interessante Modelle bzw. Projekte wurden in Deutschland bzw. Österreich vorgefunden. Dort wurden Informations- und Beratungsstellen für Klein- und Mittelbetriebe geschaffen, die als Schnittstelle zwischen betrieblicher und institutioneller Ebene sowie als Schnittstelle zwischen (therapeutischen) Einrichtungen und den Unternehmen agieren. Sie helfen mit Sachinformationen und Adressen von Beratungsstellen, haben Fortbildungsangebote für Auszubildende, Meister und Interessierte sowie Unternehmerfrauen erarbeitet, entwickeln Angebote wie eine anonymen Beratung via Internet und engagieren sich im Aufbau entsprechender Erstinformationen im Internet.

4.1.2 Unternehmensbefragung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der in Kapitel 3.2 beschriebenen Unternehmensbefragung zum aktuellen Stand der Suchtprävention dargestellt. Es werden vor allem Ergebnisse dargestellt, die eine ausreichende Datenbasis haben.

Zu Beginn der Befragung wurden die Betriebe nach bestehenden **Vereinbarungen zum Suchtmittelkonsum** befragt (Tabelle 6). In beiden Branchen haben über 80 Prozent aller befragten Betriebe ein allgemeines Alkoholverbot. Eine Vereinbarung zum Nichtraucherschutz findet sich hingegen nur in vier von zehn Unternehmen, wobei allerdings der Anteil mit Regelung mit der Betriebsgröße ansteigt. Weitere Regelungen finden sich in 14 bzw. 23 Prozent der antwortenden Unternehmen. Es handelt sich hierbei meist um ein allgemeines Drogenverbot. In einem Fall wird die Teilnahme an Risikosportarten untersagt.

Tabelle 6: Vereinbarungen zum Suchtmittelkonsum (Unternehmerbefragung)

		1-9 MA	10-19 MA	20-50 MA	Gesamt
Metall	Vereinbarung zum Nichtraucherschutz (N=101)	28%	37%	65%	38%
	allgemeines Alkoholverbot (N=105)	86%	71%	85%	82%
	Regelung bezüglich anderer Suchtmittel (N=98)	12%	22%	10%	14%
Handel	Vereinbarung zum Nichtraucherschutz (N=61)	35%	38%	28%	38%
	allgemeines Alkoholverbot (N=52)	80%	78%	88%	81%
	Regelung bezüglich anderer Suchtmittel (N=57)	33%	14%	21%	23%

Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln werden in 22 Prozent aller Fälle im Metallbereich und in 17 Prozent im Handel angegeben (Abbildung 1). In den Metallbetrieben werden in diesem Zusammenhang Probleme mit Alkohol (18 Prozent) oder Drogen (4 Prozent) genannt, Spielsucht und Rauchen werden vereinzelt angegeben. Im Bereich Handel werden in diesem Zusammenhang Probleme mit Alkohol (16 Prozent) genannt, Drogen und Spielsucht finden sich als Problem zwar in wenigen einzelnen Betrieben, aber in allen Größenklassen. Auffälliger Medikamentenmissbrauch findet sich nur vereinzelt.

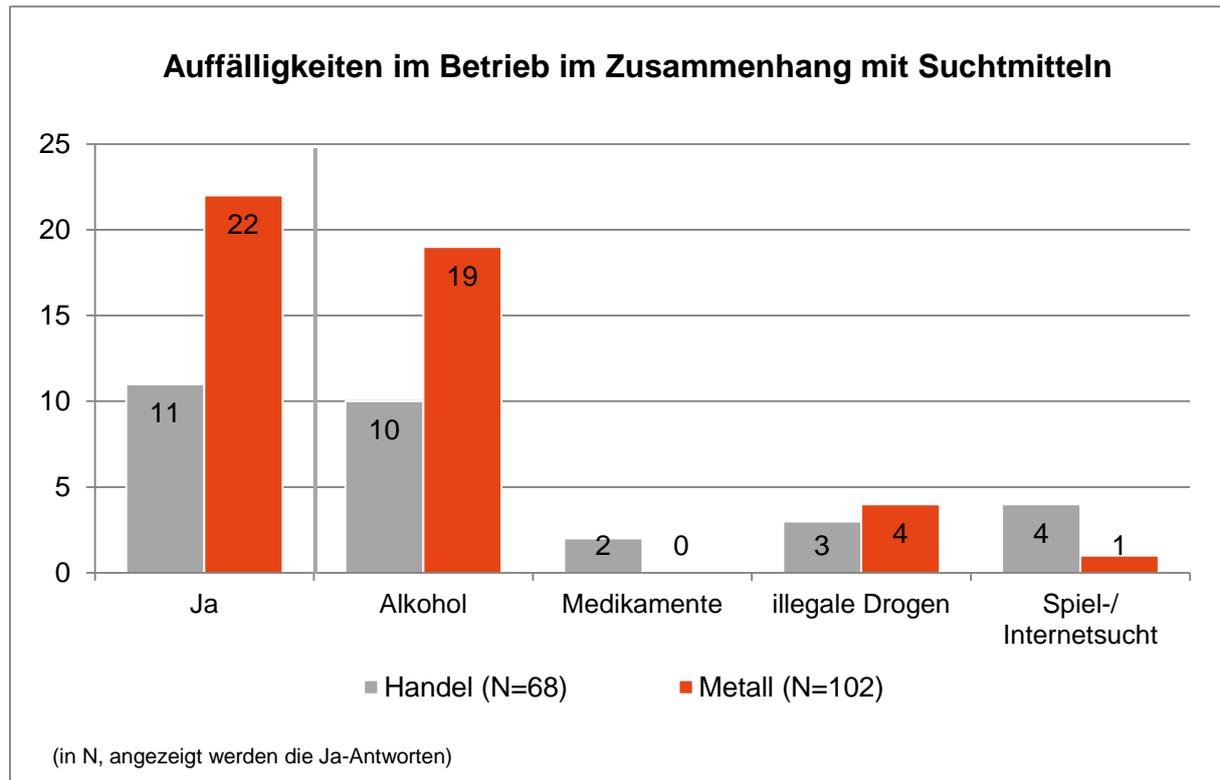


Abbildung 1: Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln (Unternehmerbefragung)

Bemerkenswert ist der starke Anstieg der Auffälligkeiten zwischen den Betriebsgrößen bis 19 Mitarbeiter und über 20 Mitarbeiter im Metallbereich: Während in den Kleinstunternehmen jede fünfte Führungskraft von Auffälligkeiten berichtet, ist es bei den kleinen Unternehmen fast jede zweite (Tabelle 7). Dieser Trend lässt sich im Bereich Handel hingegen nicht beobachten, hier liegt mit Abstand die Betriebsgröße von 10 bis 19 Mitarbeitern bei angegebenen Auffälligkeiten vorne.

Tabelle 7: Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln (Unternehmerbefragung)

	1-9 MA	10-19 MA	20-50 MA	Gesamt
Metall (N=101)	18%	18%	44%	22%
Handel (N=64)	8%	35%	19%	17%

Im Zusammenhang mit suchtpreventiven Aspekten bzw. Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden die Betriebe befragt, welches **sicherheitstechnische bzw. arbeitsmedizinische Betreuungsmodell** sie gewählt haben. Insgesamt 67 Unternehmen im Bereich Metall ha-

ben hierzu Angaben gemacht: Ein Drittel sichern die Betreuung nach dem Unternehmermodell, zwei Drittel lassen sich von externen Dienstleistern unterstützen. Im Bereich Handel haben 36 Unternehmen hierzu Angaben gemacht: 58,3 Prozent der Betriebe sichern die Betreuung nach dem Unternehmermodell, 41,7 Prozent lassen sich von externen Dienstleistern unterstützen. Hier ist zwischen den Branchen ein deutlicher Unterschied festzustellen.

In einer weiteren Frage sollten die Betriebe angeben, ob bereits Maßnahmen der **betrieblichen Gesundheitsförderung** (BGF) durchgeführt werden bzw. wurden (Tabelle 8). 29 Prozent aller Metall-Betriebe bejahen dies, wobei in den kleinsten Betrieben mit unter 10 bzw. jenen mit 10 bis 19 Mitarbeitern lediglich zwei von zehn Unternehmen ein solches Angebot haben. Unter den etwas größeren war es schon mehr als jeder zweiter Betrieb (58 Prozent; N=92). Im Bereich Handel liegen die Zahlen etwas über den Metall-Betrieben, wobei hier gerade bei den Kleinstunternehmen der Anteil mit vier Prozent allerdings noch deutlich geringer als in den Metall-Betrieben ist.

Tabelle 8: Betriebliche Gesundheitsförderung in den Betrieben (Unternehmerbefragung)

	1-9 MA	10-19 MA	21-50 MA	Gesamt
Metall (N=92)	22%	21%	58%	29%
Handel (N=61)	4%	42%	64%	33%

Betrachtet man die **Handlungsfelder**, in denen die Betriebe mit BGF tätig sind, so steht in beiden Branchen an erster Stelle die Arbeitsplatzgestaltung: Drei Viertel im Metall- bzw. zwei Drittel aller Betriebe im Handel mit Erfahrung in der Gesundheitsförderung geben an hier tätig gewesen zu sein; insgesamt sind es 10-20 Prozent aller befragten Unternehmen, die sich auf diesem Feld bewegen (Tabelle 9).

Tabelle 9: Handlungsfelder betrieblicher Gesundheitsförderung (Unternehmerbefragung)

	BGF	davon ... (Mehrfachnennungen)		
		Verhaltensprävention	Arbeitsplatzgestaltung	Arbeitsorganisation
Metall (N=92)	27	10	20	17
	100%	37%	74%	63%
Handel (N=61)	20	8	13	8
	100%	40%	65%	40%

Größere Unterschiede gibt es bei der Arbeitsorganisation und Maßnahmen der Verhaltensprävention. Die Arbeitsorganisation als Handlungsfeld geben 63 Prozent der befragten Unternehmen im Metallbereich an. Wesentlich geringere Verbreitung finden unter den KKV jedoch Maßnahmen der Verhaltensprävention, hier hatten lediglich 37 Prozent der Betriebe im Metallbereich, die betriebliche Gesundheitsförderung durchführen, Angebote.

Im Handel liegen sowohl die Arbeitsorganisation als auch die Verhaltensprävention mit 40 Prozent deutlich hinter der Arbeitsplatzgestaltung. Aus der Klasse der Betriebe mit bis zu neun Mitarbeitern liegen hier keine Nennungen vor.

Auf die Frage, ob in ihrem Betrieb **Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention** durchgeführt werden, antworten von den 107 Unternehmen aus dem Metallbereich lediglich sechs mit „ja“ (dies entspricht einem Anteil von 5,6 Prozent). Diese Betriebe konzentrieren sich dabei eher auf die Themen Alkohol (vier Nennungen) und Drogen (drei). Medikamente, Spiel- bzw. Internetsucht und Rauchen nehmen mit je einer Nennung einen geringen Schwerpunkt ein, spiegeln aber die in Abbildung 1 dargestellten beobachteten Auffälligkeiten wider.

Im Bereich Handel sind es bei 70 Antwortenden sieben Unternehmen, die Maßnahmen durchgeführt haben. Schwerpunkt sind hier ebenfalls die Themen Alkohol, aber auch Spiel- bzw. Internetsucht. Drogen, Nikotin- und Medikamentenmissbrauch werden nur von zwei Unternehmen genannt. Interessant ist, dass Betriebe mit Suchtprävention i.d.R. mit zwei Ausnahmen auch in der oben genannten betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv sind.

Nähere Angaben zu den Angeboten der antwortenden Unternehmen können nicht gemacht werden, da hierzu nur sehr vereinzelt Angaben gemacht wurden.

Zusammenfassung

Betrachtet man die **betrieblichen Rahmenbedingungen**, so finden sich allgemeine Alkoholverbote in einer hohen Zahl von Unternehmen beider Branchen. Vereinbarungen zum Nichtraucherschutz finden sich hingegen vergleichsweise seltener und weitere Regelungen zu anderen Suchtmitteln sind eher Ausnahmen. Der Anteil der Betriebe mit **Auffälligkeiten** im Zusammenhang mit Suchtmitteln erweist sich im Metallbereich als höher als im Handel. Dieser Unterschied zwischen den beiden Branchen zeigte sich auch in den eigenen Erhebungen aus dem Jahr 2007: Dort gaben 15 Prozent der Metallbetriebe Probleme mit Suchtmitteln an, aber lediglich sieben Prozent aus dem Handel (Hübner et al. 2010). Genannt werden in diesem Zusammenhang in der aktuellen Studie von den Betrieben vorrangig Probleme mit Alkohol. Medikamente, Drogen, Spielsucht und Rauchen werden nur vereinzelt angegeben.

Deutliche Unterschiede zwischen den beiden Branchen finden sich in der Umsetzung der **sicherheitstechnischen bzw. arbeitsmedizinischen Betreuung**. Lediglich ein Drittel der Metallbetriebe hat das Unternehmermodell gewählt, das von nahezu 60 Prozent der Handelsunternehmen bevorzugt wird. Bezüglich des Angebotes von Maßnahmen der **betrieblichen Gesundheitsförderung** (BGF) unterscheiden sich die Unternehmen der beiden Branchen nur unwesentlich. Jeweils ein (knappes) Drittel der Betriebe hat damit Erfahrungen gesammelt. Die geringste Verbreitung findet sich im Segment der kleinsten Betriebe im Handel. Unter den Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung steht in beiden Branchen an erster Stelle das Thema Arbeitsplatzgestaltung. Im Bereich der Arbeitsorganisation liegt der Anteil der handelnden Unternehmen der Metallbranche deutlich über jenen aus dem Handel. Maßnahmen der Verhaltensprävention werden in beiden Branchen jeweils in vier von zehn Unternehmen angeboten. Der Umsetzungsstand von Arbeits- und Gesundheitsschutz ebenso wie von BGF entspricht den Befunden eigener früherer Erhebungen (Hübner et al. 2010, Gröben 2008). Die Maßnahmen sind eher verhältnispräventiv ausgerichtet. In der Verhaltensprävention können noch Potentiale entwickelt werden

Maßnahmen der **betrieblichen Suchtprävention** finden sich sowohl im Metallbereich als auch im Handel lediglich in einer geringen Zahl der Betriebe. Die große Mehrheit dieser Unternehmen ist auch in der BGF aktiv und hat die Suchtprävention offenbar hier eingebunden. Als spezieller Bereich, in dem Suchtprävention betrieben wird, wird in beiden Branchen vorrangig das Thema Alkohol genannt. Als zweite Nennung findet sich im Metallbereich Drogenmissbrauch, im Handel hingegen Spiel- bzw. Internetsucht. Die Themen Rauchen sowie Medikamente kommen nur selten zur Sprache. Die Daten belegen, dass Suchtprävention bis dato lediglich in einem kleinen Segment der KKV thematisiert wird. Betriebe, die sich für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren und BGF vorhalten, neigen auch dazu suchtpreventive Maßnahmen mit einzubinden.

4.1.3 Mitarbeiterbefragung

Die dritte Methode, die in der Studie eingesetzt wurde, war die Mitarbeiterbefragung (zu den methodischen Details siehe auch Kapitel 3.3). Auch hier stellen wir nur die Auswertungen der Fragen mit einer ausreichenden Datenbasis vor: Bei der Mitarbeiterbefragung ist dabei eine Auswertung nach Branchen möglich, nicht jedoch eine Auswertung nach der Unternehmensgröße. Im Gegensatz zur Unternehmensbefragung wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach ihrem Geschlecht gefragt (vgl. Kapitel 3.3). Diese Variable konnte bei einigen Fragen zur erweiterten Auswertung herangezogen werden.

Die Mitarbeiter wurden gefragt, ob ihnen der Begriff „**Betriebliche Gesundheitsförderung**“ bekannt ist: Dies bejahten 55 Prozent aller Befragten (Handel: 57 Prozent; Metall: 52 Prozent). Dabei sind die Antworten von Männern und Frauen sowie zwischen den beiden befragten Branchen nahezu identisch.

Bei einer Frage sollten die Mitarbeiter angeben, ob in ihrem Betrieb in den letzten zwei Jahren **Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung** (BGF) durchgeführt wurden (Abbildung 2). In beiden Branchen gaben lediglich 13 Prozent aller befragten Mitarbeiter an, dass in ihren Unternehmen innerhalb der letzten zwei Jahre entsprechende Maßnahmen stattfanden. Gut ein Fünftel der befragten Mitarbeiter weiß jedoch nicht, ob es Aktionen in dieser Richtung gab. Unterschiede zwischen den Branchen lassen sich auch hier keine feststellen.

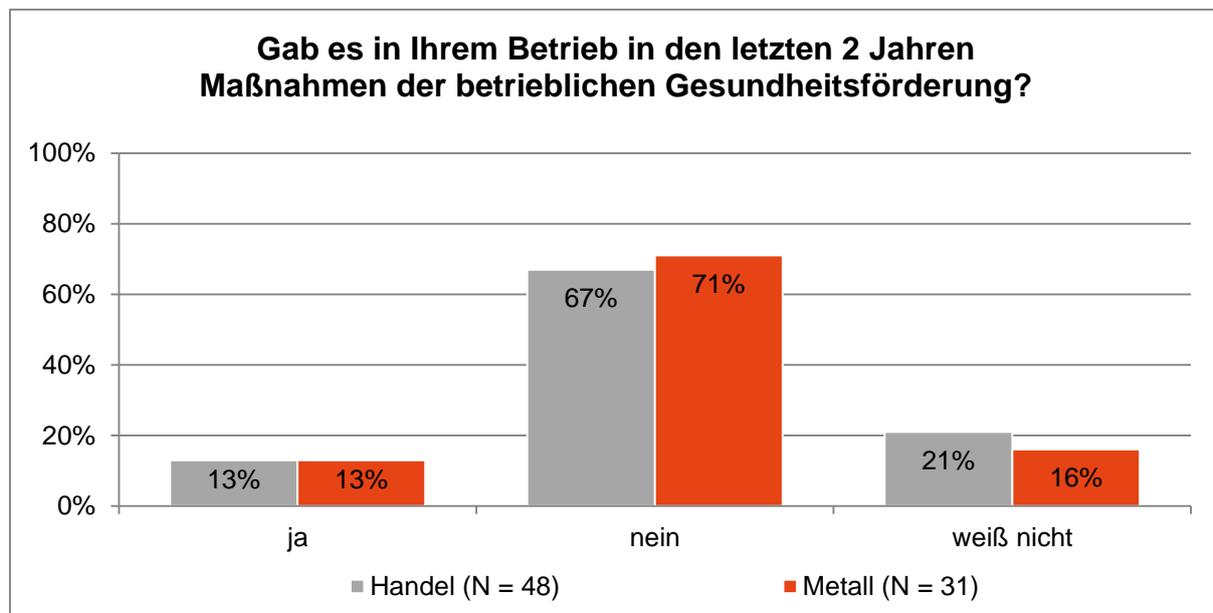


Abbildung 2: Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Mitarbeiterbefragung)

Zur Konkretisierung sollten die **Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung** benannt werden: Maßnahmen der BGF betrafen bei den wenigen Unter-

nehmen in gleichem Maße Verhaltensschulungen und Veränderungen der Arbeitsplatzgestaltung. In nur einem Unternehmen wurden arbeitsorganisatorische Maßnahmen durchgeführt. Ebenso häufig finden in den Unternehmen regelmäßige Gespräche zu Gesundheitsthemen statt: Neun Mitarbeiter bzw. 13 Prozent aller Befragten geben dieses an. Aufgrund der geringen Fallzahl sind diese Ergebnisse jedoch vorsichtig zu bewerten.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden ebenso wie die Unternehmer gefragt, ob sie **Auffälligkeiten im Betrieb im Zusammenhang mit Suchtmitteln** bemerkt haben. Im Bereich Handel geben 13 von 48 Mitarbeitern (27 Prozent) an, dass sie in ihrem Betrieb auffälliges Verhalten durch Suchtmittel beobachten konnten (Abbildung 3). Im Metallbereich sind es 11 von 31 Mitarbeitern (35 Prozent).

Wie auch schon bei der Unternehmerbefragung liegt das Hauptaugenmerk auch bei den Beobachtungen durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beim Thema Alkohol. Interessant zu erwähnen ist auch, dass das Thema „illegale Drogen“ bei Metallunternehmen, nicht aber im Handel genannt werden. Hier gibt es Abweichungen zu den Angaben aus der Unternehmerbefragung (Kapitel 4.1.2), wo es im Handel drei von 68 und im Metallbereich vier von 102 Antwortenden beobachtet haben. Insgesamt werden von den Mitarbeitern deutlich mehr Auffälligkeiten angegeben als von den befragten Unternehmern (vgl. Abbildung 1).

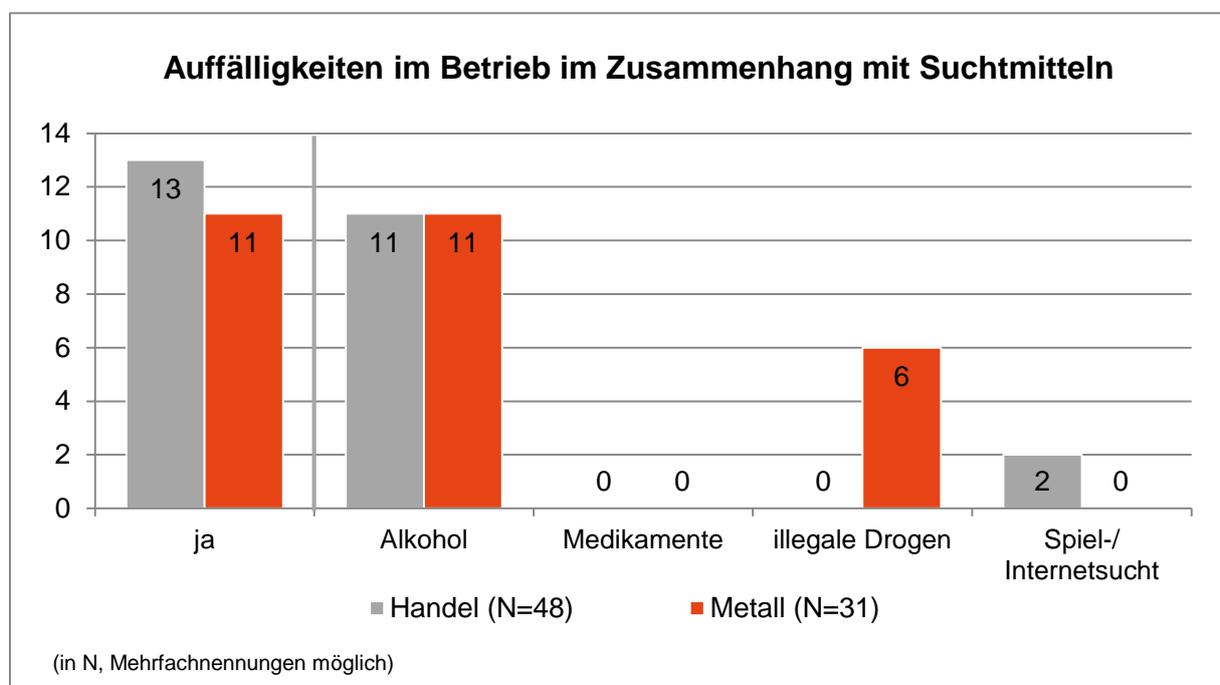


Abbildung 3: Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln (Mitarbeiterbefragung)

In einer Frage wurden die Mitarbeiter zum Stand der Suchtprävention im Betrieb befragt, wobei Vereinbarungen zum Umgang mit Suchtmitteln einen wesentlichen

Schwerpunkt einnehmen, wie auch schon die Ergebnisse der Unternehmensbefragung im vorhergehenden Kapitel zeigten. Über 70 Prozent aller befragten Mitarbeiter geben an, dass in ihrem Unternehmen ein allgemeines Alkoholverbot herrscht (Tabelle 10). Eine Vereinbarung zum Nichtraucherschutz findet sich hingegen nur in 42 Prozent der Unternehmen. Weitere Regelungen bezüglich anderer Suchtmittel gibt es laut den antwortenden Mitarbeitern in 12 Prozent ihrer Betriebe. Hierbei handelt es sich meist um ein allgemeines Drogenverbot.

