



Hochschule
Zittau/Görlitz
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hochschule Zittau/Görlitz

Fakultät: Management- und Kulturwissenschaften

Studiengang: Management im Gesundheitswesen

Bachelorarbeit

Suchtgefährdung in der Dresdner Arbeitswelt – Branchenspezifische Unterschiede im Umgang mit dem Thema Sucht und Suchtprävention

Vorgelegt von: Julia Porta

Geboren am: 07.05.1993

1. Gutachterin: Prof. Dr. phil. habil. Yve Stöbel-Richter

2. Gutachterin: Zonja-Stefania Szymanowski M.A.

Bearbeitungszeitraum: 15. Juli bis 15. Oktober 2016

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Anhangsverzeichnis	V
1. Einleitung	1
1.1. Zielstellung	2
1.2. Aufbau der Arbeit	2
2. Theoretischer Teil	3
2.1. Begriffserklärungen	3
2.1.1. Sucht.....	3
2.1.1.1. Sucht als Krankheit	3
2.1.1.2. Entstehung einer Sucht.....	5
2.1.1.3. Erkennen einer Sucht	7
2.1.2. Suchtprävention	9
2.1.2.1. Universelle Prävention	9
2.1.2.2. Selektive Prävention	10
2.1.2.3. Indizierte Prävention	10
2.2. Suchtsituation in Dresden	10
2.3. Strukturelle Grundlagen	13
2.3.1. Präventionsgesetz	13
2.3.2. Arbeitsschutzgesetz	14
2.4. Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	14
2.5. Betriebliche Suchtprävention	15
2.5.1. Einbettung in das betriebliche Gesundheitsmanagement	16
2.5.2. Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention	17
2.5.3. Gründe für betriebliche Suchtprävention.....	17

2.5.3.1. Auswirkungen von Suchtkranken auf die Mitarbeiter	19
2.5.3.2. Ökonomische Folgen für den Betrieb.....	20
2.5.4. Programme der Krankenkassen	20
2.5.5. Grenzen der betrieblichen Suchtprävention	22
3. Forschungsstand	24
4. Empirische Erhebung	26
4.1. Leitfadenorientiertes Experteninterview	28
4.2. Vorbereitung des Interviews.....	29
4.3. Durchführung des Interviews.....	32
4.4. Datenanalyse	33
5. Ergebnisse	36
5.1. Rolle des Themas Sucht	36
5.2. Menschen mit einer Suchtkrankheit	39
5.3. Folgen aufgrund eines Suchtkranken.....	41
5.4. Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention.....	43
5.5. Vorgehen bei Suchtkranken	46
5.6. Suchtbeauftragter.....	49
5.7. Rahmenbedingungen	51
5.8. Bilanz der betrieblichen Suchtprävention	53
6. Diskussion	55
7. Fazit	59
Literaturverzeichnis	61
Eidesstattliche Erklärung	67
Danksagung.....	68
Anhang.....	69

Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BKK	Betriebskrankenkasse
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DIN	Deutsches Institut für Normung
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
GEK	Gmünder Ersatzkasse
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, German Modification
IKK	Innungskrankenkasse
KKB	Kleinst- und Kleinbetriebe
PrävG	Präventionsgesetz
SBB	Suchtberatungs- und Behandlungsstelle
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stadien der Suchtentstehung	7
Abbildung 2: Hinweise zur Suchterkennung	8/9
Abbildung 3: Krankenhauseinweisungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als Hauptdiagnose für Männer und Frauen	11
Abbildung 4: Entwicklung ausgewählter Problembereiche unter den betroffenen Klienten (ohne Angehörige) in den SBB von 2006 bis 2015	12
Abbildung 5: Einbettung von betrieblicher Suchtprävention in das betriebliche Gesundheitsmanagement	17
Abbildung 6: Phasen des Forschungsablaufes	27
Abbildung 7: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse	34

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Informationsschreiben.....	69
Anhang 2: Einwilligungserklärung.....	70
Anhang 3: Interviewleitfaden.....	71
Anhang 4: Interviewprotokoll.....	75
Anhang 5: Transkriptionsregeln.....	76
Anhang 6: Kodierleitfaden des Categoriesystems.....	77