Tabelle 10: Vereinbarungen zum Suchtmittelkonsum (Mitarbeiterbefragung)

		ja	nein	weiß nicht
Gesamt	Vereinbarung zum Nichtraucherschutz (N=31)	42%	48%	10%
	allgemeines Alkoholverbot (N=31)	71%	20%	9%
	Regelung bezüglich anderer Suchtmittel (N=31)	12%	67%	22%
Metall	Vereinbarung zum Nichtraucherschutz (N=31)	45%	45%	10%
	allgemeines Alkoholverbot (N=31)	71%	19%	10%
	Regelung bezüglich anderer Suchtmittel (N=31)	10%	74%	16%
Handel	Vereinbarung zum Nichtraucherschutz (N=47)	40%	49%	11%
	allgemeines Alkoholverbot (N=47)	72%	19%	9%
	Regelung bezüglich anderer Suchtmittel (N=46)	13%	61%	26%

Insgesamt sind kaum Unterschiede zwischen den Branchen zu erkennen. Interessant ist jedoch der Vergleich der Antworten der befragten Mitarbeiter und Unternehmer: Während die Angabe der Vereinbarungen zum Nichtraucherschutz nahezu identisch ist, weichen die Angaben bei dem Alkoholverbot und Regelungen zu sonstigen Suchtmitteln ab (Abbildung 4). Der hohe Anteil an Mitarbeitern, die den genauen Stand nicht kennen, kann hierfür jedoch eine Erklärung sein.

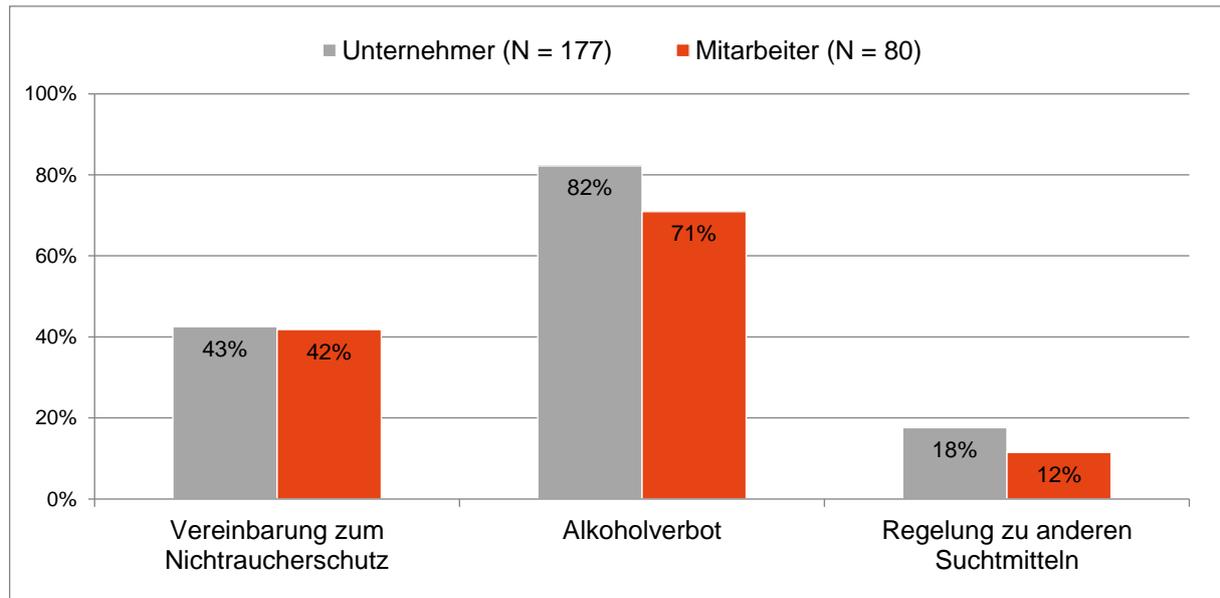


Abbildung 4: Vereinbarungen zum Suchtmittelkonsum (Vergleich Mitarbeiter- und Unternehmerbefragung)

Auf die Frage, ob in ihrem Betrieb in den letzten zwei Jahren **Maßnahmen der Suchtprävention** zum Thema Alkoholmissbrauch durchgeführt wurden, antworten nur knapp 7 Prozent der befragten Mitarbeiter mit „ja“. Zu den Themen illegale Drogen bzw. Spiel-/Internetsucht sind es sogar jeweils nur knapp 3 Prozent, während zum Thema Medikamentenmissbrauch lediglich 1 Prozent der befragten Mitarbeiter von suchtpreventiven Maßnahmen in ihren Unternehmen in den letzten zwei Jahren berichten.

Betrachtet man die Handlungsfelder der betrieblichen Suchtprävention, so werden am ehesten Mitarbeitergespräche durchgeführt (7,5 Prozent). In 5 Prozent aller Fälle finden Informationsveranstaltungen statt. Andere suchtpreventive Maßnahmen wie Alkohol- oder Drogentests, disziplinarische Maßnahmen oder unterstützende Maßnahmen wie das Angebot von Therapien oder gezieltes stufenweises Vorgehen spielen in den Unternehmen der befragten Mitarbeiter kaum eine Rolle.

Zusammenfassung

Trotz unterschiedlicher Stichproben stimmen die Angaben der Mitarbeiter mit den Ergebnissen der Unternehmensbefragung überein. Auch die Mitarbeiter sehen – neben den hoch angegebenen Vereinbarungen zum Umgang mit Suchtmitteln – bislang nur vereinzelt Ansätze der betrieblichen Suchtprävention.

Sowohl bei den Vereinbarungen zum Nichtraucherschutz oder zum Alkoholverbot sowie bei sonstigen Regelungen besteht aber bei einem erheblichen Teil der Mitarbeiter Unsicherheit, ob es Regelungen gibt oder nicht.

An dieser Stelle soll noch einmal auf den höheren Anteil an Mitarbeitern hingewiesen werden, die suchtmittelbedingte Auffälligkeiten bei ihren Kollegen wahrgenommen haben. Die Mitarbeiter scheinen somit auch noch nicht der Geschäftsführung kommunizierte Schwierigkeiten wahrzunehmen.

4.1.4 Qualitative Interviews und Expertenkreis

Diese Interviews waren der vierte Baustein der Studie, zur Methode und den Interviews vgl. auch Kapitel 3.4.

Zur Einschätzung des Umsetzungsstands in Unternehmen:

Übereinstimmend wird von den Expertinnen und Experten die **momentane Situation** in Kleinst- und Kleinunternehmen wie folgt eingeschätzt: In Großunternehmen haben sich umfassende und systematische Regelungen und Konzepte durchgesetzt. In Kleinst- und Kleinunternehmen gibt es jedoch nur sehr wenig Interesse, sich mit dem Thema zu beschäftigen. Wenn überhaupt, dann handelt es sich um Unternehmen, in denen es einen akuten Einzelfall gibt – in der Regel einen erkrankten oder auffälligen Beschäftigten –, der ohne externe Unterstützung nicht mehr gelöst werden kann.

Urteil eines Experten aus dem Handwerksbereich:

„Suchtprävention in den Betrieben steht in den Anfangsschuh, Unternehmen müssen zuerst sensibilisiert werden, wie erkenne und reagiere ich auf das Problem? Hierzu gibt es keine Hilfestellungen. Eine 2011 ausgeschriebene Weiterbildungsveranstaltung zur Sucht für das Handwerk (Hessen) musste wegen mangelnder Nachfrage abgesagt werden“

Ein Unterschied zu Großunternehmen besteht zudem darin, dass in diesen meist schriftliche betriebliche Vereinbarungen bestehen. In kleinen Unternehmen sind die Ideen und Maßnahmen nicht schriftlich fixiert, man findet sie oft nur im „Kopf des Unternehmers“.

Der Experte einer Innungskrankenkasse zum Umsetzungsstand:

„Grundsätzlich gibt es in den Großunternehmen ein standardisiertes Vorgehen, Interesse ist oft vorhanden. Bei den KKV ist die Umsetzung sehr schwierig, bei Unternehmen bis 50 Mitarbeitern gibt es nur in Einzelfällen verankerte Maßnahmen: Konzepte und Ideen werden nicht aufgeschrieben, sondern sind nur "im Kopf des Unternehmers". Wissen ist dabei häufig vorhanden, die Umsetzung erfolgt aber nicht.“

Dass sich nur sehr vereinzelt Unternehmerinnen und Unternehmer in dem kleinbetrieblichen Bereich mit dem Thema Suchtprävention beschäftigen, macht sich auch bei der Suche nach kleinbetrieblicher "Good practice" bemerkbar. Von den Experten konnten keine kleinen Unternehmen als Leuchttürme genannt werden.

Von den Experten wurden sowohl in den Expertenkreis-Sitzungen als auch in den Interviews hervorgehoben, dass das **Thema Alkohol** im Betrieb weiterhin an erster Stelle einer betrieblichen Problemliste zu Suchtfragen steht.

Uneins sind sich die Expertinnen und Experten bei der Umsetzung des **Nichtraucherschutzgesetzes**: Ein Großteil gibt an, dass das Gesetz in den meisten Unternehmen umgesetzt wurde; vereinzelt wurde aber auch die Erfahrung gemacht, dass etliche Unternehmen den betrieblichen Nichtraucherschutz nicht angemessen umgesetzt haben.

Ein Arbeitsmediziner, der etliche Kleinstunternehmen betreut, charakterisiert die Situation wie folgt:

„In großen und mittleren Unternehmen gibt es Ansätze zur Suchtprävention: In kleinen und gerade kleinsten Unternehmen ist nichts da, da mangelt es schon am Nichtraucherschutz: In 60 Prozent wird er konsequent umgesetzt, bei 20 Prozent gibt es eine Neigung zum Umsetzen, bei 20% muss man bei Null anfangen.“

Eine wissenschaftliche Expertin schätzte ein:

„Rauchen ist eigentlich kein Thema mehr, allerdings wird in bestimmten Bereichen (Pflege) immer noch stark geraucht.“

Medikamente, Spiel-/Internetsucht und illegale Drogen kommen zwar in Unternehmen vor, werden aber oft nicht erkannt und in den Unternehmen kaum behandelt. Illegale Drogen werden aus Expertensicht jedoch gerade von Auszubildenden in relevantem Ausmaß konsumiert.

Ein Experte aus dem Aus- und Weiterbildungsbereich des Handwerks schätzt den Konsum von illegalen Drogen bei den Auszubildenden als problematisch ein:

„Berufsschulen sind noch nicht für das Thema sensibilisiert, es gibt wenig Interesse der Lehrer, das Problem aufzugreifen. Aber auch die Betriebe wollen von dem Thema wenig wissen. Nach meiner Erfahrung haben 85 Prozent der Azubis Drogenerfahrungen, etwa 15 Prozent konsumieren regelmäßig (Alk, Hasch Ecstasy, Verräucherungsmittel). Insgesamt ist die Bereitschaft der Jugendlichen, Drogen auszuprobieren, hoch.“

Ein medizinischer Experte aus dem Bereich der Deutschen Rentenversicherung (DRV) betonte, dass bezüglich des missbräuchlichen Medikamentenkonsums die empirische Datenbasis unzureichend sei. Während zur Rehabilitation von Alkoholkranken detaillierte Daten bei der DRV verfügbar seien, falle ein Medikamentenmissbrauch oft erst während einer medizinischen Reha-Maßnahme, z.B. bei der Indikation psychische Erkrankung auf und werde somit nicht statistisch erfasst. Medikamentenmissbrauch, der bei Frauen häufiger als bei Männern auftrete, könne deshalb unterschätzt sein.

Ansprechpartner für Betriebe

Stand der Information: Wie auch schon die Literaturrecherche zeigte, gibt es eine Vielzahl an Akteuren, die das Thema überbetrieblich in die Breite transportieren, aber auch den Unternehmen bzw. Multiplikatoren direkt zur Verfügung stehen – Krankenkassen, Suchthilfeeinrichtungen oder Berufsgenossenschaften sind nur ein kleiner Teil möglicher Ansprechpartner.

Insbesondere Berufsgenossenschaften und Krankenkassen bieten Unternehmen, aber auch den Verbänden und Kammern eine Palette von Maßnahmen an: Informations- und Beratungshotlines der Berufsgenossenschaften, schriftliche Informationen und Broschüren für Führungskräfte und Multiplikatoren oder Veranstaltungen wie Führungskräfte-seminare. Allerdings werden von KKV diese Angebote nur wenig nachgefragt.

Der Experte einer suchtpreventiv sehr engagierten Krankenkasse merkte an:

„Wirkliche Primärprävention ist bei der Zielgruppe Kleinst- und Kleinunternehmen sehr schwierig, gerade wenn kein Leidens – oder akuter Problemdruck vorhanden ist.“

Als zentraler Ansprechpartner für Suchtprävention sollte – laut Gesetz – der Betriebsarzt fungieren. Etliche KKV haben aber keine regelmäßige arbeitsmedizinische

Betreuung, zudem ist die Zahlungsbereitschaft der KKV für deren besondere Beratungsleistungen gering,

Unter den Experten besteht Konsens, dass das Informationsangebot für KKV groß, aber vielfach für diese nicht transparent ist und sie regionale Ansprechpartner benötigen. Eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Akteure ist dafür notwendig. Zudem müsste die Angebote teilweise stärker auf die Situation und Nutzungsgewohnheiten der KKV zugeschnitten werden,

Da einzelne KKV schlecht zu erreichen sind bzw. der Aufwand dafür sehr groß ist, sollten überbetriebliche Ansätze ausgebaut werden: Überbetriebliche Ansätze haben sich im Bereich der Aus-/ Weiterbildung (z.B. AzubiFit, Kapitel 4.1.1.2) bewährt. Überbetriebliche Schulungen von Sicherheitsbeauftragten oder von Kleinstunternehmer werden im Bereich der Berufsgenossenschaften durchgeführt; als sinnvoll werden Aktionstage zu Präventionsthemen von Innungen oder Kammern angesehen

4.2 Hemmende und fördernde Faktoren

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu hemmenden und fördernden Faktoren dargestellt, die wie im vorherigen Kapitel auf der Literaturrecherche, der Unternehmer- und Mitarbeiterbefragung sowie den Aussagen der Experten im Expertenkreis beruhen.

4.2.1 Literaturrecherche

Wie werden KMU bzw. KKV in Fragen der Prävention am besten angesprochen? Gibt es spezielle Zugänge bei Gesundheitsthemen? Welche Fragen beschäftigen KKV?

Auf folgende Quellen wird in diesem Kapitel Bezug genommen:

Tabelle 11: Literatúrauswahl zu hemmenden und fördernden Faktoren

Quelle	Thema
1. Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt“ der Spitzenverbände von Unfall- und Krankenversicherung (2004)	Modellprojekt mit Empfehlungen
2. Rexrodt und Ramsauer (2004)	Modellprojekt BEM mit Empfehlungen
3. Mangold und Kreyer (2006)	Befragung mit Empfehlungen

4. Sczesny, Keindorf & Droß (2011)	Befragung mit Empfehlungen
5. TK (2008)	Befragung mit Empfehlungen
6. Amann & Kuchenbecker 2009	Befragung mit Empfehlungen
7. Hübner et al. (2010)	Befragung mit Empfehlungen
8. Beck (2011)	Evaluationsstudie
9. European Agency for Safety and Health at Work (2011)	Literaturreview mit Empfehlungen
10. Moser und Karlqvist (2004)	Literaturreview mit Empfehlungen
11. Abendroth et al. (2003)	Empfehlungen

Zur Beantwortung der oben aufgeführten Fragen werden 11 der im Rahmen der Recherche identifizierten Quellen herangezogen. Es handelt sich dabei um Ergebnisse von Modellprojekten und daraus abgeleiteten Empfehlungen. Zudem greifen wir zurück auf die Ergebnisse von Befragungen und den hieraus gezogenen Schlüssen. Weiterhin finden eine Evaluationsstudie, zwei Reviews sowie eine Empfehlung Berücksichtigung.

Der **Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt“ der Spitzenverbände von Unfall- und Krankenversicherung** (2004) gibt in seinem Positionspapier zu den Ergebnissen des Integrationsprogramms Arbeit und Gesundheit (IPAG) von Unfallversicherung und Krankenkassen Hinweise für notwendige Kooperationsstrukturen und Präventionsansätze für kleine Unternehmen. Das Modellprojekt aus den Jahren 1998 bis 2001 hatte zum Ziel, neue Methoden und Instrumente zu entwickeln, um die Zusammenarbeit der beiden Sozialversicherungszweige im Bereich der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in KMU zu optimieren.

Ein Projektschwerpunkt befasste sich mit dem Aufbau branchenbezogener, regionaler Kooperationsstrukturen und der Ableitung von Präventionsansätzen. Für diesen Projektbereich wurden Branchen ausgewählt, in denen überwiegend Klein- und Kleinbetriebe vertreten sind, wie z.B. das Kfz-Handwerk oder das Fleischerhandwerk.

Auf der Grundlage der in den Projekten gewonnenen Erkenntnisse wurden folgende Empfehlungen für den Aufbau von Kooperationsstrukturen und Präventionsansätzen für KKV abgeleitet:

- Nutzung der in der Branche vorhandenen Organisationsstrukturen als Forum für die Kommunikation z.B. über Kreishandwerkerschaften oder Innungen.
- Anbieten schneller, konkreter und greifbarer Lösungen ohne großen organisatorischen und strukturellen Aufwand.
- Einstieg in ein Projekt über eine für Kleinbetriebe aktuell wichtige Frage (z.B. Abrechnungsverfahren mit der Krankenkasse).
- Überzeugen der Betriebsentscheider vom betriebswirtschaftlichen Nutzen des Projektes.
- Kurzfristige und flexible Problemlösungsstrategien.
- Möglichst geringer Zeit-, Personal- und Finanzaufwand.
- Systematisches Vorgehen in der Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenversicherung.

Abschließend stellt der AK in seinem Papier fest: „Im IPAG wurden neue, intensive Kontakte zwischen Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Branchenvertretern und weiteren Arbeitsschutzinstitutionen geknüpft... Dieses Vorgehen war eine wichtige Voraussetzung dafür, bei den kleinen Betrieben der ausgewählten Branchen Interesse am Arbeits- und Gesundheitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung zu wecken. Aufgrund kleinbetrieblicher Strukturen ist überbetriebliche Kooperation besonders sinnvoll. So bieten betriebliche Netzwerke, in denen sich Unternehmerinnen und Unternehmer gleicher oder ähnlicher Branchen zusammenschließen, um Erfahrungen auszutauschen und Probleme in einem „betrieblichen Netzwerk“ zu lösen einen weiteren interessanten Ansatz für mehr Gesundheit in kleinen Unternehmen.“

Rexrodt und Ramsauer (2004) berichten von einem Projekt, dessen Ziel es war, ein Beratungskonzept für KMU zu entwickeln, das geeignet ist, mit Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation der Ausgliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitern entgegen zu arbeiten. Das Konzept basierte auf Beratungen, die das Ziel verfolgten, einen Erhalt des Arbeitsplatzes von Beschäftigten zu erreichen oder schwerbehinderte Menschen in Betriebe einzugliedern.

Ein besonderes Gewicht wurde auf das Gewinnen von Ansprech- und Kooperationspartnern bei Kammern, Innungen, Unternehmensverbänden und Krankenkassen ge-

legt. Durch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit in Fachorganen von Handwerksverbänden und der regionalen Tagespresse wurde für das Projekt geworben.

Zur Umsetzung des branchenunabhängigen, niederschwellig und auf einem aktiven Ansatzes (nicht auf der vorherrschenden „Komm-Struktur“ basierenden Beratungskonzepts) wurden Fragebögen, Handlungsleitfaden und Materialien zur Falldokumentation erstellt.

An Hand verschiedener Beratungsfälle stellen die Autoren die vielfältigen Anforderungen an das Beratungsteam bzw. Netzwerk dar. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Präventions- und Rehabilitationsberatung werden dort diskutiert.

Als Kennzeichen des Erfolges des Beratungskonzepts aus Sicht der Betriebe wurden die folgenden Punkte genannt:

- Ansprache der Unternehmen durch die Berater, nicht umgekehrt,
- Abbau von Vorurteilen gegenüber externen Behörden mit Beratern, denen unterstellt wird in den Betriebsablauf reglementierend, unverhältnismäßig und Kosten verursachend eingreifen zu wollen,
- Umfassende Beratung zu „Arbeit und Gesundheit“ für den konkreten Arbeitsplatz und gleichzeitige Hilfsangebote zu Themen der Prävention und Gesundheitsförderung,
- auf die Belange des jeweiligen Unternehmens zugeschnittene Lösungen.

Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich haben **Mangold und Kreyer** (2006) Motivanalysen zur Gesundheitsförderung in KMU erstellt, aus denen sie Argumentationslinien und Strategien für eine Verbesserung der Situation ableiten.

Die Frage, warum Besitzer von KMU in Österreich etwas für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter unternehmen oder nicht, stand an erster Stelle. Hierzu wurden 698 Personen aus dreizehn verschiedenen Branchen befragt.

Auf der Grundlage der Befragungsergebnisse wurden Argumente für Unternehmer und Führungskräfte in den KMU abgeleitet sowie Vorschläge und Strategien, wie ein Vorgehen aussehen könnte. Im Kern ging es darum, wie aufeinander abgestimmte Strukturen, Maßnahmen und Hilfsmittel/Angebote aussehen sollen, damit KMU in Österreich Gesundheitsförderung implementieren und erfolgreich durchführen können.

Die Empfehlungen für Argumentationslinien ergeben sich wie folgt:

- BGF entlastet das Unternehmen. Es wird ihm finanziell besser gehen. Investitionen in Gesundheit zahlen sich aus.

- Information zu BGF sollten den Weg über Fachzeitschriften der persönlichen Beratung vorziehen.
- Betriebseigner sollten aufgefordert werden, selbst mit anzupacken. Als Beispiel wird eine Kombination genannt aus persönlichem Engagement für die Mitarbeiter in Sachen Gesundheit, zusammen mit Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern sowie den Konsequenzen aus negativen Erlebnissen bei Ausfällen aufgrund von Krankheiten verbunden mit der Möglichkeit durch Gesundheitsförderung längerfristig Kosten zu senken.

In einem jüngeren Projekt der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gehen **Sczesny, Keindorf und Droß** (2011) der Frage nach, wie es um den „Kenntnisstand von Unternehmen auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in KMU“ bestellt ist. Sie führten hierzu eine repräsentative Befragung von Inhabern bzw. Geschäftsführern in Klein- und Kleinstunternehmen durch. Ziel der Befragung war es unter anderem, Erkenntnisse über die Wege der Aneignung von Arbeitsschutzwissen und die genutzten Beratungsangebote zu gewinnen.

Befragt wurden 1000 Betriebe aus den verschiedensten Branchen. Das Gros der Betriebe (85 Prozent) hatte 1 bis 9 Mitarbeiter. In 7,5 Prozent der befragten Betriebe gab es eine betriebliche Interessenvertretung.

Als zentrale Befunde der Befragung werden genannt:

- „Mit steigender Betriebsgröße steigt der Anteil der Geschäftsführer/innen, die sich für die bedarfsorientierte bzw. Regelbetreuung entschieden haben.
- Je älter die Unternehmer/innen sind, desto häufiger entscheiden sie sich für die bedarfsorientierte Betreuung und gegen die Regelbetreuung. Gleichwohl dominiert in allen Altersklassen eine unklare Betreuungssituation“ (Sczesny et al. 2011, 23).

Anlässe für eine Inanspruchnahme externer Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes lagen eher in Regelaufgaben begründet. Gestaltungsorientierte Anlässe wurden kaum vorgefunden. 45,9 Prozent der befragten Betriebe, die in einer Regelbetreuung sind, können sich Anlässe für eine externe Unterstützung vorstellen. In Betrieben mit bedarfsorientierter Betreuung waren es 42,1 Prozent, wenn die Arbeitgeber eine Schulung absolviert hatten (37,9 Prozent wenn nicht).

Rund zwei Drittel der befragten Unternehmen nahmen bei Problemen mit wichtigen Arbeits- und Gesundheitsschutzaufgaben Kontakt zu externen Beratungsstellen auf. Es handelt sich dabei in erster Linie um Berufsgenossenschaften

60 Prozent der KKV benötigen weitere Informationen rund um den Arbeits- und Gesundheitsschutz. Bereits genutzt wurden: Broschüren, Checklisten der Berufsgenossenschaften und das Internet. Praxisbeispielen aus anderen Betrieben sowie einem Austausch mit anderen Betrieben wurde ein hoher Nutzen zugesprochen.

Eine weitere Befragung von Unternehmen zu Widerständen gegen betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen wurde von der **Techniker Krankenkasse** (TK, 2008) durchgeführt. Hierzu wurden Expertinnen und Experten befragt, betriebliche Entscheider interviewt und eine Online-Befragung durchgeführt. Die Ergebnisse beruhen auf Informationen aus circa 500 Unternehmen.

In ihren Schlussfolgerungen kommen die Autoren zu dem Schluss, dass als zentrale Hindernisse hohe erwartete Kosten gesehen werden, keine Zeit vorhanden ist (das Tagesgeschäft geht vor) und keine echten Probleme mit der Gesundheit vorliegen.

Um mit dem Thema Gesundheitsförderung trotzdem im Betrieb voranzukommen, wird den Beratern der Kasse empfohlen, nach innovativen Lösungen zu suchen, um Aufmerksamkeit zu erzeugen und Interesse zu wecken (z.B. Beilage von Flyern oder Broschüren in der „Lohntüte“). Die Kasse selbst folgert für sich die Notwendigkeit unbürokratische Hilfestellung bieten zu können, z.B. durch eine leicht erreichbare Anlaufstelle bei Problemen oder Rückfragen (wie Telefon-Hotline, persönlichen Berater, zuverlässiges E-Mail-System oder Online-Kontaktformulare). Als weiterer Erfolgsfaktor wird der Lebensstil der Führungskräfte bzw. Betriebseigner angesehen: „Aktive, gesundheitsbewusste und nicht-rauchende Geschäftsführer setzen häufiger gesundheitsfördernde Maßnahmen in ihren Betrieben um. Weniger gute Vorbilder investierten auch weniger in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter.“

In einer eigenen **Studie des RKW Kompetenzzentrums** zum Thema „Einzelhandel – Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der Kleinst- und Kleinbetriebe“ (Amann & Kuchenbecker 2009) wurde im Rahmen von Experteninterviews (30 Interviews) und telefonischen Betriebsbefragungen (92 Unternehmen mit bis zu 100 Mitarbeitern) den Fragen nachgegangen, welche Bedarfe, Interessen und bevorzugten Transferwege aus Sicht der Unternehmer und Führungspersonen im kleinst- und kleinbetrieblichen Einzelhandel zum Thema Gesundheitsförderung vorliegen.

Es zeigte sich, dass in den Unternehmen sowohl persönliche wie auch betriebliche Gesundheitsmaßnahmen als wichtig für den Erfolg des gesamten Unternehmens angesehen werden, aber wenig verbreitet sind. Auf Grund der gewonnenen Erkenntnis wird dafür plädiert stärker als bisher Handlungsoptionen im Bereich der Gesund-

heitsförderung aufzuzeigen, insbesondere, wie Präventionsmaßnahmen möglichst mit geringem Zeit- und Kostenaufwand umgesetzt werden können.

An Präventionsdienstleister wird die Frage gerichtet, ob Angebote zur Stärkung der persönlichen Kompetenzen – wie z.B. Stressbewältigung – stärker mit Themen der fachlichen Kompetenz – wie z.B. Finanzierungen, Sicherung der Auftragslage etc. – verknüpft werden könnten.

Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass gerade in Kleinst- und Kleinunternehmen es vielversprechend sei, jene Medien und Interaktionsformen zu nutzen, die von den Unternehmern bereits regelmäßig in ihrem Betriebsalltag genutzt werden, wie z.B. branchenbezogenen Fachzeitschriften.

Im Rahmen einer weiteren Studie des **RKW Kompetenzzentrums** (Hübner et al. 2010) wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Welche Zugangswege nehmen sowohl Beschäftigte als auch Betriebseigner zur Lösung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren wahr, kennen oder wünschen sie sich?
- Kennen sie die Beratungsstrukturen und wie schätzen sie diese ein?
- Welche betriebsspezifischen Probleme bestehen im Bereich Gesundheit oder werden wahrgenommen?
- Welche Angebotsstruktur wird ihren Bedürfnissen gerecht?

Die Befunde zeigen: Der Stellenwert von Gesundheitsthemen bzw. BGF in kleinen und mittleren Unternehmen ist überwiegend gering bis nicht vorhanden. Wenn BGF in den Betrieben auftaucht, dann meistens nur vereinzelt, sporadisch und nicht systematisch. In den meisten Betrieben fehlt sowohl das Bewusstsein für das Thema Gesundheit als auch die zur Umsetzung von Maßnahmen nötigen Informationen. Eigenständige Nachfragen zu Belangen der BGF treten nur sehr selten auf. Themenbereiche der BGF in KMU werden überwiegend davon bestimmt, welche Themen durch die überbetrieblichen Akteure in die Betriebe getragen werden. Wenn es zu eigenständiger Nachfrage seitens der Betriebe kommt, handelt es sich in den meisten Fällen um Themen, die in der öffentlichen Diskussion einen prominenten Platz einnehmen (z.B. Rückenschulen/-trainings oder Raucherentwöhnung).

Neben dem mangelnden Bewusstsein und Informationsstand verhindern vor allem die knappen finanziellen und zeitlichen Ressourcen systematische Aktivitäten im Bereich der BGF.

Die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und andere überbetriebliche Akteure versuchen, durch Informationskampagnen und direkte Ansprache einen Anstoß zu

Aktivitäten der BGF zu geben. Neben der direkten Ansprache und dem Angebot von Programmen zur BGF gelang den überbetrieblichen Akteuren der Einstieg in Gesundheitsthemen auch über „trojanische Pferde“, wie z. B. Hygieneschulungen oder Seminare zur Lohnbuchhaltung. Auch bei Betriebsbesuchen wie Revisionen und Begehungen tauchten immer wieder Fragen zu Gesundheitsthemen im persönlichen Gespräch auf.

Eine Verstärkung der Kooperation der überbetrieblichen Handelnden im Hinblick auf Information, gemeinsame Angebote, Prämiensysteme usw. sollte angestrebt werden. In diese Kooperationen sollten zudem verstärkt „unternehmensnahe Akteure“ wie Handwerks- bzw. Industrie- und Handelskammern, Verbände, Innungen etc. einbezogen werden. Nach Einschätzung der befragten Institutionen werden Krankenkassen oder auch Berufsgenossenschaften zwar als kompetent in Fragen zu Gesundheitsthemen angesehen, konkrete Hilfe zu den unterschiedlichsten Themen wird aber von den Berufsorganisationen erwartet.

Um Unternehmer zur Durchführung von Maßnahmen der BGF überzeugen zu können, müssen sich die Angebote an den betrieblichen Gegebenheiten und Anlässen in KMUs orientieren. Der Vorteil für den Betrieb sollte deutlich ersichtlich sein. Der Aufwand und die Kosten für den Betrieb müssen niedrig gehalten werden. Die Beratung und Durchführung der Maßnahmen müssen sich sowohl thematisch als auch organisatorisch individuell am Betrieb ausrichten. Von der Durchführung von Maßnahmen der BGF versprechen sich die Unternehmer überwiegend eine Senkung des Krankenstandes und eine bessere Produktivität im Betrieb. Eine gesundheitsförderliche Verhaltensänderung der Mitarbeiter zählt nur in Ausnahmefällen zu den Erwartungen der Unternehmerinnen und Unternehmer.

Zur Information wünschen sich die meisten Betriebe CD-ROM bzw. DVD, Broschüren bzw. Flyer oder ein Internetportal.

Betriebe, die ausbilden, sowie Unternehmen mit einem Hauptverantwortlichen für die Personalarbeit und Betriebe mit Kontakt zu Mitarbeitern einer Krankenkasse engagieren sich signifikant häufiger in der BGF als die übrigen Betriebe.

Seit einigen Jahren arbeiten die **Berufsgenossenschaften Holz und Metall** bzw. **Handel und Warendistribution** mit einem „Selbst-Check“, der ihre Mitgliedsbetriebe befähigen soll, eine partizipative Beurteilung und Optimierung ihrer Arbeitsbedingungen durchzuführen. Im Rahmen einer Studie der Hans Böckler Stiftung hat **Beck** (2011) 14 Kleinunternehmer zu ihren Einschätzungen und Erfahrungen zum Check befragt. Ziel der qualitativen Studie war es, Motive und Handlungsbedingungen für die Anwendung oder Nichtanwendung des Verfahrens herauszufinden.

Die Auswertung der Interviews ergab drei Typologisierungen für die Anwendung des Verfahrens: Es wurde genutzt als

- Vorbeugungsprogramm,
- Mängelbehebungsprogramm oder
- Verbesserungsprogramm.

In seinem Resümee vertritt Beck die Ansicht, dass das Selbst-Check-Verfahren grundsätzlich geeignet sei, zeitgemäße Gesundheitspolitik in KKV einzuleiten. Er sieht aber auch, dass dies nur dort möglich sei, wo bestimmte Voraussetzungen gegeben sind. Als Voraussetzung für eine Umsetzung fand er

- Pflichtumsetzung wegen Aufforderung durch die Unfallversicherer,
- Mängelbeseitigung nach Vorfällen,
- Wunsch zur Verbesserung des eigenen Standards,
- Zurückliegende positive Erfahrungen mit externen Institutionen beim Thema, wie BG, GKV,
- Umsetzung nach Anmahnung.

Als Ursache für ein Nichtumsetzen des Checks nennt er „Vergessen“ bzw. „vorhandene Einsicht in die Notwendigkeit des Verfahrens, aber Zeit- und Ressourcenmangel“.

Da das Einführen von Präventionsmaßnahmen für KKV aber solcher Ressourcen bedarf, sieht Beck die Notwendigkeit einer eingehenden persönlichen Beratung und Unterstützung durch externe Organisationen, die derzeit jedoch nicht gegeben ist.

Die **Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz** (European Agency for Safety and Health at Work 2011) hat sich im Kontext eines Modellprojekts mit der Frage befasst, wie Fahrer und Eigner in KKV der Transportbranche für Themen der Arbeitssicherheit und Gesundheit gewonnen werden können.

Die Beschäftigten dieser Branche haben nach Ansicht der Autoren die Tendenz, zunächst den eigenen Erfahrungen zu vertrauen und weniger auf Ratschläge externer Stellen zu geben, selbst wenn sie sich mit diesen Themen beschäftigen. Zudem scheint ein mangelnder Austausch zwischen den betrieblichen Akteuren zum Thema Gesundheit zu bestehen.

Es wurden 44 Fallstudien mit einem individualzentriertem Ansatz zur Wissens- und Einstellungsänderung analysiert; ein Ansatz, der wenige Ressourcen braucht und kostengünstig umgesetzt werden kann. Zudem wurden 12 Studien ausgewertet, die

einen kollektiven Ansatz hatten, mit dem Ziel, strukturelle oder kulturelle Änderungen zu erreichen, sowie weitere vier kombinierte Ansätze.

Auf der Grundlage dieser Auswertungen wurden Erfolgsfaktoren abgeleitet und Vorschläge erarbeitet, wie das Thema angegangen werden kann:

- Präventionsansätze sollten evidenzbasiert sein, auf Risikomanagement basiert sein und einen praktische Zugang haben,
- sie sollten ein spezielles Augenmerk dafür haben, wie die Zielpopulation erreicht werden kann,
- die Programme sollten auf diese Population speziell zugeschnitten sein,
- sie sollten eine Vielzahl von Maßnahmen umfassen und unterschiedliche Medien nutzen.

Im Report wird weiterhin die Meinung vertreten, dass, um die Fahrer zu erreichen-, nicht nur diese, sondern auch unterschiedlichste Akteure im Umfeld – bis hin zu den Familien – einbezogen werden sollten.

Für KMU werden als erfolgversprechende Interventionen ein direktes Ansprechen der Fahrer bzw. der Betriebsleiter angesehen, am besten verbunden mit einem praktischen Service oder ähnlichem. Deshalb sollten daneben Netzwerke aufgebaut werden, um dort die notwendigen Informationen zu verbreiten.

Moser und Karlqvist (2004) befassen sich mit der Fragestellung, wie es mit der Gesundheitsförderung in KMU europaweit bestellt ist. Sie tun dies mittels eines Literaturreviews basierend auf Veröffentlichungen des Jahres 2001:

Betriebliche Gesundheitsförderung sollte ihrer Ansicht nach in KMU umgesetzt werden, weil diese Unternehmen gute Chancen für effizientes Gesundheitsfördern bieten, hohe Unfallraten aufweisen und große Arbeitsbelastungen in spezifischen Situationen aufweisen.

Sie sehen zudem positive Tendenzen im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auf Grund der Umsetzung europäischer Richtlinien in nationale Gesetzgebung, speziell bezüglich der Gefährdungsbeurteilungen und der Ausweitung des Präventionsauftrages der Unfallversicherungsträger.

Als problematisch sehen sie hier aber mangelndes Aufsichtshandeln an sowie die Tatsache, dass wegen geringer finanzieller Ressourcen auf qualitativ ungenügende Betreuung zurückgegriffen wird und es an Fähigkeiten und Qualifikationen in dem Bereich seitens der Unternehmen mangelt.

Was KMU deswegen ihrer Ansicht nach brauchen sind:

- Modelle und Lösungen, die schnell und einfach implementiert werden können und wenige Folgekosten mit sich bringen;
- Hilfen und Maßnahmen müssen sich auf die praktischen Probleme und Erfahrungen der Betriebe beziehen;
- Kooperationspole bezüglich finanzieller Mittel, Fachwissen und Erfahrung;
- Schulungskonzepte auf Stand der aktuellen Gesetzgebung und der betrieblichen Möglichkeiten.

Das **Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung** (DNBGF) hat in seinem Forum KMU anlässlich der A+A 2003³ ein Grundsatzpapier zu relevanten Faktoren der Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben vorgelegt (Abendroth et al. 2003). Diese Faktoren sehen die Autoren in der Struktur der Betriebe, der Zugangsmethoden sowie der Angebote. Als fördernde Aspekte schätzen sie die familiäre Struktur und enge Beziehung zwischen Unternehmer und Mitarbeiter ein. Hinzu kommt die Vernetzung in Innungen, Kammern und anderen entsprechenden Organisationen. Dem stehen beschränkte personelle Ressourcen, mangelnde Zeit, fehlende Mitarbeitervertretungen und ein hoher Kostendruck entgegen.

Gesundheitsförderung muss daher vom Unternehmer selbst als Ressource erkannt werden, einen konkreten Nutzen für den Betrieb ausweisen (d.h. praxisnah und einfach umsetzbar sein) und die regionalen Strukturen der bestehenden Netzwerke der KMU einbeziehen. Nach Ansicht der Autoren sind daher ganzheitliche Angebote der BGF zu bevorzugen, die zu einer wirtschaftlichen Stärkung des Betriebes beitragen und am besten im Zusammenhang mit anderen wirtschaftsfördernden Angeboten stehen.

Zusammenfassung

Eigenständige Nachfragen zu Gesundheitsthemen von kleinen und mittleren Unternehmen sind nur sehr selten vorzufinden. In den Betrieben wird nur gelegentlich präventiv gehandelt, sondern eher anlassbezogen auf Gesundheitsprobleme reagiert. Ein mangelndes Bewusstsein und ein defizitärer Informationsstand stehen präventivem Handeln entgegen. Als zentrale Hindernisse werden hohe erwartete Kosten gesehen; es ist keine Zeit vorhanden (das Tagesgeschäft geht vor) und echte Probleme mit der Gesundheit werden oft nicht gesehen, gesundheitliche Belastungen deshalb

³ Messe und Kongress zu Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

nicht wahrgenommen oder verdrängt. Ressourcen und Motivation, daran etwas zu ändern, fehlen. Zudem gibt es keine dafür geeigneten Organisationsformen.

Als gesundheitsfördernde Aspekte in Klein- und Kleinstunternehmen werden andererseits die familiäre Struktur und enge Beziehung zwischen Unternehmer und Mitarbeiter angesehen. Positiven Einfluss könnte die Vernetzung in Innungen, Kammern und anderen entsprechenden Organisationen nehmen.

Suchtprävention und Gesundheitsförderung muss vom Unternehmer selbst als Ressource erkannt werden, einen konkreten Nutzen für den Betrieb ausweisen (d.h. praxisnah und einfach umsetzbar sein) und die regionalen Strukturen der bestehenden Netzwerke der KMU einbeziehen. Nach Ansicht vieler Autoren sind daher ganzheitliche Angebote der BGF zu bevorzugen, die zu einer wirtschaftlichen Stärkung des Betriebes beitragen.

In der Praxis hat sich aber gezeigt, dass KKV das Problem bereits erkannt haben müssen, um Unterstützungsmöglichkeiten überhaupt erkennen zu können. Problematisch wird in diesem Zusammenhang das zunehmend fehlende Aufsichtshandeln angesehen; zudem die Tatsache, dass wegen geringer finanzieller Ressourcen auf qualitativ ungenügende arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung zurückgegriffen wird und es an Fähigkeiten und Qualifikationen in dem Bereich seitens der Unternehmen mangelt.

Es muss daher nach innovativen Lösungen gesucht werden, um die Aufmerksamkeit zu erzeugen und das Interesse zu wecken. Das kann auch über „trojanische Pferde“, wie z.B. Hygieneschulungen oder Seminare zur Lohnbuchhaltung geschehen.

Es bietet sich an, Netzwerke zu etablieren, am besten unter Nutzung der in der Branche vorhandenen Organisationsstrukturen als Forum für die Kommunikation z.B. über Kreishandwerkerschaften oder Innungen.

Informationen zu Präventionsthemen sollten über Branchenzeitschriften, Mitteilungsblätter der Berufsgenossenschaften, Fachzeitschriften oder Fachorgane von Handwerksverbänden gestreut werden. Auch Praxisbeispielen aus anderen Betrieben sowie einem Austausch mit anderen Betrieben wird ein hoher Nutzen zugesprochen.

Analysen haben gezeigt, dass bei der Vermittlung von eindeutigen Inhalten der Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes sich in Kleinunternehmen besonders Printmedien wie Broschüren und Flyer anbieten. Auch Messen und Aktionstage können hier etwas beitragen. Das Internet wird von Kleinunternehmern vieler Branchen (noch) eher selten zur Informationssuche beim Thema „Gesundheit im Betrieb“ genutzt. Zudem ist eine leicht erreichbare Anlaufstelle bei Problemen oder Rückfragen wünschenswert (wie Telefon-Hotline, persönliche Berater).

4.2.2 Unternehmensbefragung

Um **hemmende Faktoren** in der Unternehmensbefragung zu ermitteln, wurden die Unternehmer nach Ablehnungsgründen für betriebliche Suchtprävention gefragt. Tendenziell ergibt sich bei dieser Frage in den beiden Branchen ein vergleichbares Bild (Abbildung 5).

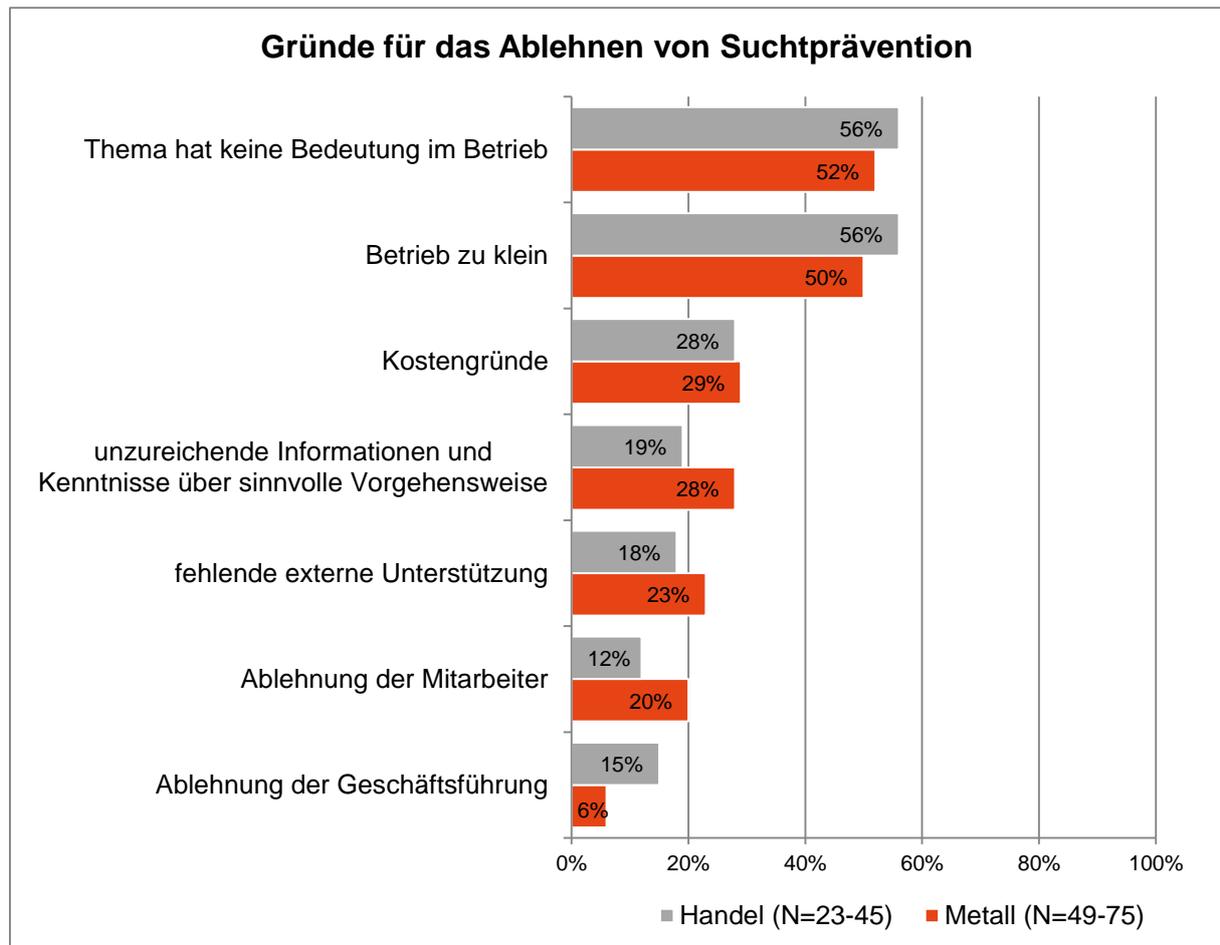


Abbildung 5: Gründe für das Ablehnen von Suchtprävention (Unternehmerbefragung)

Betriebliche Suchtprävention unterbleibt in den Unternehmen eher selten wegen der Ablehnung durch die Mitarbeiter (Metall: 20 Prozent; Handel: 12 Prozent) oder der jeweiligen Geschäftsführung (Metall: 6 Prozent; Handel: 15 Prozent). Etwa die Hälfte der Betriebe beider Branchen meint aber, dass das Thema keine Bedeutung habe bzw. der eigene Betrieb zu klein sei. Hierbei ist noch zu beachten, dass dies häufiger angegeben wurde, je kleiner der befragte Betrieb war.

Fehlende externe Unterstützung (Metall: 23 Prozent; Handel: 18 Prozent) oder unzureichende Informationen über ein sinnvolles Vorgehen (Metall: 28 Prozent; Handel: 19 Prozent) bemängelt nur eine Minderheit der Betriebe. Kostengründe benennen knapp 30 Prozent der Unternehmen als Hürde.

Um die **fördernden Faktoren** der Suchtprävention zu ermitteln, wurden die Unternehmen nach Gründen für deren Einführung gefragt. Allerdings ist die Datenbasis für diese Frage sehr gering, da nur wenige Unternehmen Suchtprävention implementiert haben; sie erhebt daher auch keinen Anspruch auf mögliche Verallgemeinerungen.

Den Unternehmen wurden verschiedene Antworten vorgegeben, die sie auf einer Skala von „1 = spielte keine Rolle“ bis „5 = spielte die größte Rolle“ bewerten sollten. Insgesamt ist auffällig, dass im Bereich Handel die Gründe höher bewertet werden als im Metall-Bereich (Abbildung 6). Während in den Handelsunternehmen die Wahrnehmung sozialer Verantwortung mit einem Durchschnittswert von 4,71 als Hauptgrund angegeben wird, ist es bei den Unternehmen der Metallbranche die Vermeidung von Rückfällen.

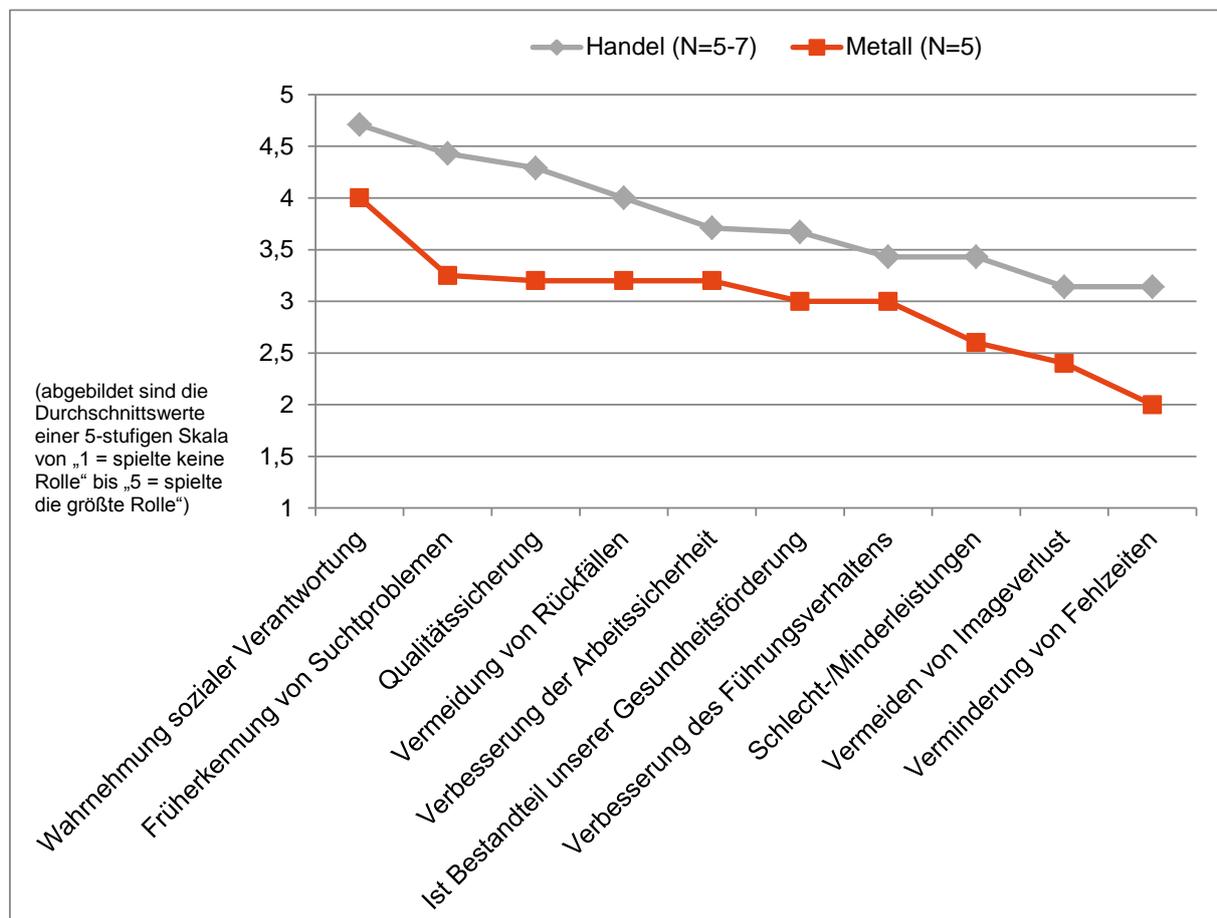


Abbildung 6: Gründe für das Einführen von Suchtprävention (Unternehmerbefragung)

Die Unternehmen wurden zudem danach gefragt, ob das Thema Suchtprävention im Betrieb stärker verankert werden sollte. Hierzu sollten die Befragten auf einer Antwortskala von „1 = nein, ist nicht nötig“ bis „5 = ja, auf jeden Fall“ antworten. Insgesamt reagierten 80 Prozent der Unternehmer ablehnend (Kategorien 1 und 2), wobei

die Ablehnung im Handelsbereich mit 83 Prozent merklich über der im Metallbereich liegt (78 Prozent). Insgesamt sechs bzw. sieben Prozent finden jedoch, dass das Thema aufgegriffen werden sollte (Kategorien 4 und 5).

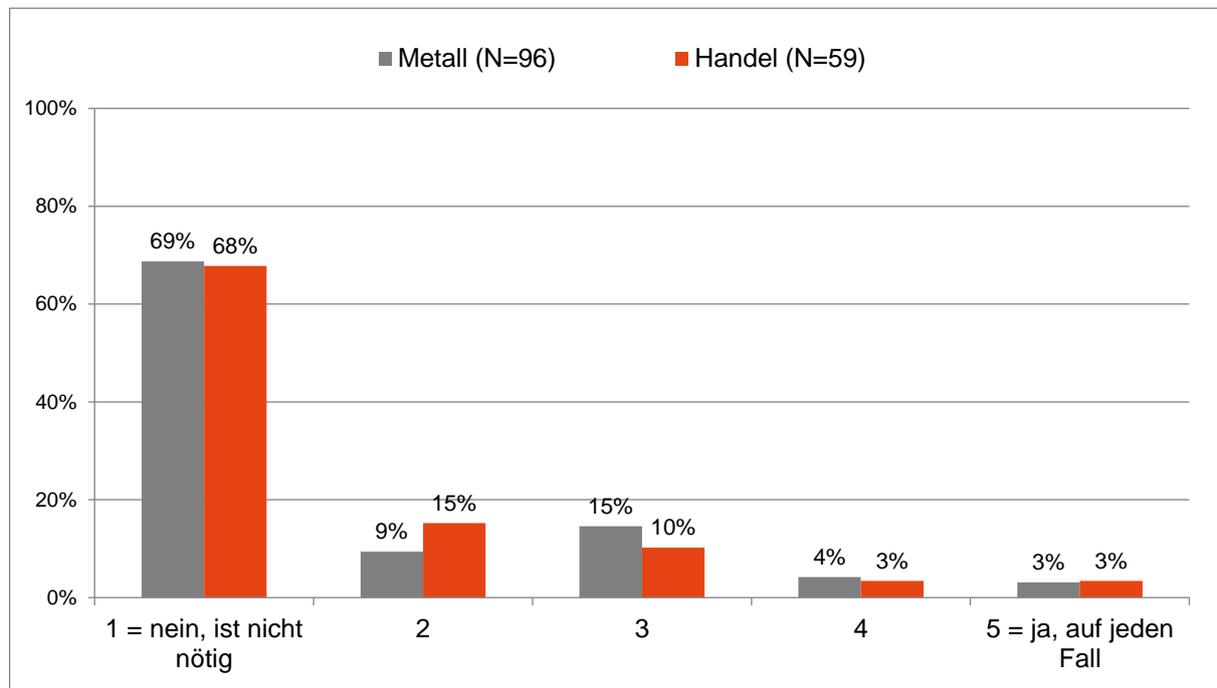


Abbildung 7: Notwendigkeit, das Thema stärker im Betrieb zu verankern (Unternehmerbefragung)

Diese Antworten verdeutlichen, dass ein Großteil der Unternehmer keinen Handlungsbedarf für das Unternehmen erkennt. Dies spiegeln auch die Antworten auf die Frage wider, ob ein **Wunsch nach Informationen** zu dem Thema besteht, wobei keine Unterschiede zwischen den Branchen sichtbar sind. Im Bereich Metall gaben nur 12 Prozent (N=13) der Unternehmer an, Interesse an weiteren Informationen an, im Handelsbereich waren es 13 Prozent (N=9).

Auf die Frage, zu welchen Institutionen bzw. Fachstellen die Betriebe bei Fragen der Suchtprävention **Kontakt** aufnehmen würden, ist das Kontaktinteresse der Unternehmen ebenfalls gering. Insgesamt gaben nur 26 Befragte (Metall: n=16; Handel: n=10) an, mit wem sie in Kontakt treten würden. Im Metallbereich werden an erster Stelle Ärzte, Betriebsärzte bzw. betriebsärztliche Dienstleister angegeben, gefolgt von der Berufsgenossenschaft und den Krankenkassen. Vereinzelt Nennungen liegen für die Innung bzw. Kammer, Fachstellen für Suchtprävention und die Polizei vor. Diese Angaben decken sich mit den Antworten von Handelsunternehmen.

Zudem wurden die Unternehmer danach gefragt, über welche **Wege** und Medien sie sich zu dem Thema informieren möchten. Von wenigen Prozentpunkten abgesehen, gleichen sich hier die Antworten aus den beiden befragten Branchen. Insgesamt

nehmen Broschüren mit 27 Prozent die erste Stelle ein. An zweiter Stelle folgen Online-Medien mit elf Prozent. Veranstaltungen der Innung, der Kammer oder des Verbands würden nur sechs Prozent der Betriebe besuchen. Fachzeitschriften als Informationsquelle wünschen sich fünf Prozent, direkte Beratung drei Prozent und In-house-Schulungen gerade zwei Prozent.

Zusammenfassung

Als **Hemmnisse** für das Einführen betrieblicher Suchtprävention erweist sich weniger die Ablehnung durch die Mitarbeiter oder der jeweiligen Geschäftsführung. Vielmehr meint etwa die Hälfte der Betriebe beider Branchen, dass Suchtmittelmissbrauch kein Thema bzw. der eigene Betrieb für Präventionsmaßnahmen zu klein sei.

Eine fehlende externe Unterstützung oder unzureichende Informationen über ein sinnvolles Vorgehen bemängelt nur eine Minderheit der Betriebe. Kostengründe benennen knapp 30 Prozent der Unternehmen als Hürde. Allgemein wird bei dem Thema Suchtprävention im Betrieb kein Handlungsbedarf gesehen.

4.2.3 Mitarbeiterbefragung

Vergleichbar mit der Unternehmerbefragung wurden die Beschäftigten gefragt, wo sie **betriebliche Hindernisse** für das Anbieten von Suchtprävention sehen (Abbildung 8). Während die Antworten bei den Unternehmern sehr homogen ausfallen, gibt es zwischen den beiden Branchen größere Unterschiede.

Mit insgesamt 57 Prozent sieht die Mehrheit der Beschäftigten keine Probleme in ihren jeweiligen Unternehmen, die Anlass für suchtpreventive Maßnahmen sein könnten, wobei dies insbesondere im Handel mit 61 Prozent am stärksten angegeben wird. Im Bereich Metall sind die beiden Gründe „Unkenntnis über geeignete betriebliche Maßnahmen“ (48 Prozent) und „kein Interesse der Führungskräfte“ (44 Prozent) auf gleichem Niveau. Diese beiden Gründe sind im Handel nicht relevant. Übereinstimmend schätzen die beiden Branchengruppen den Widerstand der Mitarbeiter gegenüber Suchtprävention als sehr gering ein (Abbildung 8).

Auffällig sind die Unterschiede zwischen den Branchen: Dass keine Probleme im Betrieb vorhanden sind, wird sehr stark von Mitarbeitern aus dem Bereich Handel vertreten, mit deutlichem Abstand vor den anderen angegebenen Hindernissen. Im Bereich Metall sind die Aussagen – möglicherweise auch aufgrund der geringen Teilnehmerzahl – unklarer, Unkenntnis über geeignete Maßnahmen wird sogar höher bewertet als das Desinteresse der Führungskräfte.

Insgesamt stimmen die Angaben der Mitarbeiter – bei leicht veränderten Antwortmöglichkeiten – mit denen der Unternehmen überein (Abbildung 5).

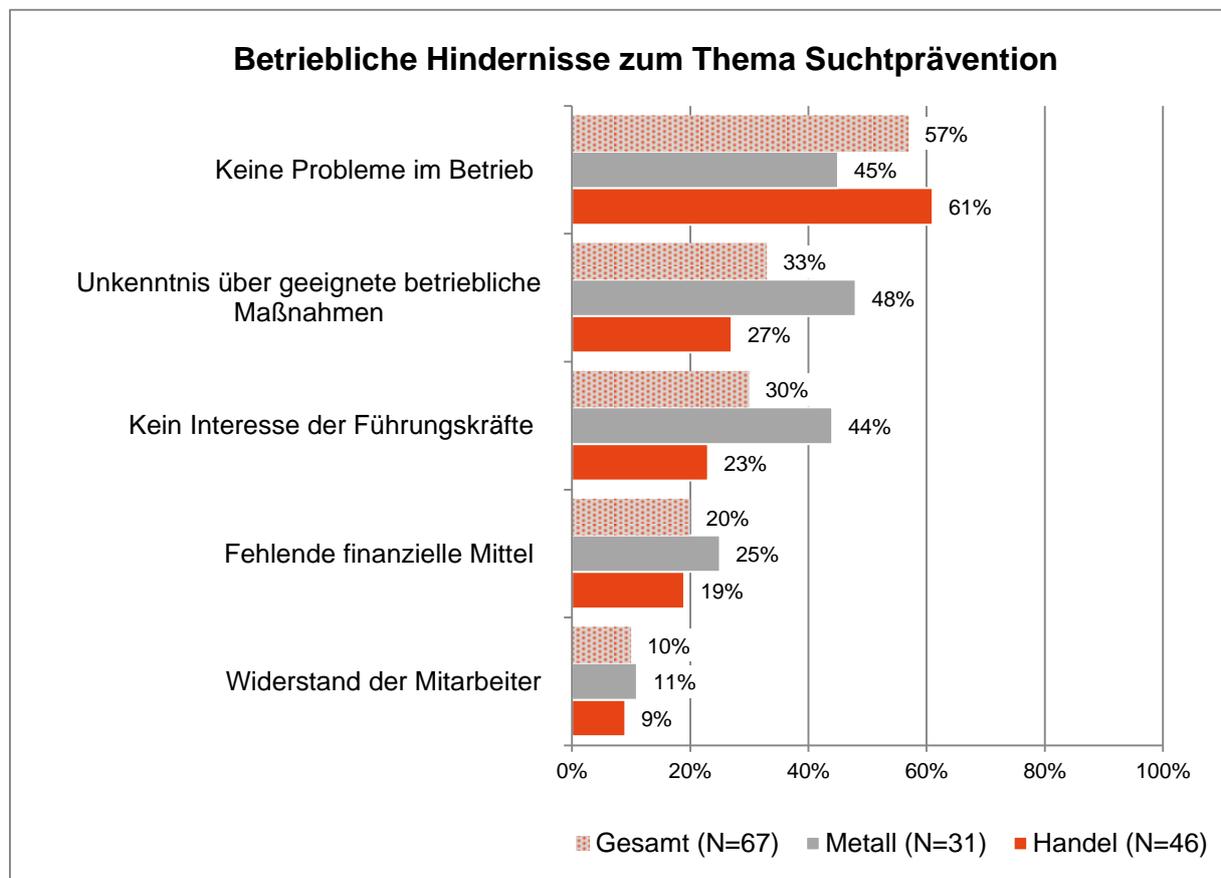


Abbildung 8: Betriebliche Hindernisse für Suchtprävention (Mitarbeiterbefragung)

Die Mitarbeiter sollten sich auch dazu äußern, woher sie sich **Informationen** zu den Themen Gesundheit, Arbeitsschutz oder Suchtprävention beschaffen. An erster Stelle wird hier das Internet genannt (77 Prozent), gefolgt von der Krankenkasse (65 Prozent), der Tagespresse (45 Prozent) und den Kollegen (42 Prozent). Offizielle Anlaufstellen wie der Betriebsarzt oder der Betriebsrat werden dahingegen weniger kontaktiert.

Dass die Berufsgenossenschaft insbesondere im Metallbereich als so wichtige Anlaufstation benannt wird, kann möglicherweise eine Verzerrung durch die Verteilung der Fragebögen über die Berufsgenossenschaft sein.

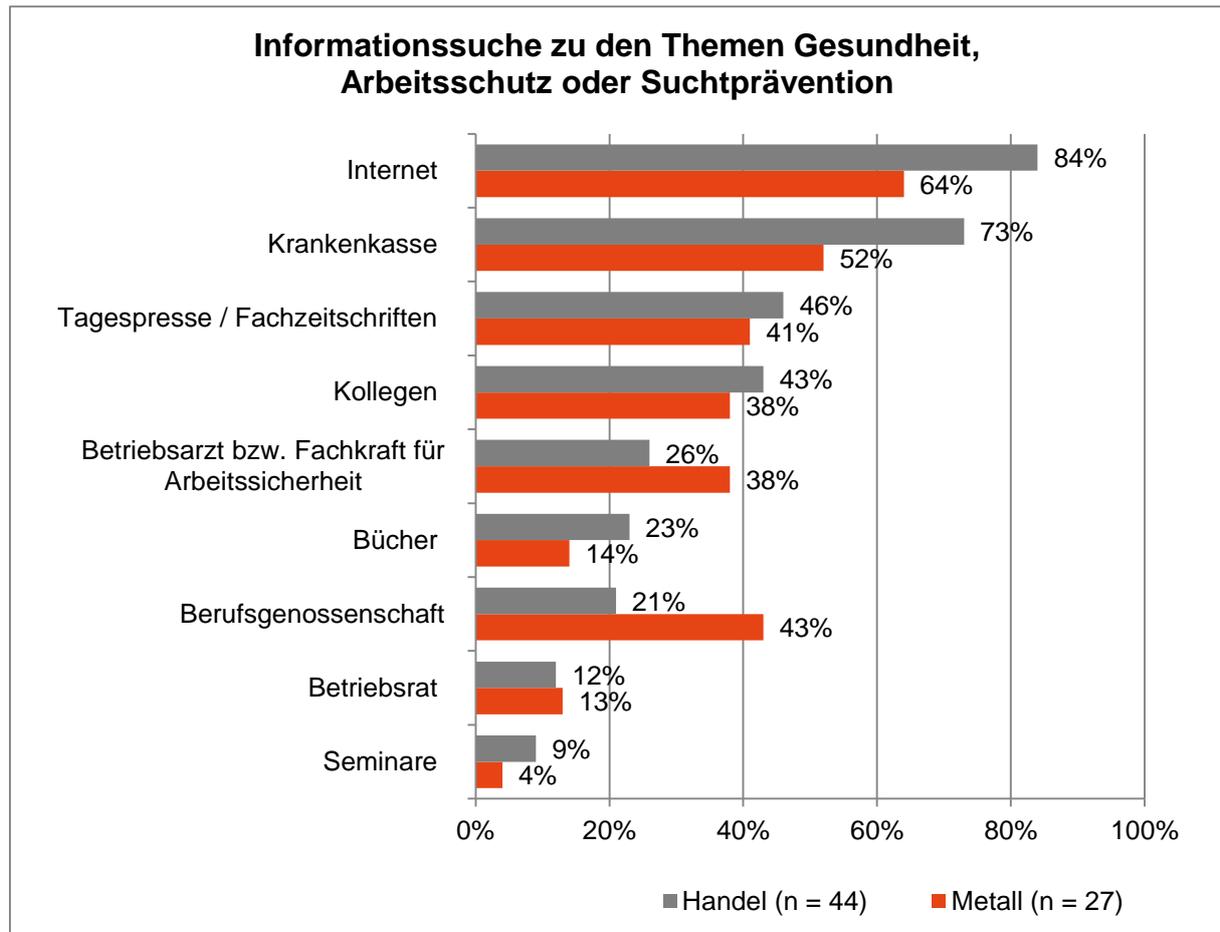


Abbildung 9: Informationswege der Mitarbeiter zu Gesundheitsthemen (Mitarbeiterbefragung)

Die Mehrheit der befragten Mitarbeiter spricht sich dabei gegen eine verstärkte Suchtprävention in ihren Betrieben aus. Auf einer Skala von 1 („nein, ist nicht nötig“) bis 5 („ja, auf jeden Fall“) fallen die meisten Stimmen auf die 1 (24 Prozent) und die 2 (28 Prozent). Mit 10 Prozent sprechen sich die wenigsten Mitarbeiter dafür aus „auf jeden Fall“ eine verstärkte Suchtprävention haben zu wollen.

Während sich die befragten Unternehmer bei dieser Frage sehr einheitlich dafür ausgesprochen haben, dass das Thema keiner verstärkten Priorisierung bedarf (vgl. Abbildung 7), sind die Mitarbeiter auf der Skala verteilter, wobei auch Unterschiede zwischen den Branchen bestehen. Die Mitarbeiter des Bereichs Handels sehen es – mit einigen Ausreißern – ähnlich wie die Unternehmer der Branche, dass das Thema nicht stärker thematisiert werden sollte (Abbildung 10). Die Mitarbeiter aus dem Bereich Metall räumen diesem Thema insgesamt jedoch eine höhere Relevanz ein; die Antworten verteilen sich (bei der kleinen Stichprobe) ohne erkennbare Tendenz über alle vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.

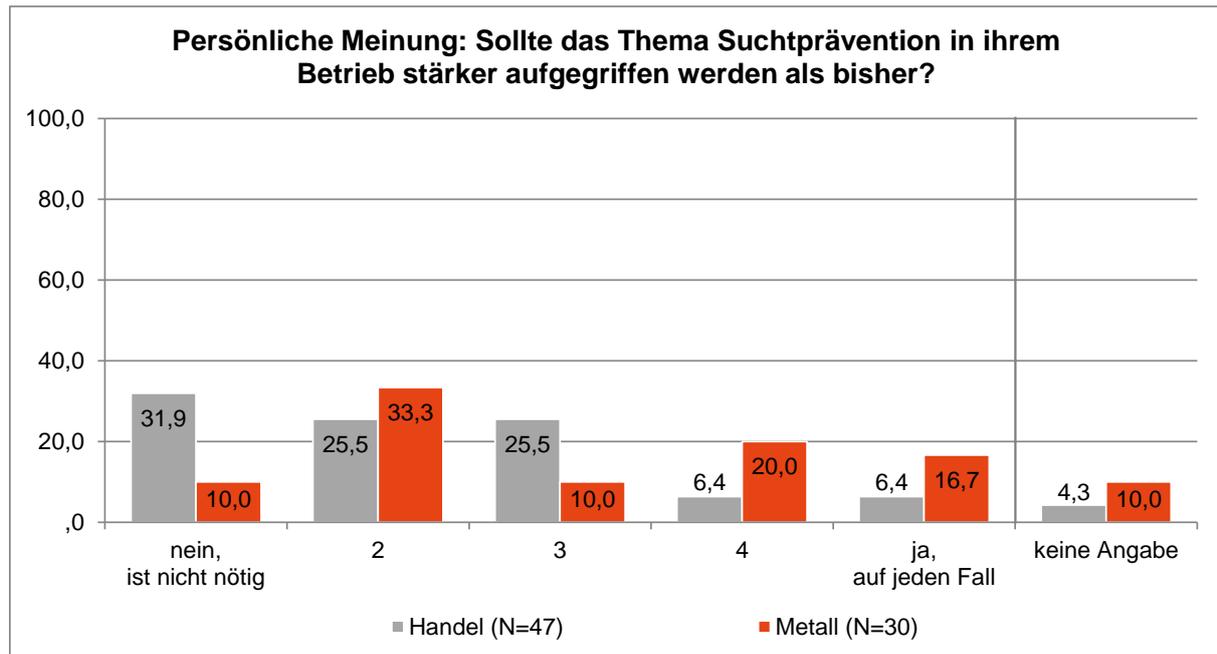


Abbildung 10: Notwendigkeit, das Thema stärker im Betrieb zu verankern (Mitarbeiterbefragung)

Zusammenfassung

Während die Unternehmer das Thema ablehnend betrachten und es nicht als notwendig erachten, das Thema stärker im Betrieb zu verankern, zeigen die Mitarbeiter ein höheres Interesse. Dies kann auch dadurch begründet sein, dass die Mitarbeiter mehr Auffälligkeiten bei ihren Kollegen beobachten, wie es bereits in Kapitel 4.1.3 beschrieben wurde.

Anders als die Unternehmer suchen sich die Mitarbeiter verstärkt über das Internet sowie über die Krankenkassen die benötigten Informationen. Die Berufsgenossenschaft wird insbesondere im Metallbereich jedoch als wichtige Informationsquelle angesehen.

4.2.4 Qualitative Interviews

Bezüglich der **hemmenden Faktoren** wurden von den Experten sowohl bei den Expertenkreis-Treffen als auch in den Interviews drei wesentliche Faktoren genannt:

1. Unternehmen fehlt Wissen zum richtigen Vorgehen;
2. Den Unternehmen brennen andere Themen unter den Nägeln;
3. Das Thema wird immer noch als Tabuthema angesehen.

Zu 1: Das am häufigsten genannte Hemmnis ist die – auch rechtliche – Unsicherheit.

Dabei fehlt laut Aussage der Experten den Unternehmern und Führungskräften häufig das Wissen, wie sie im Problemfall agieren sollen, aber auch die Kenntnis über präventive Angebote.

Darüber hinaus kann die Vielzahl an möglichen Ansprechpartnern, die ein Unternehmen unterstützen könnten, verwirrend sein. Hinzu kommt: Eine klare Aufgaben- und Funktionsbeschreibung der Ansprechpartner hinsichtlich ihrer betrieblichen Unterstützungsmaßnahmen gibt es in der Regel nicht. Selbst die befragten Experten können das gesamte Angebotsspektrum nicht überblicken. Nicht geregelt ist auch die Verbindlichkeit, ob und in welchem Umfang Betriebe diese Angebote in Anspruch nehmen können und welche Kosten dabei entstehen. Dies alles hindert Unternehmer häufig daran, sich schnelle Hilfe zu suchen.

Eine Expertin der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen schätzte ein:

„Unternehmen erhalten viele Angebote, es ist aber nicht klar, wer was macht. Die Struktur muss besser sichtbar werden, zu viele Maßnahmen sind zu hochschwellig und nicht passgenau, kleinschrittige Maßnahmen sind notwendig.“

Ein Experte einer Krankenkasse zu dieser Frage:

„Es sollte zentrale Leitstellen (Lotsenstellen) für Betriebliche Suchtprävention oder aber auch Gesundheitsförderung geben, damit die Orientierung leichter fällt.“

Zu 2: Unternehmen mit niedrigen Beschäftigtenzahlen haben eine geringe Wahrscheinlichkeit, sich mit einem süchtigen oder gefährdeten Mitarbeiter auseinandersetzen zu müssen.

Das Interesse und die Motivation sich mit betrieblicher Suchtprävention zu befassen, ist deshalb begrenzt; Suchtprävention wird erst mit dem Auftreten des betrieblichen Problemfalls handlungsrelevant.

Aber auch wenn Suchtprävention als wichtiges betriebliches Handlungsfeld anerkannt wird, kommt es nur selten auf einen hohen Prioritätsrang: andere, tagesaktuelle Probleme verursachen einen höheren Handlungs- und Entscheidungsdruck.

Eine Expertin aus dem Bildungswerk eines Arbeitgeberverbands brachte es auf folgenden Punkt:

„KKU stehen im Überlebenskampf. Solange die Menschen pünktlich kommen und arbeiten, ist es für die Unternehmen kein Problem. Es muss die Unternehmen etwas kosten, bevor sie reagieren.“

Hinzu kommt, dass in kleinen Unternehmen ohne Stabsstellen und eigenständiger Personalleitung, die Unternehmer bzw. Geschäftsführer alle wesentlichen Funktionen in einer Person vereinen. Sie haben häufig keine Zeit, sich mit diesem Thema zu befassen.

Einige Experten wiesen darauf hin, dass Unternehmer Suchtauffälligkeiten der Mitarbeiter zum Teil sogar tolerieren. Der Ausfall eines Mitarbeiters über längere Zeit durch Entwöhnungsbehandlung und Therapie wird als – kurzfristig – schädlicher eingeschätzt als die suchtbedingten Krankheitsauffälligkeiten am Arbeitsplatz. Da die Personaldecke in KKU sehr gering ist, will man auf die spezialisierte Arbeitskraft nicht verzichten

O-Ton eines Experten über Aussagen von Unternehmern:

„Wenn der nicht betrunken ist, ist der top.“

Da es in den meisten KKU keine organisierte Mitarbeitervertretung (Betriebsrat) gibt, ist dieses wichtige Akteursfeld für betriebliche Prävention nicht vorhanden. Insbesondere Mitarbeitervertretungen sind zentrale Promotoren für betriebliche Suchtprävention.

Zu 3: Sucht und Suchterkrankung ist nach Ansicht der Experten immer noch ein gesellschaftliches und betriebliches Tabuthema, über das „man nicht gerne spricht“.

Insbesondere bei Alkohol- oder Nikotinsucht besteht für die Unternehmer und auch die Kollegen die grundsätzliche Barriere, dass sie ihr eigenes Konsumverhalten reflektieren müssen, wenn sie dieses Thema im Betrieb aufgreifen. Auch weil die Grenzen zwischen Genuss und Missbrauch von Alkohol fließend sind, fällt es den meisten Menschen (dies gilt auch für größere Unternehmen) sehr schwer, auffällige Mitarbeiter anzusprechen. Es herrscht häufig große Unsicherheit, wann man hierzu berechtigt oder verpflichtet ist. Die persönliche Barriere ist in KKU besonders hoch, da der Unternehmer solche schwierigen Mitarbeitergespräche nicht an professionelle betriebliche Akteure delegieren kann, wie z.B. an eine Personalabteilung. Durch seine oft engen fachlichen und persönlichen Kontakte mit auffälligen Mitarbeitern sind

zudem Rollenkonflikte vorprogrammiert: Hat das Gespräch sanktionierenden, offiziellen Charakter oder ist es eine freundschaftliche Begegnung? Alkoholmissbrauch wird aus Sicht der Experten in der Gesellschaft nach wie vor als eine Erkrankung angesehen, die mit persönlicher Schwäche und Labilität assoziiert ist und die den Erkrankten stigmatisiert.

Die übereinstimmende Meinung der Experten: Eine engere Verzahnung des öffentlichen Themenmarketing Suchtprävention mit den gesellschaftlich eher anerkannten „psychischen Erkrankungen“ kann die Sucht aus dieser Tabuzone herausbringen. Zudem haben viele Unternehmen derzeit ein hohes Interesse an dem Thema „psychische Erkrankungen und psychische Belastungen in der Arbeitswelt“.

Die ambivalente Haltung vieler Führungskräfte zur betrieblichen Suchtprävention drückte ein Experte einer Suchtklinik wie folgt aus:

„Viele Präventionsmaßnahmen dienen als Feigenblatt, da darf mal eine Veranstaltung gemacht werden, aber die darf am besten nichts kosten. Die Geschäftsleitung muss dahinter stehen und bereit sein, alle Vorgesetzten zu schulen und immer wieder am Thema bleiben.“

Sucht ist – trotz aller Aufklärung – immer noch ein Tabuthema, auch im privaten Bereich wird das deutlich. Bei den KKV können Maßnahmen eher bzw. nur auf der informellen Ebene laufen. Es ist schon schwierig genug, das positiv besetzte Thema Gesundheitsmanagement zu platzieren, wo jedoch ein thematischer Ansatzpunkt wäre.“

Fördernde Faktoren sehen die Experten in folgenden Bereichen:

1. auf der regulativen Ebene: Dazu zählen bspw. gesetzliche Regelungen, wie sie mit dem Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens, der neuen Arbeitsstättenverordnung oder den berufsgenossenschaftlichen Vorschriften schon existieren. Diese Vorschriften üben unmittelbaren Druck auf die Unternehmen und Führungskräfte aus, sie mit geeigneten betrieblichen Maßnahmen umzusetzen. Die Nichteinhaltung kann zu Sanktionen und wirtschaftlichen Nachteilen führen.
2. Die explizite Einbettung des Themas „Suchtprävention“ in die betriebliche Gefährdungsbeurteilung, einem Kernelement des betrieblichen Arbeitsschutzes, könnte die Chance für die Umsetzung präventiver betrieblicher Maßnahmen verbessern.

Auch der deutliche Hinweis auf die Fürsorgepflicht des Arbeitsgebers, der den Beschäftigten ansprechen muss, wenn er sich oder andere gefährdet, kann deren Aufmerksamkeit für Suchtprävention deutlich erhöhen.

3. Bewährt hat sich zudem die Implementierung des Themas Suchtprävention in betriebliche und überbetriebliche Qualifizierungsangebote, um Fach- und Führungskräfte zu sensibilisieren und über ihre Aktionsmöglichkeiten zu informieren.

Der Drogenbeauftragte der Handwerkskammer Rhein-Main schlug vor:

„Die Jugendarbeitsschutzuntersuchung vor Ausbildungsbeginn sollte generell beim Arbeitsmediziner und nicht beim Hausarzt durchgeführt werden, der eine Gefährdung eher erkennen kann.
In die Ausbildungsmodule der Meisterprüfung und Ausbildereignungsprüfung sollte Prävention und Arbeitssicherheit eingebunden werden.“

4. Auf betrieblicher Ebene ist ein förderndes Moment zudem die Bewältigung eines konkreten Problemfalls: In der Regel beschäftigen sich laut der Experten die Unternehmer mit der Suchtproblematik erst dann, wenn es einen akuten Fall gibt, der zu Störungen in Abläufen oder mit Kollegen führt und auf den der Arbeitgeber im Rahmen seiner Fürsorgepflicht reagieren muss. Wird für diesen Einzelfall eine gute Lösung gefunden, sind die Unternehmer oft dazu bereit, das Thema grundsätzlich zu bearbeiten.
5. Insgesamt spielt die Unternehmerpersönlichkeit eine wichtige Rolle, ob und in welcher Weise „Sucht im Betrieb“ behandelt wird. Gibt es im Umfeld des Unternehmers eine persönliche Betroffenheit – so die Aussage einiger Experten – so ist er bzw. sie eher bereit, das Thema auch im Unternehmen zu verankern.

5 Diskussion der Ergebnisse

Die im vorigen Kapitel vorgestellten Ergebnisse vermitteln einen empirisch belegten Eindruck über die Situation und Potenziale betrieblicher Suchtprävention. Dabei hat sich über alle vier Erhebungswege – Literaturrecherche, Unternehmens- und Mitarbeiterbefragung sowie Experteninterviews – hinweg ein facettenreiches Bild mit verschiedenen Ansatzpunkten für die Weiterentwicklung der betrieblichen Suchtprävention in KKU abgezeichnet. Im Folgenden werden die erhobenen Daten und Erkenntnisse zusammenfassend diskutiert.

Zum Stand der betrieblichen Suchtprävention

Im Rahmen der Literaturrecherche hat sich gezeigt, dass in der Forschung unter Sucht – wie in der Vergangenheit – nicht mehr nur der Missbrauch von illegalen Suchtstoffen und Alkohol gefasst wird, sondern verstärkt auch Tabak, Medikamente sowie nicht stoffgebundene Abhängigkeiten thematisiert werden.

In der betrieblichen Praxis – das wird auch durch die Befragungen und Experten dieser Studie bestätigt – ist aber eine vorhandene Schwerpunktsetzung auf Fragen des Alkoholmissbrauchs verbreitet. Damit werden die bestehenden Chancen, Primärprävention bei allen Arten von Suchtverhalten verstärkt umzusetzen, nicht ausreichend genutzt. Überraschend ist der hohe Anteil an Betriebsvereinbarungen mit betrieblichen Alkoholverboten in unseren Unternehmensbefragungen.

Übereinstimmung gibt es auch bei der Einschätzung, dass eine strategische Einbindung der Suchtprävention in betriebliche Prozesse oft unterbleibt; es wurde auch festgestellt, dass spezifische Programme oder betriebliche Maßnahmen zur geschlechtersensiblen Suchtprävention in Deutschland ebenso wie in Europa nicht existieren.

Die gesichteten Studien sehen niedrighschwellige oder frühzeitige Interventionen zum Missbrauch von Alkohol noch viel zu selten in Betrieben umgesetzt. In den Experteninterviews, die diese Einschätzung grundsätzlich unterstützten, wurden zahlreiche Gründe für die betriebliche Zurückhaltung benannt, die in KKU besonders ausgeprägt ist. Auch die Befragungen der Unternehmen und Beschäftigten belegten deutlich, dass das Interesse an primärpräventiven Maßnahmen gering ist und das Thema Sucht betrieblich als wenig bedeutsam eingeschätzt wird. Allerdings hatte Suchtprävention bei Beschäftigten einen durchschnittlich etwas höheren Stellenwert als bei den Unternehmen.

Bezogen auf Medikamentenmissbrauch wird in der Literatur ein erhöhter Präventionsbedarf konstatiert. In der Unternehmensbefragung wurde deutlich, dass die Unternehmen in diesem Konsumsegment in der Vergangenheit keine betrieblichen Auffälligkeiten beobachtet haben. Die „Unsichtbarkeit“ des Medikamentenkonsums wurde von den Experten bestätigt. Selbst für Ärzte sei dieser erst in späten Missbrauchsstadien erkennbar, während Drogenmissbrauch, der vorrangig bei jüngeren Beschäftigten vorkomme, schneller sichtbar würde.

Der Anteil der Betriebe mit Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln erweist sich im Metallbereich als höher als im Handel. Dieser Unterschied zwischen den beiden Branchen zeigte sich auch in den eigenen Erhebungen aus dem Jahr 2007: Dort gaben 15 Prozent der Metallbetriebe Probleme mit Suchtmitteln an, aber lediglich sieben Prozent aus dem Handel (Hübner et al. 2010).

Die Nikotinprävention scheint nach der Einschätzung verschiedener Autoren in der Literaturanalyse betrieblich wenig breit und kreativ aufgestellt. Dies bestätigt auch diese Studie: Vereinbarungen zum Nichtraucherschutz finden sich in der Unternehmerbefragung im Vergleich zu Alkoholverboten selten. Möglicherweise wird der betriebliche Regelungsbedarf durch die gesetzlich vorgegebenen Regelungen in der Arbeitsstättenverordnung als gering erachtet. Auch weitere Regelungen zu anderen Suchtmitteln sind eher Ausnahmen.

Zusammenfassend lässt sich bilanzieren: Zum aktuellen Stand der betrieblichen Suchtprävention in KKV bestätigen die vier Analysemethoden dieser Studie das Bild von hohen Umsetzungsdefiziten in der kleinbetrieblichen Suchtprävention.

Weiterentwicklung der Suchtprävention in KKV – hemmende und fördernde Faktoren

Ein zentrales Anliegen der Expertise war die Beantwortung der Fragestellung, durch welche Faktoren die betriebliche Suchtprävention gehemmt wird und wie sie gefördert und weiterentwickelt werden kann. Hierzu konnte mithilfe der vier Analyseansätze eine Fülle an Vorschlägen und Empfehlungen zusammengetragen werden, die in das Kapitel 6 „Thesen für ein Präventionskonzept“ eingeflossen sind und hier deshalb nur kurz diskutiert werden.

Verschiedene Autoren (siehe Literaturanalyse) fordern, weitere angepasste Konzepte zu entwickeln sowie Interventionshilfen in Form von Vernetzungen und externen Unterstützungsangeboten zu schaffen. Insbesondere bei sehr kleinen Betrieben zeige sich, dass Betriebe zwar über die Problematik Alkohol am Arbeitsplatz Bescheid wüssten, es ihnen aber bei der konkreten Umsetzung von Maßnahmen an Erfahrun-

gen fehle. Diese Einschätzung wurde von den Experten weitgehend geteilt, die auch die folgenden Aussagen, die aus der Fachliteratur und der Unternehmensbefragungen gewonnen wurden, bestätigten:

- Die Schwierigkeiten, denen sich kleine Betriebe ausgesetzt sehen, gleichen sich oft: Zeit und Geld sind knapp, die Unternehmer, Führungskräfte aber auch die Mitarbeiter in der Regel ausgelastet und eine Vernetzung bezüglich sozialer oder gesundheitlicher Themen meist nicht gegeben.
- Eigenständige Nachfragen zu Gesundheitsthemen von kleinen und mittleren Unternehmen sind nur sehr selten vorzufinden. In den Betrieben wird nur selten präventiv gehandelt, sondern eher anlassbezogen auf Gesundheitsprobleme reagiert.
- Deutliche Unterschiede zwischen den beiden hier untersuchten Branchen finden sich in der Umsetzung der sicherheitstechnischen bzw. arbeitsmedizinischen Betreuung. Lediglich ein Drittel der Metallbetriebe hat das Unternehmermodell gewählt, das von nahezu 60 Prozent der Handelsunternehmen bevorzugt wird. Die Betriebe suchen bei Fragen der Suchtprävention an erster Stelle Unterstützung bei Ärzten, Betriebsärzten bzw. betriebsärztliche Dienstleister, gefolgt von der Berufsgenossenschaft und Krankenkassen.

In diesem Zusammenhang bemängelten einige Experten das Aufsichtshandeln von Berufsgenossenschaften und Gewerbeaufsicht, die nur sehr selten diese kleinen Betriebe besuchen. Es wurde betont, dass in einer guten Umsetzung des betrieblichen Arbeitsschutzes, z. B. durch die Gefährdungsbeurteilung, viele tragfähige Ansatzpunkte für die Suchtprävention bestehen. Das Regelwerk des Arbeits- und Gesundheitsschutzes würde von den Unternehmen meist auch als bedeutsam wahrgenommen; allerdings ist einschränkend zu bemerken, dass in der Unternehmerbefragung die „Verbesserung der Arbeitssicherheit“ in beiden Branchen als – wenn auch nachrangiges – Ziel angegeben wird. Als problematisch sehen die Experten die Tatsache an, dass wegen geringer finanzieller Ressourcen öfters auf qualitativ ungenügende arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung zurückgegriffen werde und es an Fähigkeiten und Qualifikationen in dem Bereich seitens der Unternehmen mangle.

Die Literatur und die Experten sehen als fördernde Faktoren für kleinbetriebliche Suchtprävention deren Einbettung in ein betriebliches Gesundheitsmanagement bzw. in die Betriebliche Gesundheitsförderung. Bezüglich des Angebots von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) unterscheiden sich die Unternehmen der beiden Branchen nur unwesentlich. Jeweils ein (knappes) Drittel der Betriebe hat damit Erfahrungen gesammelt. Die ge-

ringste Verbreitung findet sich im Segment der kleinsten Betriebe im Handel. Unter den Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung steht in beiden Branchen an erster Stelle das Thema Arbeitsplatzgestaltung. Maßnahmen der Verhaltensprävention werden in beiden Branchen jeweils in vier von zehn Unternehmen angeboten. Betriebe mit suchtpreventiven Maßnahmen haben, dies bestätigt die Expertenmeinung, in der Regel auch Gesundheitsförderung umgesetzt. Der Umsetzungsstand von Arbeits- und Gesundheitsschutz ebenso wie von BGF entspricht den Befunden eigener früherer Erhebungen (Hübner et al. 2010, Gröben 2008).

- Als gesundheitsfördernde Aspekte in Klein- und Kleinstunternehmen werden in der Literatur die familiäre Struktur und enge Beziehung zwischen Unternehmer und Mitarbeiter angesehen. Die Experten betonten, dass diese Nähe oft auch dazu führe, dass der Unternehmer eine hohe Verantwortung gegenüber den Beschäftigten empfinde und diesen deshalb bei Problemen persönliche Unterstützung anbiete. Auch aus Sicht der befragten Unternehmen stehen als Gründe für das Einführen von Suchtprevention in beiden Branchen fürsorgliche Aspekte im Vordergrund, wie das Bemühen „Rückfälle zu vermeiden“ oder die „Wahrnehmung sozialer Verantwortung“.
- In der Literatur findet sich auch die von den Experten unterstützte Empfehlung: Betriebliche Gesundheitsförderung und Suchtprevention sollte in kleinen Unternehmen modular organisiert werden und als Projekt aufgesetzt werden. Dazu bedarf es Netzwerke mit konkreten Unterstützungsangeboten. Hilfreich können Projektdarstellungen (Good Practice) oder auch Adressen von externen Unterstützungseinrichtungen sein. Gerade im kleinst- und kleinbetrieblichen Bereich können intermediäre Organisationen wie Verbände, Kammern oder Innungen als Akteure mit einem hohen Unterstützungspotenzial für die betriebliche Suchtprevention fungieren. Sie könnten bspw. Leitlinien für ihre Mitglieder erarbeiten und hätten die Möglichkeit, Kooperationen mit regionalen Dienstleistern zu empfehlen.
- Darüber hinaus wird angemerkt: Suchtprevention und Gesundheitsförderung müsse vom Unternehmer selbst als Ressource erkannt werden, einen konkreten Nutzen für den Betrieb ausweisen (d.h. praxisnah und einfach umsetzbar sein) und die regionalen Strukturen der bestehenden Netzwerke der KMU einbeziehen. Nach Ansicht vieler Autoren und auch der Experten sollten ganzheitliche Angebote der BGF entwickelt werden, die die wirtschaftlichen Interessen und Motive der Betriebe berücksichtigen. Von den Unternehmen wurde in dieser Studie das Vermeiden von „Schlecht-/Minderleistungen“ in der Metallbranche oder die „Qualitätssicherung“ im Handel als wichtig erachtet. Die Experten

betonen, dass die Angebote auf die Struktur und Arbeitssituation der Betriebe zugeschnitten werden müssen.

Es solle dabei nach innovativen Lösungen gesucht werden, um die Aufmerksamkeit zu erzeugen und das Interesse zu wecken. Das kann auch über „trojanische Pferde“ geschehen, wie z.B. Hygieneschulungen oder Seminare zur Lohnbuchhaltung.

- Nicht so eindeutig wie bei den bereits genannten Vorschlägen waren die gewonnenen Einschätzungen aus der Literaturanalyse und der Experteninterviews zu den Methoden, wie Informationen zielgruppengerecht verbreitet werden sollten. Genannt wurden folgende Vorschläge: Präventionsthemen sollten über Branchenzeitschriften, Mitteilungsblätter der Berufsgenossenschaften, Fachzeitschriften oder Fachorgane von Handwerksverbänden gestreut werden. Auch Praxisbeispielen aus anderen Betrieben sowie einem Austausch mit anderen Betrieben wird ein hoher Nutzen zugesprochen. Die ausgewerteten Studien schätzten den Stellenwert betrieblicher Beratung aber divergent ein.

Die Unternehmensbefragung ergab folgendes Bild: Unter den Medien, die gewünscht werden, nehmen Broschüren branchenübergreifend die erste Stelle ein (23 Prozent bzw. 21 Prozent). Online-Informationen würden 8 Prozent bzw. 5 Prozent der Unternehmen nutzen. Direkte Beratung und Inhouse-Schulungen sind kein Thema. In der Studie von Wienemann (2005) werden von 40 Prozent der Befragten Broschüren aber auch Internetquellen als bevorzugte Informationskanäle genannt.

Frühere Studien der Autoren in kleinbetrieblichen Branchen haben gezeigt, dass sich für die Vermittlung von Inhalten der Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes besonders Printmedien wie Broschüren und Flyer anbieten, auch Messen und Aktionstage können zur Verbreitung beitragen. Das Internet wird von Kleinunternehmern vieler Branchen (noch) eher selten zur Informationssuche beim Thema „Gesundheit im Betrieb“ genutzt. Zudem ist eine leicht erreichbare Anlaufstelle bei Problemen oder Rückfragen wünschenswert (wie Telefon-Hotline, persönliche Berater). Allerdings zeigen die aktuellen Erfahrungen der Autoren, dass sich die Nutzungspräferenzen von Zielgruppen bezüglich einzelner Medien stark und schnell verändern können. Eine engmaschige, stetige Beobachtung des Nutzungsverhaltens der verschiedenen Zielgruppen und eine entsprechende Anpassung der Informations- und Beratungsangebote sind deshalb notwendig.

Im Expertenkreis wurde in diesem Zusammenhang diskutiert, inwieweit öffentlichkeitswirksame Kampagnen das Interesse von Unternehmen und Beschäftig-

ten an Themen der Suchtprävention fördern können. Es bestand Konsens, dass ein unterstützendes gesellschaftliches Klima auch die betriebliche Wahrnehmung der Suchtprävention beeinflussen könne.

- Entwicklungsbedürftig sind nach Sichtung vorliegender Literatur und nach Einschätzung der Experten die vorliegenden Praxishilfen verschiedener Institutionen. Die Experten merkten an, dass Kleinst- und Kleinunternehmen ihre Realität in zahlreichen, derzeit vorliegenden Leitfäden, Handlungshilfen und Broschüren meist nicht wiederfinden. Die Veröffentlichungen hielten zwar reichhaltige Informationen zum missbräuchlichen Umgang mit Suchtmitteln und zu den Wirkungen verschiedener Substanzen auf die Gesundheit vor und seien für betriebliche Akteure sicherlich hilfreich, sie böten aber für Führungskräfte in KKV nur wenig praxisorientierte und alltagstaugliche Handlungsanleitung, da sich deren betriebliche Rahmenbedingungen und Leitungsstrukturen deutlich von denen in größeren Unternehmen unterscheiden.
- Im Rahmen der Literaturanalyse wurden zwei interessante Modelle bzw. Projekte in Deutschland bzw. Österreich vorgefunden. Dort wurden Informations- und Beratungsstellen für Klein- und Mittelbetriebe geschaffen, die als Schnittstelle zwischen betrieblicher und institutioneller Ebene sowie als Schnittstelle zwischen (therapeutischen) Einrichtungen und den Unternehmen agieren. Im Expertenkreis wurde der Aus- und Aufbau solcher Netzwerkstrukturen als wünschenswert angesehen, Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass es in der Vergangenheit eine Vielzahl von geförderten Projekten zum Aufbau von Präventionsnetzwerken gegeben habe, die nach der Förderphase nicht „überlebt“ hätten. Es sei schwierig, diese Beratungsstellen ohne öffentliche Förderung dauerhaft zu finanzieren.
- Die Experten betonten, dass noch viel öffentliche Überzeugungsarbeit geleistet werden müsse, um Suchtprävention aus der „Tabuzone“ zu holen.

Die zusammenfassende Darstellung der hemmenden und fördernden Faktoren zeigt, dass es eine Fülle von Ansatzpunkten für die Weiterentwicklung der Suchtprävention in KKV gibt. Zentrale Thesen und Empfehlungen hierzu werden in den nächsten Kapiteln erörtert.

6 Thesen für ein Präventionskonzept

Auf Basis der Literaturanalyse, der Unternehmens- und Mitarbeiterbefragung und der Experteninterviews wurden von den Projektdurchführenden Thesen – und daran anschließend Handlungsempfehlungen – formuliert. Diese Thesen und Empfehlungen wurden beim zweiten und dritten Treffen des Expertenbeirats sowie auf der Abschlussveranstaltung vorgestellt und intensiv diskutiert. Die Experten stimmten im Wesentlichen den im Folgenden aufgeführten Thesen zu und ergänzten sie um wichtige Aspekte.

Die folgenden Thesen bieten eine Basis für die Ableitung von Empfehlungen für die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Diese Empfehlungen werden in Kapitel 7 vorgestellt.

6.1 Stand der Umsetzung betrieblicher Suchtprävention

Zwar berichten etliche Unternehmer und Beschäftigte in den Befragungen dieser Expertise, dass es in ihrem Betrieb ein Alkoholverbot (bei 70 bis 80 Prozent der Unternehmen) und bei etwa 40 Prozent Vereinbarungen zum Nichtraucherchutz gebe, doch **insgesamt ist der Umsetzungsstand einer aktiven betrieblichen (primärpräventiven) Suchtprävention in kleinen Unternehmen sehr niedrig**. Nur wenige der befragten kleinen Betriebe haben in den letzten Jahren Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention durchgeführt: im Metallbereich in sechs Prozent und im Handel in zehn Prozent der Unternehmen.

In größeren Unternehmen ist häufiger ein formal abgesicherter Standard an Gesundheitsförderungsmaßnahmen (BGF) vorhanden: **Suchtprävention konzentriert sich aus Sicht der befragten Experten aber auch dort meist auf Alkohol / Drogen und sekundäre / tertiäre Prävention**. Bislang werden Medikamentenabusus und neue Suchtstoffe eher ausgeklammert, auch weil sie im Unternehmen nicht direkt „erkennbar“ sind.

Unterstützt wird diese Einschätzung durch das **Fehlen von betrieblichen Leuchtturmprojekten** in kleinen und mittleren Unternehmensgrößen. Sowohl die Experteninterviews als auch die Literaturrecherche verdeutlichen diesen Mangel. In KKU ist die aktuelle Situation geprägt von nur wenigen eigenständigen Nachfragen zu Gesundheitsthemen. In den Betrieben wird nur selten präventiv gehandelt, sondern eher anlassbezogen auf Gesundheitsprobleme reagiert.

Auch die **betriebliche Nachfrage** nach Suchtberatung oder Informationen bei den Beratungsanbietern ist laut deren Angaben insgesamt gering.

6.2 Hemmende Faktoren bei der Umsetzung von Suchtprävention – auf betrieblicher Ebene

Insbesondere kleine Unternehmen handeln bei akutem Problemdruck und nicht präventiv strategisch. Da die akute Betroffenheit (durch einen erkrankten Beschäftigten) in kleinen Unternehmen seltener auftritt als in großen, ist dort der Handlungsdruck geringer und Suchtprävention kommt nicht auf die Agenda.

- So gaben im Durchschnitt nur etwa 20 Prozent der befragten Unternehmen an, dass es im Betrieb schon Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln gegeben habe, das heißt der unmittelbar erlebte Problemdruck ist im Durchschnitt gering.
- Der fehlende subjektive Problemdruck bei Unternehmern / Führungskräften führt dazu, dass etwa die Hälfte der befragten Betriebe beider Branchen meint, dass Suchtmittelmissbrauch kein Thema bzw. der eigene Betrieb für Präventionsmaßnahmen zu klein sei. Kostengründe benennen knapp 30 Prozent der Unternehmen als Hürde. Allgemein wird bei dem Thema Suchtprävention im Betrieb keinen Handlungsbedarf gesehen.
- Betrachtet man die Gründe für das Einführen der Suchtprävention so steht an erster Stelle das Bemühen „Rückfälle zu vermeiden“. Auf einer Skala von „1 = spielte keine Rolle“ bis „5 = spielte die größte Rolle“ erreicht dieser Aspekt den Durchschnittswert 4.

In kleinen Unternehmen gibt es zudem keinen Handlungs- oder Umsetzungsdruck durch Betriebsräte, da diese in der Regel nicht vorhanden sind. Von der Seite der Beschäftigten gibt es hier nur sehr selten Impulse für Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention.

- Die Beschäftigten selbst können und wollen diese Einflussmöglichkeiten der Betriebsräte nicht kompensieren. Das Interesse der befragten Beschäftigten an der Einführung suchtpreventiven Maßnahmen ist gering. Die Mehrheit der befragten Mitarbeiter (57 Prozent) sieht keine Probleme in ihren jeweiligen Unternehmen, die suchtpreventive Maßnahmen erfordern würden. Insgesamt äußern sich die Mitarbeiter etwas offener gegenüber betrieblicher Suchtprävention als die Unter-

nehmer, es überwiegt aber das Desinteresse. Es ist nicht zu erwarten, dass Beschäftigte „Druck von unten“ für eine betriebliche Suchtprävention aufbauen.

- Der Expertenkreis bestätigte dieses Ergebnis und sieht es als wichtige Fragestellung an, wie man Beschäftigte in kleinen Betrieben für Prävention motivieren und aktivieren kann.

Das Präventionspotenzial des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird in KKV nicht ausgeschöpft. Denn man findet hier i.d.R. keinen organisatorisch differenzierten betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz und oft auch keinen Betriebsarzt, der als Informations- und Beratungsanbieter fungieren könnte.

- Als potenzielle Unterstützer bei Fragen der Suchtprävention sehen die Betriebe (siehe Kapitel „Unternehmensbefragung“) an erster Stelle Ärzte, Betriebsärzte bzw. betriebsärztliche Dienstleister, zudem Berufsgenossenschaften oder Krankenkassen, vereinzelt auch die Innung bzw. Kammer, Fachstellen für Suchtprävention oder die Polizei an. Allerdings haben auf diese Frage lediglich 12 Unternehmen geantwortet, wodurch die Ergebnisse mit Vorsicht zu behandeln sind. In früheren Studien zum Beratungsbedarf von kleinen und mittleren Unternehmen in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz (vgl. Hübner et al. 2010) stellten wir insbesondere in kleinen Unternehmen eine sehr geringe betriebliche Präsenz von Betriebsärzten fest. In der Regel werden diese, wenn überhaupt, mit einem minimalen Einsatzumfang für Pflichtuntersuchungen beauftragt. Faktisch werden das Beratungsangebot und die Fachkompetenz der Arbeitsmedizin also von den Unternehmen nicht abgefragt.
- Auch für die Beschäftigten in KKV sind Betriebsärzte kein prioritärer Ansprechpartner.
- Die Mitarbeiter konnten sich im Fragebogen (vgl. Anlage B) äußern woher sie sich Informationen zu den Themen Gesundheit, Arbeitsschutz oder Suchtprävention beschaffen. An erster Stelle wird hier das Internet genannt, gefolgt von der Krankenkasse, der Tagespresse und den Kollegen. Offizielle Anlaufstellen wie der Betriebsarzt oder der Betriebsrat werden dahingegen weniger kontaktiert. Ein möglicher Grund für die Vernachlässigung der offiziellen Anlaufstellen innerhalb des Unternehmens könnte sein, dass nur 39 Prozent der befragten Mitarbeiter den Betriebsarzt ihres Unternehmens überhaupt kennen.
- Im Expertenkreis wurde das Präventionspotenzial der Betriebsärzte anerkannt und Wege erörtert, dieses besser zu erschließen. Betriebsärzte haben von den

Arbeitgebern in der Regel keinen Auftrag zur Suchtprävention, d.h. sie können nur Anregungen geben und müssen gegenüber ihrem Auftraggeber diplomatisch sein. Ein „Einstiegsweg“ für die betriebsärztliche Suchtprävention kann die Betonung der Haftung der Unternehmer für unterlassene Unterweisungen oder Anweisungen zum Umgang mit Suchtmitteln sein (gesetzlich regulative Argumentation).

- In der Abschlussveranstaltung wurde von Verbands- und Kammerakteuren darauf hingewiesen, dass es für KKV insbesondere in ländlichen Regionen schwierig ist, qualifizierte Arbeitsmediziner zu gewinnen (geringes Auftragsvolumen ist für Anbieter nicht attraktiv).
- Die Beratungspotenziale von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern werden von den Unternehmen anerkannt, deren personelle Ressourcen sind jedoch sehr gering. Diese Institutionen engagieren sich durchaus in der betrieblichen Suchtprävention, dies wurde im Expertenkreis sehr deutlich dargestellt. Allerdings können sie eine flächendeckende Betreuung und Beratung von Klein- und Kleinbetrieben nicht realisieren.

Für alle Unternehmen gilt: Sucht ist ein Thema, das kein Handlungsinteresse auslöst. Sowohl von der Unternehmensleitung als auch von Beschäftigten(vertretern) wird eine verstärkte Suchtprävention mehrheitlich abgelehnt.

- Die Mehrheit der befragten Mitarbeiter spricht sich gegen eine verstärkte Suchtprävention in ihren Betrieben aus. Auf einer Skala von 1 („nein, ist nicht nötig) bis 5 („ja, auf jeden Fall) fallen die meisten Stimme auf die 1 (24 Prozent) und die 2 (28 Prozent). Mit zehn Prozent sprechen sich die wenigsten Mitarbeiter dafür aus „auf jeden Fall“ eine verstärkte Suchtprävention haben zu wollen.
- Eine große Mehrheit der Unternehmen reagiert auf die Frage, ob das Thema Suchtprävention in ihrem Betrieb stärker aufgegriffen werden sollte als bislang, ablehnend und erkennt keinen Handlungsbedarf erkennt (79 Prozent im Metallbereich – 86 Prozent im Handel).
- Der Expertenkreis vertrat die Ansicht, dass Sucht oft ein betriebliches Tabuthema darstellt und nicht aufgegriffen wird. Die Gründe sind vielfältig:
 - Der eigene Umgang mit Suchtmitteln wird nicht gerne reflektiert und verdrängt.
 - Die Einführung von Suchtprävention könnte als Hinweis auf ein drängendes aktuelles Suchtproblem im Betrieb gedeutet werden.

- Für Unternehmer / Führungskräfte in KKV ist die Thematisierung von Sucht besonders schwierig. In KKV haben Führungskräfte bzw. der Firmeninhaber gegenüber den Beschäftigten oft eine Rollenkonfusion, die Klärungsgespräche erschwert. Der Inhaber ist gleichzeitig Führungskraft, Fachkollege oder sogar Nachbar / Freund. Es ist für die Beteiligten dann manchmal unklar, ob das Gespräch disziplinarische Folgen haben oder ein Fürsorgegespräch darstellen soll. Der Unternehmer kann derartige Gespräche nicht wie in größeren Unternehmen an Personalverantwortliche delegieren. Für diese Gesprächssituationen benötigen KKV spezielle Handlungshilfen.
- Betriebliche Suchtprävention kann von den Beschäftigten als reglementierend und als Eingriff in die Privatsphäre bewertet werden.
- Der Verweis an eine Sucht- oder Drogenberatungsstelle durch die Führungskraft ist vor dem Hintergrund der Beziehungskonfusion in KKV, einer möglichen Grenzüberschreitung (wer darf ein Urteil fällen, ob ein Suchtproblem besteht) und des „negativen“ Images von Sucht(-Beratung) problematisch.

Hinzu kommen bei kleinen Unternehmen Informationsdefizite über geeignete betriebliche Verfahren und Handlungsmöglichkeiten, fehlende interne Fachkompetenz sowie Zeit- und Kostendruck (vgl. auch die Studie von Hübner et al. 2010).

- Die Experten wiesen in diesem Zusammenhang drauf hin, dass standardisierte und erprobte Interventionsprogramme wie der Stufenplan, die sich in größeren Betrieben bewährt haben, in KKV größen- und strukturbedingt „nicht greifen“. Hier müssen pragmatische und verbindliche Kommunikations- und Regelungskonzepte entwickelt und erprobt werden.

6.3 Hemmende Faktoren bei der Umsetzung von Suchtprävention – auf regionaler oder überbetrieblicher Ebene

Es gibt eine unübersichtliche Fülle von Informationen und auch Anlauf/ Beratungsstellen zur individuellen und zur betrieblichen Suchtprävention, aber auch etliche Lücken bei der Aufbereitung, dem Zuschnitt und Transfer von Informationen für Kleinunternehmer und Beschäftigte.

Die Präventionsakteure verfolgen zudem nur selten eine untereinander abgestimmte zielgruppenorientierte Informations- und Transferstrategie

- Der Expertenkreis bemängelte, dass es noch keine speziell auf Kleinst- und Kleinunternehmen **zugeschnittenen Transfer- und Informationsstrategien** und betrieblichen Leitfäden zur gesundheitlichen Prävention oder auch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement geben würde.
- Die Beschäftigten würden zwar durch Krankenkassen und öffentliche Medien (Zeitschriften, Fernsehen etc.) zu Themen der gesundheitlichen Verhaltensprävention informiert, zu Fragestellungen der betrieblichen Verhältnisprävention wie Gesundheitsmanagement bestünden aber Informationsdefizite. Gewerkschaften, Betriebs- und Personalräte greifen diese Fragestellungen auf, sie sind aber i.d.R. nicht in Kleinunternehmen vorzufinden.
- Bei den befragten Unternehmern, die sich über gewünschte Formate zur Suchtinformation äußerten, nehmen Broschüren die erste Stelle ein (23 Prozent der Betriebe wünschen sich solche). Online-Informationen würden acht Prozent der Unternehmen nutzen, Veranstaltungen der Innung, der Kammer oder des Verbands würden ebenfalls acht Prozent der Betriebe besuchen.
- Auch die Mitarbeiter konnten sich dazu äußern, woher sie sich Informationen zu den Themen Gesundheit, Arbeitsschutz oder Suchtprävention beschaffen. An erster Stelle wird hier das Internet genannt (77 Prozent), gefolgt von der Krankenkasse (65 Prozent), der Tagespresse (45 Prozent) und den Kollegen (42 Prozent). In der Studie von Wienemann (2005) werden von 40 Prozent der Befragten Broschüren und Internetquellen als bevorzugte Informationskanäle genannt. Offenbar sind dies die beiden Informationswege, die sich am ehesten anbieten und gut verfügbar wären.

Zur Transferstrategie:

Das RKW Kompetenzzentrum hat in einem 2011 abgeschlossenen Forschungsprojekt die Transferwege von Gesundheitsthemen zu kleinen Unternehmen untersucht und Verbreitungsmethoden entwickelt (Ergebnisse und Materialien zu finden auf www.gesundheit-unternehmen.de)

Für die **Vermittlung** von gesundheitlicher Prävention bieten sich zwei grundsätzliche Alternativen an:

- Fachinformationen über Kommunikationskanäle, die die Unternehmer zu Gesundheitsthemen präferieren (Themenportale, fachliche Kurzbroschüren, Faktenblätter etc.); das Internet ist als Transferkanal für einige Branchen (IT-affine Felder) geeignet, in etlichen Branchen wie beispielsweise das in o.g. Projekt untersuchte Friseurhandwerk sind gedruckte Informationen geeigneter.

- Einbettung/Andocken von Präventionsthemen in unternehmensbezogene Fachthemen (z.B. Qualität, Personalarbeit) und Transfer über Medien, die Unternehmer im Arbeitsalltag nutzen, wie beispielweise Zeitschriften von Branchenverbänden oder Kammern, Fachtagungen oder Innungsversammlungen.

Die genannte zweite Alternative erfordert von den Präventionsakteuren ein aktives Zugehen auf regionale Netzwerke, in denen auch Wirtschaftsverbände und Kammern vertreten sind. Die Transfererfolge sind nicht kurzfristig zu erwarten, sondern verlangen einen „langen Atem“. Hemmend ist für diese Strategie, dass keine bundesweite **Übersicht zu regionalen, betriebsbezogenen Präventionsnetzwerken verfügbar ist.**

- **Die Experten wiesen auch darauf hin, dass es für Unternehmen keine Wegweiser zu regionalen (Erst-) Anlaufstellen** bei Fragen zur Sucht gebe: Da viele nebeneinander bestehen, stellt sich den Unternehmern die Frage, wo sie anfragen sollen. Die Suchtberatungsstellen gehen selten aktiv auf Unternehmen zu, sondern reagieren meist auf betriebliche Nachfrage, um bei Problemfällen zu unterstützen.

6.4 Fördernde Faktoren von betrieblicher Suchtprävention – auf betrieblicher Ebene

Unternehmen mit einem betrieblichem Gesundheitsmanagement, betrieblichem Eingliederungsmanagement und/oder Interesse an betrieblicher Gesundheitsprävention sind eher bereit, Suchtprävention aufzugreifen, als dort inaktive Unternehmen.

- Fünf der sechs befragten Betriebe, die berichteten, Maßnahmen der Suchtprävention umgesetzt zu haben, waren auch in **der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiv.**
- Als fördernde Faktoren bei der Einführung von Maßnahmen der Suchtprävention lassen sich (Unternehmerbefragung) Aspekte der **unternehmerischen Fürsorge** ausmachen: Im Vordergrund steht das Bemühen „Rückfälle zu vermeiden“ oder die „Wahrnehmung sozialer Verantwortung“. Es folgen in der Rangfolge die Aspekte „Qualitätssicherung“, und „Verbesserung der Arbeitssicherheit“.
- Als weitere fördernde Faktoren nannte der Expertenkreis **motivierete Führungskräfte** und (positive) **Erfahrungen aufgrund konkreter Krankheitsanlässe**

(die meisten Unternehmen fragen anlassbezogen bei Beratungsinstitutionen wegen Unterstützung nach).

- Experten mit engem Kontakt zu KKV wiesen darauf hin, dass mit einer konsequenten Umsetzung der **betrieblichen Gefährdungsbeurteilung** (im Rahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes) Suchtprävention befördert werden könne. Auch über die **Betriebssicherheitsverordnung** könne insbesondere bei gefahrgeneigten Tätigkeiten auf diesem Weg im Unternehmen ein Bewusstsein und Sensibilität für Suchtprävention geweckt werden. Ebenso erhöhe ein ausgeprägtes betriebliches **Risiko- und Qualitätsmanagement** die betriebliche Sensibilität und die Umsetzung der Suchtprävention (Beispiel Logistik: Vergabe von Aufträgen wird an entsprechende betriebliche Qualitätsstandards gekoppelt).

Aus diesen vier Bilanzierungsthesen wurden folgende Empfehlungen über **Chancen und Möglichkeiten von Suchtprävention auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene** abgeleitet.

7 Empfehlungen für ein Präventionskonzept

Im Folgenden werden konkrete Empfehlungen für ein Präventionskonzept zur betrieblichen Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen gegeben, die sich aus den Ergebnissen der Befragungen und Interviews und den daraus entwickelten Thesen ableiten.

7.1 Vernetzung

1. Einbindung von Suchtprävention in das betriebliche Gesundheits- oder Qualitätsmanagement und die Vernetzung der Träger der Suchtprävention mit diesen betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren.

Dies sollte durchgeführt werden,

- um erstens die bereits genannten Kommunikationsbarrieren des „ungeliebten“ Themas Sucht zu überwinden und
- um zweitens dadurch die Chance zu nutzen, Suchtprävention in nachhaltige und umfassendere betriebliche Präventionsansätze zu integrieren. Auf diese Weise könnten auch wichtige Andockpunkte für die primäre Prävention genutzt werden, wie psychische Belastungen oder Erkrankungen.

Maßnahmen/Instrumente:

- **Integration des Themas Sucht**
 - in **Gefährdungsbeurteilungen** und betriebliche Auditierungen (Qualität, Verkehrssicherheit etc.),
 - in **Mitarbeiterunterweisungen** und schriftliche Anweisungen,
 - in **betriebliche Präventionsprogramme der GKV und BG**, explizite Integration von Suchtthemen in den Maßnahmenkatalog sowie
 - offensiveres **Themenmarketing von Suchtprävention durch Betriebsärzte** oder sicherheitstechnische Anbieter.
- **Beteiligung von Akteuren der Suchtberatung** an regionalen und (über)betrieblichen Netzwerken der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Ansprechpartner für die Initiierung der Maßnahmen:

Träger der regionalen Suchtberatung, (Spitzen)Verbände der GKV, Gesetzliche Un-

fallversicherung/Berufsgenossenschaften, Arbeitsmedizinische- und sicherheitstechnische Anbieter, in Einzelfällen Zertifizierungseinrichtungen wie z.B. TÜV

Zu bedenken:

- Entwicklung von Netzwerken erfordert langwierige Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse
- Steuernde Einrichtung für kontinuierliche Arbeit notwendig
- Kostenübernahme schwierig

7.2 Informationen

Es sollten praxisgerechte und einfach zugängliche Informations- und Handlungshilfen zur individuellen und betrieblichen Suchtprävention für Führungskräfte, (Sicherheits-)Beauftragte und Beschäftigte in KKU entwickelt werden.

Maßnahmen/Instrumente:

- Zielgruppenspezifische als auch Zielgruppen übergreifende, gut lesbare **regionale Wegweiser für Unternehmen und Multiplikatoren**, die Lösungsvorschläge enthalten (Checklisten, Faltblätter, Unterweisungsvorschläge, Adressen etc.).
- Kleinste und kleine Unternehmen finden ihre Realität in derzeit vorliegenden Leitfäden, Handlungshilfen und Broschüren nicht wieder. Die Veröffentlichungen halten reichhaltige Informationen zu missbräuchlichen Umgang mit Suchtmitteln vor und geben Informationen zu den Wirkungen verschiedener Substanzen auf die Gesundheit. Solche Informationen sind für betriebliche Akteure in KKU sicherlich hilfreich, bieten aber nur wenig Handlungsanleitung (siehe Kapitel 4.1.1).
- **Entwicklung eines für Kleinbetriebe geeigneten betrieblichen Interventionsleitfadens/Stufenplans.**
- **Entwicklung von Informations- und Sensibilisierungsinstrumenten, auch speziell für die Beschäftigtenebene** (Beispiel: was mache ich, wenn der Kollege alkoholisiert arbeitet, der Auszubildende „auffällig“ ist, etc.).
Anmerkung: In Großbritannien verfügen die Informationsportale zu Sicherheit und Gesundheit im Betrieb über spezifische Informationszugänge für Beschäftigte.
- **Verankerung** dieser Informationen auf den Portalen der DHS und Informationsportalen, die von Unternehmen genutzt werden, wie z.B. der Kammern).

- Entwicklung und Transfer von praxistauglichen **Veranstaltungsformaten** wie „betriebliche Prävention“ für regionale Veranstaltungen oder Kurzseminare für Führungskräfte/Unternehmer.
- **Diskussion mit Fachexperten über den Nutzen von neuen Informations- und Beratungsangeboten**, wie z.B. Multi Media-Anwendungen oder Handy-Apps.

Ansprechpartner für die Initiierung der Maßnahmen:

Krankenkassen (GKV), Berufsgenossenschaften/ Unfallversicherungsträger, BZgA, Rentenversicherungsträger, Gesundheitswissenschaft. Akteure der Suchtprävention, Gewerkschaften

Zu bedenken:

- Frage der Übernahme der Entwicklungs- und kontinuierlichen Transferkosten
- teilweise starker Marktwettbewerb der Ansprechpartner erschwert Kooperation

7.3 Transferkooperation

Entwicklung von überbetrieblichen, kooperativen Informations-, Ausbildungs- und Transferstrategien, um KKV zu erreichen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Suchtprävention auf überbetrieblicher Ebene anzusprechen. Sie sollten zudem auf die jeweiligen Branchen- und regionale Rahmenbedingungen abgestimmt werden.

Maßnahmen/Instrumente:

- **Entwicklung und Implementation von Modulen zur „Suchtprävention“ in Ausbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen** für Führungskräfte, Auszubildende, Beschäftigte und Multiplikatoren. Einsatz im Rahmen von
 - Erstausbildung (Berufsschulen, Weiterbildungszentren),
 - betrieblicher Fort- und Weiterbildung (Meister, Ausbilder etc.),
 - Suchtaktionstagen in Schulen.
- Systematische Integration von Präventionsthemen in die Qualifikationsmaßnahmen der Berufsgenossenschaften für Unternehmen, Sicherheitsbeauftragte, etc.

Ansprechpartner für die Initiierung der Maßnahmen:

Berufsgenossenschaften/Unfallversicherungsträger, Krankenkassen (GKV), Akteure der Suchtprävention, Industrie und Handelskammern, (Handwerks)Kammern, Verbände und Innungen, Bildungsministerien, Gesundheitsämter, Weiterbildungsträger

Zu bedenken:

- Frage der Kostenübernahme der Maßnahmen (Entwicklungs- und Transferkosten)
- Komplexe Entscheidungsstrukturen der Ansprechpartner erfordern lange Planungs- und Entscheidungszeiten
- Entscheidungsrichtung ist unsicher

7.4 Diskussion von Suchtpräventionskonzepten

Innovative, an Strukturen ansetzende Suchtpräventionskonzepte diskutieren und Institutionen übergreifende Netzwerkpotenziale ausloten.

Erfolgreiche Beispiele sind **strukturelle Präventionsansätze** wie Arbeitsstättenverordnung, Betriebssicherheitsverordnung oder Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, Gaststätten etc. Die Vorgaben der Straßenverkehrsordnung wirken auch limitierend auf den Alkoholkonsum im Betrieb.

Maßnahmen/Instrumente, z.B. auf der regulativen Ebene

- Gesetzliches Alkoholverbot in Betrieben
- Verordnung Punktnüchternheit am Arbeitsplatz
- Suchtprävention als Maßnahme bei betrieblichen Fahrschulungen

Maßnahmen/Instrumente zur Vernetzung

- Stärkere Einbindung der Suchtprävention in den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz auf Länder- und Bundesebene, wie z.B. Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) oder der BMAS Initiative INQA

Ansprechpartner für die Initiierung der Maßnahmen:

Fachreferate verschiedener Landes- und Bundesministerien, Spitzenverbände der Berufsgenossenschaften/Unfallversicherungsträger,

Zu bedenken:

- Politische Entscheidungen sind durch Präventionsakteuren kaum beeinflussbar
- komplexe und teilweise untereinander konkurrierende Entscheidungsstrukturen

- Verordnungen der Unfallversicherungsträger erfordern lange Planungs- und Entscheidungszeiten

7.5 Themenmarketing

Stärkung der öffentlichen und betrieblichen Aufmerksamkeit durch Fokussierung des Informationsangebots zur betrieblichen Suchtprävention, gezielte Nutzung vorhandener fachlicher Ressourcen zur Suchtprävention.

Maßnahmen/Instrumente:

- **Aktionswoche Alkohol** für betriebliche Suchtprävention stärker nutzen
- **Betriebliche Good-Practice** (auch von größeren Unternehmen verbreiten) in öffentlichkeitswirksamen Medien (Breitentransfer) mit innovativen Methoden verbreiten (Videos, Foto-Stories, etc.)
- **Betriebliche Suchtprävention durch geeignete Themenkopplung** (Personalthemen, Auszubildende) für die Medien der Kammern und Verbände aufbereiten und dort platzieren
- Die **Kompetenzen und Ressourcen der Suchtberater und Suchthelfer**, die in verschiedenen Organisationen arbeiten, für den betrieblichen Transfer ausloten und unterstützen.
- **Vernetzung und Weiterbildung** dieser regionalen Suchtakteure unterstützen, z.B. durch Förderung von Veranstaltungen oder bei gemeinsamen regionalen und öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten
- Das Thema Sucht, psychische Erkrankung und Gesundheitsförderung **im Themenmarketing** verknüpfen (siehe Empfehlung 1); das könnte der Stigmatisierung von Suchterkrankten und der betrieblichen Tabuisierung entgegenwirken.

Ansprechpartner für die Initiierung der Maßnahmen:

Fachinstitutionen des BMG, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Gewerkschaften (die Ansprechpartner für Suchtprävention), Sucht- und Drogenhilfeeinrichtungen, zuständige Landesministerien, Fachkliniken, Gesundheitsämter, Kommunikationsexperten, Kammern und Verbände

Zu bedenken ist die Frage der Federführung und Finanzierung der Aktivitäten.

8 Zitierte und weiterführende Literatur

- Abendroth, R. et al. (2003). Relevante Faktoren der Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben. Grundsatzpapier vorgelegt im Forum KMU des DNBGF anlässlich der A + A 2003.
- Amann, S. & Kuchenbecker, M. (2009). Einzelhandel – Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der Kleinst- und Kleinbetriebe. In: Cernavin, O. et al. (Hrsg.) Überbetriebliche Allianzen zur Prävention in KMU. Welche (Heraus)Forderungen stellen einzelne Branchen an Wissenschaft und Multiplikatoren? Eschborn, 25-32.
- Amann, S. (2008). Selbständig und gesund – kein Widerspruch. In: Herausforderung Existenzgründung. RKW Magazin, 59 (1), 24-25.
- Ames, G. & Bennett, J. (2011). Prevention Interventions of Alcohol Problems in the Workplace. A Review and Guiding Framework. Alcohol Research & Health Vol. 34, No. 2, 175-187.
- Ames, G., Grube, J. & Moore, R. (2000). Social control and workplace drinking norms: A comparison of two organizational cultures. Journal of Studies on Alcohol, 61(2), 203-219.
- Anderson, B. & Larimer, M. (2002). Problem Drinking and the Workplace: An Individualized Approach to Prevention. Psychology of Addictive Behaviors Vol. 16, No. 3, 243-251.
- Anderson, P. (2010). Alcohol and the workplace. A report on the impact of workplace policies and programmes to reduce the harm done by alcohol to the economy. Brüssel.
- Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt“ (2004). Positionspapier des Arbeitskreises „Prävention in der Arbeitswelt“ der Spitzenverbände von Unfall- und Krankenversicherung. Kooperationsstrukturen und Präventionsansätze für kleine Unternehmen – Ergebnisse aus dem Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit (I-PAG). Essen.
- Babor, T., Mcree, B. et al. (2007). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. Substance Abuse 28(3), 7-30.
- Bacharach S., Bamberger P. & Biron, M. (2010). Alcohol consumption and workplace absenteeism: The moderating effect of social support. Journal of Applied Psychology 95 (2), 334-348.

- Barmer GEK & DHS (2011). Alkohol am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Führungskräfte. Wuppertal.
- Bauer, G., Brügger, A. et al. (2011). Konzeption und Evaluation von Tabakprävention als integrierte Strategie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements: Ergebnisse eines Forschungs-Praxisprojekts zur Verbreitung von Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Kanton Zürich. Zürich, ETH Zürich.
- Bayerischer Industrie- und Handelskammertag BIHK e.V. (2011). Gesundheit wird auch im Betrieb gemacht! Handlungsfelder. Instrumente. Praxisbeispiele aus Bayern. München.
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (2010). Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung: Unternehmen engagiert und erfolgreich. Berlin.
- Beck, D. (2011). Zeitgemäße Gesundheitspolitik in Klein- und Kleinstunternehmen. Hemmende und fördernde Bedingungen. Berlin.
- Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (2000). „SUCHT AM ARBEITSPLATZ“ – Betriebliche Suchtprävention in Österreich. In: Fellöcker, K. & Franke, S. (Hrsg.) Suchtvorbeugung in Österreich. Springer, Wien New York.
- Bennett, J. & Lehman, W. (2001). Workplace substance abuse prevention and helpseeking: Comparing teamoriented and informational training. *Journal of Occupational Health Psychology* 6(3), 243-254.
- Bennett, J., Patterson, C. et al. (2004). Team awareness, problem drinking, and drinking climate: workplace social health promotion in a policy context. *Am J Health Promot*, 19: 103-113.
- Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd (oJ). Alkoholprobleme in den Griff bekommen. Ein Leitfaden für Kleinbetriebe. Mainz.
- Billings, D., Cook, R. et al. (2008). A webbased approach to managing stress and mood disorders in the workforce. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8), 960-968.
- BKK Bundesverband & Deutsche Hauptstelle für Suchtgefragten (DHS) (2007). Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe. Schlaf- und Beruhigungsmittel am Arbeitsplatz. Informationen und Hilfen für betriebliche Multiplikatoren. Essen.
- BKK Bundesverband (2011). Zwei, die nicht zusammenpassen: Alkohol und Arbeitswelt. Informationen für Vorgesetzte und betriebliche Entscheidungsträger. Essen.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2010). Unternehmen unterstützen Gesundheit – Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehm-

men. Berlin.

Brady, J. et al. (2009). Effectiveness of Mandatory Alcohol Testing Programs in Reducing Alcohol Involvement in Fatal Motor Carrier Crashes. *Am J Epidemiol* 170, 775-782.

Bray, J., Galvin, D. & Cluff, L. (Hrsg.) (2011). *Young Adults in the Workplace: A Multisite Initiative of Substance Use Prevention Programs*. RTI Press publication No. BK-0005-1103. Research Triangle Park, NC: RTI Press.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006). *Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe*. Bonn.

Burton, J. (2010). *WHO Healthy Workplace. Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices*. Genf.

Cahill, K., Moher, M. & Lancaster, T. (2008). Workplace interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Library Issue 4*.

Cashman et al. (2009). Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*. Art. No.: CD006566

Cook, R., Hersch, R., Back, A. & Mcpherson, T. (2004). The prevention of substance abuse among construction workers: A field test of a socialcognitive program. *Journal of Primary Prevention* 25(3), 337-357.

Cook, R. & Schlenger, W. (2002). Prevention of Substance Abuse in the Workplace: Review of Research on the Delivery of Services. *Journal of Primary Prevention, Vol. 23, No. 1*.

Croissant, B., Klein, O., Löber, S. & Mann, K. (2004). Betriebliche Suchtprävention – Durchführbarkeitsstudie in einem Betrieb der chemischen Industrie. *Gesundheitswesen* 66, 505-510.

Croissant, B., Hupfer, K. et al. (2008). Längsschnittuntersuchung alkoholauffälliger Mitarbeiter in einem Großbetrieb nach werksärztlicher Kurzintervention. *Nervenarzt* 79, 80-85.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) & Deutscher Verkehrssicherheitsrat (DVR) (2008). *Suchtprobleme im Betrieb. Alkohol, Medikamente, illegale Drogen*.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2008). *Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche*. Hamm.

Doumas, D. & Hannah, E. (2008). Preventing high-risk drinking in youth in the workplace: A web-based normative feedback program. *Journal of Substance Abuse*

Treatment 34(3), 263-271

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2011). Betriebliche Suchtprävention ist eine wichtige Investition in die Gesundheit suchtgefährdeter und suchtkranker Beschäftigter. www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/suchtstoffuebergreifende-themen/betriebliche-suchtpraevention.html (Zugriff 18.04.2013).

Egger-Subotitsch, A. et al. (2007). Praxishandbuch. Betriebliche und arbeitsmarkt-integrative Gesundheitsförderung. Wien.

Ennenbach, M., Gass, B., Reinecker, H. & Soyka, M. (2009). Wirksamkeit betrieblicher Suchtprävention. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Nervenarzt 80, 305-314.

European Agency for Safety and Health at Work (2011). Delivering the message – Programmes, initiatives and opportunities to reach drivers and SMEs in the road transport sector. Luxemburg.

Fonds Gesundes Österreich (2011). Gesunde Klein- und Mittelbetriebe Gesunde MitarbeiterInnen – erfolgreiche Unternehmen. Wien.

Galvin, D. (2000). Workplace Managed Care: Collaboration for Substance Abuse Prevention. Journal of Behavioral Health Services & Research 27.2, 125-130.

Goecke-Alexandris, M. (2010). Tabakprävention am Arbeitsplatz. Erfolge und Erfordernisse. Bundesgesundheitsblatt 53, 159-163.

Goerens, R. (2002). Aktuelle Situation in Luxemburg. In: Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (Hrsg.) „ALKOHOL AM ARBEITS-PLATZ“. Dokumentation der Internationalen Konferenz vom 23. Oktober 2002 in Saarbrücken, 46-49.

Gostomzyk, J. (2009). Alkohol im Unternehmen. vorbeugen – erkennen – helfen. Leitfaden der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG). München.

Griffin, B. et al. (2005). Health at work in small and medium sized enterprises. Issues of engagement. In Health Education. Vol. 105 No. 2, 126-141.

Heirich, M. & Sieck, C. (2000). Worksite Cardiovascular Wellness Programs As a Route to Substance Abuse Prevention. Journal of Occupational and Environmental Medicine Volume 42 (1), 47-56.

Hermansson, U., Helander, A. et al. (2010). Screening and brief intervention for risky alcohol consumption I the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. Alcohol and Alcoholism, 45, 252-257.

Hübner, B., Amann, S. et al. (2010). Analyse des Beratungsbedarfs betrieblicher Ak-

- teure und der verfügbaren Beratungsstrukturen im Themenbereich BGF – Befunde einer 3-stufigen Erhebung. in Hessen. In: Kirch, W., Middeke, M. & Rychlik, R. (Hrsg) Aspekte der Prävention. Ausgewählte Beiträge des 3. Nationalen Präventionskongresses, Dresden, 27.-28. November 2009. Stuttgart: Thieme. 202-214.
- Institut für Mittelstand Bonn (IfM) (2012). Mittelstand in Deutschland gemäß der KMU-Definition der EU-Kommission. www.ifm-bonn.org/fileadmin/data/redaktion/statistik/schluesselfzahlen/dokumente/SZ-Unt_Ums_Besch_2004-2010_D_KMU_nach_EU-Def.pdf (Zugriff 24.05.2013).
- International Labour Organization (ILO) (2006). SOLVE. Addressing Psychosocial Problems at Work. Genf.
- International Labour Organization (ILO) (2012). SOLVE. Integrating Health Promotion into Workplace OSH Policies. Genf.
- Institut für Betriebliche Suchtprävention Berlin & Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin (oJ). Leitfaden für kultursensible Suchtprävention in Betrieben. Berlin.
- Jansen, N. (2007). Nüchtern betrachtet... Prävention von Suchterkrankungen im Betrieb. Praxishilfen der Bergbau-Berufsgenossenschaft. Hannover.
- Jensen, H. (2008). Umgang mit Alkohol am Arbeitsplatz. Wiesbaden.
- Konerding, J. (2011). Drogen am Bau. Der Konsum von Rauschmitteln beeinträchtigt die Arbeitssicherheit. Infoblatt 4 derbgbau.de.
- Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg (oJ). Azubi & Alkohol. Stuttgart.
- Lapham, S., Gregory, C. & Mcmillan, G. (2003). Impact of an alcohol misuse intervention for health care workers: 1. Frequency of binge drinking and desire to reduce alcohol use. *Alcohol and Alcoholism* 38(2), 176-182.
- Lenarczyk, K. & Buning, E. (2005). Alcohol and the workplace in the European Union. An exploration. Amsterdam.
- Leuchter, K. (2000). Betriebliche Suchtprävention und -krankenhilfe im Rahmen von Klein- und Mittelbetrieben. In: Schumann, G. (Hrsg) Stand und Perspektive betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe : Reader zur Fachtagung des Regionalen Arbeitskreises Betriebliche Suchtprävention (RABS) Weser-Ems am 5. April 2000 in der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg, 95-102.
- Leuchter, K. (2011). Suchtarbeit im (Klein-)Betrieb erfordert ein gutes Netzwerk. In: Giesert, M. & Wendt-Danigel, C. (Hrsg.). Doping am Arbeitsplatz. Problembewältigung und Leistungssteigerung um jeden Preis? Hamburg, 143-147.
- Loeber, S. & Mann, K. (2006). Prävention bei Alkoholismus: Was wirkt? Psychiatri-

- sche Praxis, 33, 108-116.
- Lorenzl, U. & Batthyany, D. (2011). SuchTeam – Suchtprävention für Klein- und Mittelbetriebe im Wein- und Waldviertel. Wien.
- Lorenzl, U. et al. (2008). Abschlussbericht: Suchtprävention für Klein- und Mittelbetriebe in der EuRegio Salzburg – Berchtesgadener Land – Traunstein Projekt 1252 / III / 1. Berichtszeitraum: 01.01.2006 bis 31.12.2007.
- Mangold, R. & Kreyer, I. (2006). Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben: Motivanalyse, Argumentationslinien, Strategien. Dornbirn.
- Matano, R., Koopman, C., Wanat, S. et al. (2007). A pilot study of an interactive web site in the workplace for reducing alcohol consumption. *Journal of Substance Abuse Treatment* 32(1), 71-80.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim, Basel: Beltz.
- Miller, T., Zaloshnja, E. & Spicer, R. (2007). Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with random testing. *Accident Analysis and Prevention* 39(3), 565-573.
- Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (2002). „ALKOHOL AM ARBEITSPLATZ“. Dokumentation der Internationalen Konferenz vom 23. Oktober 2002 in Saarbrücken.
- Moser, M. & Karlqvist, L. (2004). Small and medium sized enterprises. A literature review of workplace health promotion. arbetslivsrapport nr:17.
- Mühlig, S. & Hoyer, J. (2007). Sekundäre Prävention psychischer Störungen am Arbeitsplatz. Wie ist problematischem Alkohol- und Drogenkonsum entgegenzuwirken? In: Richter, P. et al. (Hrsg) Arbeit und Gesundheit. Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld, 324-342.
- Nette, A. et al. (2000). Illegale Drogen in der Arbeitswelt. Hamburg.
- Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (2000). Prävention und Hilfe bei Suchtmittelmissbrauch. Bericht und Konzept. Hannover.
- Portnoy, D., Scott-Sheldon, L. & Johnson, B. (2008). Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: A meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988-2007. *Preventive Medicine* 47, 3–16.
- Rehwald, R. et al. (2007). Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe. Handbuch der IG Metall. Frankfurt.

- Rexrodt, C. & Ramsauer, F. (2004). Aufbau einer branchenunabhängigen Präventions- und Rehabilitationsberatung für kleine und mittelständische Unternehmen. „Jupp Schmitz lässt nach!“ Essen.
- Rey-Riek, S., Güttinger, F. & Rehm, J. (2003) Lohnt sich die betriebliche Suchtprävention? Zu Effektivität und Efizienz betrieblicher Alkoholprävention. Suchttherapie, 4, 12-17.
- Roman, P. & Blum, T. (2002). The Workplace and Alcohol Problem. Prevention In Alcohol Research & Health Vol. 26, 1, 49-57.
- Rummel, M. (2002). Betriebliche Suchtprävention für die Zukunft. Wirksame Konzepte, Qualitätsstandards und Innovationsbedarf. In: Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (Hrsg.) „ALKOHOL AM ARBEITSPLATZ“. Dokumentation der Internationalen Konferenz vom 23. Oktober 2002 in Saarbrücken. 32-45.
- Schmidt, A. & Benseck, I. (2011). Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, Seminarprogramm „Prev@WORK“ http://www.berlin-suchtpraevention.de/Betriebliche_Suchtpraevention-c1-11-k56.html.
- Schnabel, P. & Hillenkamp, R. (2000). Sozialökonomie als Bewertungs- und Planungsgrundlage betrieblicher Suchtprävention. In SUCHT 46(6), 439-451.
- Science Group of the European Alcohol and Health Forum (2011). Alcohol, Work and Productivity. Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum. Brüssel.
- Sczesny, C., Keindorf, S. & Droß, P. (2011). Kenntnisstand von Unternehmen auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in KMU Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von Inhaber/innen / Geschäftsführer/innen in Klein- und Kleinstunternehmen. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Sieck, C. & Heirich, M. (2010). Focusing Attention on Substance Abuse in the Workplace: A Comparison of Three Workplace Interventions. Journal of Workplace Behavioral Health 25, 72-87.
- Sockoll, I., Kramer, I. & Bödeker, W. (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. iga.Report 13. Essen
- Techniker Krankenkasse (2008). Gesund in KMU. Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen. Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung. Hamburg.

- Waldherr, K. & Hanak, P. (2010). Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit: Ex-Post-Evaluation der Nachhaltigkeit. Erster Zwischenbericht. Jänner 2010. Wien: Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research.
- Walters, S. & Woodall, W. (2003). Mailed feedback reduces consumption among moderate drinkers who are employed. *Prevention Science* 4(4), 287-294.
- White, A. et al. (2010). Online Alcohol Interventions: A Systematic Review. *J Med Internet Res*, 12(5): e62.
- Wienemann, E. & Müller, P. (2005). Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen – Expertise. Hannover.
- Wienemann, E. (2011). Die Rolle des riskanten Alkoholkonsums im Stressbewältigungsverhalten von weiblichen Fach- und Führungskräften. Hannover.
- Wienemann, E. & Schumann, G. (2011). Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ein Leitfaden für die Praxis. Hannover.

9 Anhang / Anlagen

A Fragebogen Unternehmerbefragung

B Fragebogen Mitarbeiterbefragung

C Leitfaden qualitative Interviews

D Mitglieder des Expertenkreises

A Fragebogen Unternehmerbefragung



RKW
Kompetenz-
zentrum



BGHM
Berufsgenossenschaft
Holz und Metall



BGHW
Berufsgenossenschaft
Handel und
Warendistribution

20 Fragen zur Suchtprävention in Ihrem Betrieb

Der Erfolg eines Betriebes ist unter anderem von der Fähigkeit seiner Mitarbeiter abhängig, die ihnen übertragenen Aufgaben bewältigen zu können. Der Konsum von Suchtmitteln (egal welche) verträgt sich nicht mit dieser Anforderung. Betriebe können ihre Mitarbeiter dabei unterstützen, Probleme beim Konsum von Suchtmitteln zu erkennen. Wie man damit am besten umgeht, wollen wir mit dieser Umfrage erfahren. Die Ergebnisse dienen dazu, unser Beratungs- und Leistungsangebot weiter zu optimieren. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

1. **Wie viele Personen sind in Ihrem Betrieb beschäftigt?** [.....]
2. **Wie hoch ist ca. der Frauen- und Männeranteil des Betriebs in Prozent?** [..... /] %
(kA = keine Angabe, zutreffendes bitte ankreuzen)
3. **Gibt es in Ihrem Betrieb einen Betriebsrat?** [ja] [nein] [kA]
4. **Besteht eine Vereinbarung zum Nichtraucherschutz?** [ja] [nein] [kA]
5. **Besteht ein allgemeines Alkoholverbot?** [ja] [nein] [kA]
6. **Besteht eine Regelung bezüglich anderer Suchtmittel?** [ja] [nein] [kA]
Wenn ja, zu welchem Thema? *Bitte angeben:*
7. **Welches sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuungsmodell gibt es in Ihrem Betrieb?**
Bitte ankreuzen: [Unternehmermodell] [externe Betreuung] [kA]

8. **Gab es in Ihrem Betrieb schon einmal Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln?** [ja] [nein] [kA]

Wenn ja, zu welchem Thema? *Bitte ankreuzen:*

[Alkohol] [Medikamente] [illegale Drogen] [Spiel-/Internetsucht]
[sonstiges], *bitte angeben:*

9. **Gibt es in Ihrem Betrieb Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?** [ja] [nein] [kA]

Wenn ja, zu welchem Themenbereich? *Bitte ankreuzen:*

[Verhaltensschulungen, wie Rückenschulen oder Nichtraucherseminare]
[Gestaltung der Arbeitsplätze]
[Gestaltung der Arbeitsorganisation]

10. **Werden in Ihrem Betrieb auch Maßnahmen der Suchtprävention durchgeführt?** [ja] [nein] [kA]

Wenn ja, weiter mit Frage 11 , wenn nein, weiter mit Frage 16.

11. **In welchen Bereichen gibt es Maßnahmen? Bitte ankreuzen:**

[Alkohol] [Medikamente] [illegale Drogen] [Spiel-/Internetsucht]
[sonstiges], *bitte angeben:*

12. **Welche Maßnahmen umfasst die betriebliche Suchtprävention? Bitte ankreuzen:**

[Informationsveranstaltungen] [Seminare für Beschäftigte] [Vorgesetztenschulung]
[Vereinbarung zu Sucht] [Tests auf Alkohol/Drogen] [Mitarbeitergespräche]
[Disziplinarmaßnahmen] [Unterstützung bei Therapien] [Vermittlung von Hilfe]
[gezieltes stufenweises Vorgehen (Gespräche, Hilfsangebote, Disziplinarmaßnahmen)]
[sonstige], *welche?*

13. **Werden bestimmte Mitarbeitergruppen angesprochen?**

Wenn ja, bitte angeben:

14. **Werden Sie bei diesen Maßnahmen von externen Institutionen unterstützt?**

Wenn ja, von welchen? *Bitte angeben:*

15. Was waren bzw. sind die Gründe für das Anbieten von Maßnahmen der Suchtprävention?

(Gewichten Sie die Gründe auf einer Skala von 1 „spielte keine Rolle“ bis 5 „spielte die größte Rolle“, Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Verbesserung der Arbeitssicherheit	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Verminderung von Fehlzeiten	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Schlecht-/Minderleistungen	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Qualitätssicherung	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Früherkennung von Suchtproblemen	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Vermeidung von Rückfällen	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Wahrnehmung sozialer Verantwortung	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Verbesserung des Führungsverhaltens	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Reduzierung suchtbedingter Kosten	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Vermeiden von Imageverlust	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Ist Bestandteil unserer Gesundheitsförderung	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
weitere, welche	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]

Weiter geht es mit Frage 17.

Hier geht es weiter für Einrichtungen ohne Maßnahmen:

16. Aus welchen Gründen werden keine Maßnahmen der Suchtprävention angeboten?

(Gewichten Sie die Gründe auf einer Skala von 1 „spielte keine Rolle“ bis 5 „spielte die größte Rolle“, Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Betrieb zu klein	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Kostengründe	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Thema hat im Betrieb keine Bedeutung	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Ablehnung der Geschäftsführung	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Ablehnung der Mitarbeiter	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
Unzureichende Informationen und Kenntnisse über sinnvolle Vorgehensweise	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
fehlende externe Unterstützung	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]
weitere, welche	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[kA]

Und hier geht es wieder weiter für alle:

17. **Was ist Ihre Meinung: Sollte das Thema Suchtprävention in Ihrem Betrieb stärker aufgegriffen werden als bislang?**

(Gewichten Sie auf einer Skala von 1 „nein, ist nicht nötig“ bis 5 „ja, auf jeden Fall“)

[1] [2] [3] [4] [5] [kA]

18. **Zu welchen Themen der Suchtprävention wünschen Sie Informationen?**

bitte angeben:

19. **Zu welchen Stellen würden Sie deswegen Kontakt aufnehmen?**

bitte angeben:

20. **In welcher Form wünschen Sie sich Informationen zu Suchtproblemen und Präventionsmöglichkeiten? Bitte angeben:**

[Broschüre] [Fachzeitschrift] [direkte Beratung] [online Informationen]
[Inhouse-Schulungen] [Veranstaltung der Innung, der Kammer oder des Verbands]

Wenn Sie angegeben haben, Maßnahmen der Suchtprävention durchzuführen, dürfen wir Sie für Nachfragen anrufen?

[ja] [nein]

Firma: _____ Branche: _____

Name: _____ Funktion: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Alle Angaben sind freiwillig. Ihre Kontaktdaten werden nur verwendet, wenn Sie dies wünschen. Alle Angaben werden nur anonymisiert ausgewertet und dargestellt.

B Fragebogen Mitarbeiterbefragung



Anonyme Mitarbeiterbefragung zur Suchtprävention in kleinen und kleinsten Unternehmen

Guten Tag!

Sie kennen Ihren Arbeitsplatz am besten und wissen genau, was gut läuft oder wo „der Schuh drückt“. Dieses Wissen möchten wir nutzen, um **optimale Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz** zu entwickeln. Speziell geht es uns heute zudem um den Umgang mit Suchtmitteln.

Deshalb unsere Bitte an Sie: Machen Sie mit! – Füllen Sie den Fragebogen aus!

Die Antworten werden durch das Karlsruher Institut für Technologie (KIT) – selbstverständlich **anonym und vertraulich** entsprechend den Bestimmungen des Datenschutzes – ausgewertet.

Vielen Dank!

Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet

sehr gut

gut

weniger gut

schlecht

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. Hatten Sie schon gesundheitliche Beschwerden... | ja | nein |
| durch das Bewegen schwerer Lasten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch langes Stehen oder einseitige Körperhaltung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch langes Sitzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch Zugluft / Raumtemperatur / Feuchte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch lange oder ungünstige Arbeitszeiten (wie Nacht-, Wochenendar-
beit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch Lärm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch hohen Zeit- oder Arbeitsdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch monotone Arbeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch Beanspruchung der Haut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch Verletzungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch hohen Verantwortungsdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch soziale Konflikte (mit Kollegen, Vorgesetzten, Kunden)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durch Sonstiges und zwar _____ | | |
| 3. Glauben Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre
jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter von 67 ausüben können? | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen zum Thema Gesundheit im Betrieb

- | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Können Sie mit dem Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“
etwas anfangen? | ja | nein | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | <i>(wn: „weiß nicht“)</i> | | |
| 5. Gab es in Ihrem Betrieb in den letzten 2 Jahren
Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung? | ja | nein | wn |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, zu welchen Themenbereichen? | | | |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensschulungen, wie Rückenschulen oder Nichtraucherkurse | | | |
| <input type="checkbox"/> Gestaltung der Arbeitsplätze | | | |
| <input type="checkbox"/> Gestaltung der Arbeitsorganisation | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar _____ | | | |
| | ja | nein | wn |
| 6. Gibt es regelmäßige Gespräche zu Themen der Gesundheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Wurden in Ihrem Betrieb in den letzten 2 Jahren Maßnahmen der Suchtprävention durchgeführt?	ja	nein	wn
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illegale Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiel-/Internetsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges und zwar _____			

8. Welche Maßnahmen umfasste die betriebliche Suchtprävention?

(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- Informationsveranstaltungen / Seminare
- Tests auf Alkohol / Drogen
- Mitarbeitergespräche
- Disziplinarmaßnahmen
- Unterstützung bei Therapien
- gezieltes stufenweises Vorgehen (Gespräche, Hilfsangebote, Disziplinarmaßnahmen)
- Sonstige und zwar _____

	ja	nein	wn
9. Besteht eine Vereinbarung zum Nichtraucherschutz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	wn
10. Besteht ein allgemeines Alkoholverbot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	wn
11. Besteht eine Regelung bezüglich anderer Suchtmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, zu welchen Themen?

Bitte angeben: _____

(kA: „keine Angabe“)

	ja	nein	kA
12. Gab es in Ihrem Betrieb schon einmal Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, zu welchen Themen?

- Alkohol
- Medikamente
- Illegale Drogen
- Spiel-/Internetsucht
- Sonstige und zwar _____

Angaben zur Ihrer Person und Ihrem Betrieb

17. **Wie viele Mitarbeiter sind in Ihrem Betrieb beschäftigt?** _____

18. **Was ist Ihre berufliche Stellung?**

- Auszubildender
- ungelernter Mitarbeiter
- gelernter Mitarbeiter
- Vorgesetzter

18. **Wie alt sind Sie?**

- unter 20 Jahre
- 20 bis 49 Jahre
- über 50 Jahre

19. **Ihr Geschlecht?**

- männlich
- weiblich

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

C Leitfaden qualitative Interviews

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Studie „Hemmende und fördernde Faktoren für die Umsetzung betrieblicher Suchtprävention“ des Bundesgesundheitsministeriums würden wir Ihnen gerne einige Fragen zu der Arbeit Ihrer Institution in diesem Themenbereich stellen.

Uns interessiert insbesondere, welche Akteure bereits mit welchen Angeboten in dem Feld aktiv sind, aber auch welche Angebote gut angenommen werden. Die Frage, wieso das Thema Suchtprävention im Betrieb bislang so wenig angekommen ist.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung der Studie!

1. Grundlagen und Auftragsbasis

- Was bildet die Grundlage Ihrer Tätigkeit?
- Was ist Ihr Auftrag bzw. was sind Ihre Ziele zum Thema Suchtprävention?
- Was ist Ihre Zielgruppe (z.B. Unternehmen, Betroffene, Multiplikatoren)?
- An welchem Punkt setzen Sie an: präventiv, bei Erkrankungen, während/nach Reha?
- Gibt es von Ihnen einen Jahresbericht?

2. Umsetzungsstand

- Was bedeutet für Sie betriebliche Suchtprävention bzw. was wäre für Sie eine gute Umsetzung?
- Wo sehen Sie die wesentlichen Hindernisse für den Einsatz von präventiven Angeboten?
- Wie schätzen Sie den Umsetzungsstand – sowohl in kleinen als auch großen Unternehmen – von betrieblicher Suchtprävention ein?
- Kennen Sie (kleine) Unternehmen, in denen Suchtprävention (auch einzelne Maßnahmen) umgesetzt wird?
- Was sind Ihrer Ansicht nach fördernde Faktoren für die Umsetzung von betrieblicher Suchtprävention?

- Was sind die Anlässe, mit denen sich Betriebe an Sie wenden?

3. Thematische Schwerpunkte und neue Themen

- Was sind Ihre Ansätze und Aktivitäten im Bereich Suchtprävention?
- Was sind die Themen, die Sie momentan besonders beschäftigen?
- Wo sehen Sie neue Anforderungen und Schwerpunkte?
- Gibt es eine hohe Nachfrage nach den Angeboten?
- Können Sie beziffern, wie viele Adressaten Ihre Angebote nutzen / darüber informiert werden?

4. Transferwege

- Welche Maßnahmen und Aktivitäten bieten Sie an?
- Von wem geht die Aktion aus: von Ihnen oder von den Betroffenen/Unternehmen?
- Haben Sie direkten Kontakt zu Unternehmen?
- Haben Sie Kontakt zu kleinen Unternehmen?
- Wie intensiv ist der Kontakt und mit wem arbeiten Sie zusammen (z.B. Unternehmer, Führungskräfte, Beschäftigte)?
- Wenn Kontakt mit Betroffenen: Gibt es eine Rückmeldung an die Unternehmen?

5. Netzwerke und Kooperationen

- Gibt es Netzwerke / Kooperationspartner, mit denen Sie im Themenbereich zusammenarbeiten?
- Wenn Sie regional tätig sind: Kennen Sie vergleichbare Angebote in anderen Regionen?

6. Empfehlungen und Perspektiven

- Wo sehen Sie Chancen / Möglichkeiten, das Thema auch in KKV zu verankern?
- Halten Sie die bestehenden Angebote für ausreichend?
- Wieso werden Ihrer Ansicht die Unternehmen (nicht) erreicht?
- Mit wem wünschen Sie sich verstärkt Kooperationen?

D Teilnehmer des Expertenkreises

**Herzlichen Dank für die Unterstützung der Studie
an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertenkreises!**



Karl Wenchel



Sandra Rulinski



Susanne Vogelgesang



Manfred Röhrs



Regina Sahl



Eva Zinke, Hans Irion



Andreas Rieker



Krämer



Ferdinand Leist