1. Einleitung

In der heutigen Gesellschaft ist eine leistungsfähige Person sehr wichtig für die Arbeitswelt. Diese Leistung kann jedoch nur erbracht werden, wenn man gesundheitlich nicht angeschlagen, körperlich bzw. geistig qualifiziert und leistungsfähig ist. Doch was, wenn dies nicht der Fall ist und der Arbeitgeber¹ Druck ausübt? Aufgrund dessen können Arbeitnehmer zu Mitteln greifen, welche vorübergehend aufputschend wirken oder den Stress und die Belastung verdrängen. Um die Leistung dauerhaft zu erfüllen, werden die Mittel weiter konsumiert, was zu einer Suchterkrankung führen kann. Die psychischen Erkrankungen, zu denen auch die Suchterkrankungen gehören, steigen in der Arbeitswelt immer weiter an (Gusia & Freigang-Bauer, 2013, S. 3). Man geht davon aus, dass fünf Prozent der Arbeitnehmer alkoholsüchtig sind (Gross, 2016, S. 134). Eine Suchtkrankheit kann für den Betrieb große Probleme mit sich bringen. Suchtkranke weisen hohe Fehlzeiten auf, können ihre Leistung nicht voll erbringen und Unfälle verursachen. Die Vorgesetzten haben gegenüber ihren Arbeitnehmern eine Fürsorgepflicht. Sie sind daher verpflichtet, alles zum Schutz ihrer Arbeitnehmer zu unternehmen. Um sich dem Problem der Suchtkrankheit am Arbeitsplatz anzunehmen, bzw. das Problem gar nicht erst auftreten zu lassen, haben sich in den siebziger Jahren die ersten betrieblichen Suchtpräventionsmaßnahmen großräumig in Deutschland etabliert. Betriebe haben erkannt, dass gesunde Mitarbeiter tragend für den Betriebserfolg sind. In größeren Betrieben gehört betriebliche Suchtprävention heute oft fest verankert zu den Maßnahmen innerhalb des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Wienemann, 1998, S. 392ff). Bei kleinen Betrieben fehlt häufig ein Ansatz zur betrieblichen Suchtprävention, da meist ein geringes Interesse besteht oder aber bekannte Suchterkrankungen viel seltener auftreten und eine Notwendigkeit daher nicht gesehen wird (Freigang-Bauer & Gusia, 2013, S. 578). Umgesetzt werden die Maßnahmen in den Betrieben oft durch Fortbildungen oder Schulungen (Gusia & Freigang-Bauer, 2013, S. 6). Hilfe und Unterstützung bei der Umsetzung eines Suchtpräventionsprogrammes erhalten die Betriebe u.a. von Krankenkassen. Das Präventionsgesetz von 2015 sieht demnach auch vor, dass die Krankenkassen für

¹ In dieser Arbeit wird für das erleichterte Lesen nur die männliche Bezeichnung verwendet, gemeint sind aber immer beide Geschlechter.

ihre Versicherten einen finanziellen Beitrag zur Prävention leisten müssen (Präventionsgesetz, 2015).

1.1. Zielstellung

Das Ziel dieser Arbeit zu dem Thema „Suchtgefährdung in der Dresdner Arbeitswelt – Branchenspezifische Unterschiede im Umgang mit dem Thema Sucht und Suchtprävention“ ist, anhand von drei Experteninterviews mit Führungskräften, Unterschiede und Gemeinsamkeiten darzustellen. Es wird erläutert, wie Dresdner Betriebe mit dem Thema Sucht umgehen und wie Suchtpräventionsmaßnahmen unterschiedlich umgesetzt werden. Unter anderem soll im Interview aufgegriffen werden, welche Rolle Sucht im Betrieb darstellt und wie der Betrieb mit einem suchtkranken Arbeitnehmer umgehen würde. Zu dem Thema Suchtprävention soll anhand des Interviews erörtert werden, wie und warum Maßnahmen umgesetzt werden und ob ein Erfolg wahrgenommen wird.

1.2. Aufbau der Arbeit

Das Erste Kapitel beinhaltet die Einleitung, welche auf das Thema der Arbeit hinleitet. Das zweite Kapitel umfasst den theoretischen Abschnitt. Zuerst wird der Begriff Sucht thematisiert. Anschließend wird die Vorgehensweise der Suchtprävention nach der Zielgruppe erläutert. Daraufhin wird die aktuelle ambulante und stationäre Drogensituation der Stadt Dresden geschildert. Zwei wichtige strukturelle Grundlagen für betriebliche Suchtprävention, das Präventionsgesetz und das Arbeitsschutzgesetz, werden danach beschrieben. Nachfolgend wird das betriebliche Gesundheitsmanagement erläutert, woraufhin zu dem Thema betriebliche Suchtprävention mit der Einbettung in das Gesundheitsmanagement übergeleitet wird. Auf die Entstehung und die Gründe der betrieblichen Suchtprävention werden abschließend die Krankenkassenprogramme und die Grenzen der betrieblichen Suchtprävention beschrieben. Im dritten Kapitel wird über den Forschungsstand zur betrieblichen Suchtprävention berichtet. Im Kapitel der empirischen Erhebung (viertes Kapitel) wird die Methode des Experteninterviews beschrieben, die Vorbereitung sowie die Durchführung und Datenauswertung der Interviews dargestellt. Kapitel fünf veranschaulicht die aus den Interviews gewonnenen Ergebnisse. In Kapitel sechs werden die Ergebnisse diskutiert. Zuletzt beinhaltet diese Arbeit das Fazit, in welchem die wichtigsten Erkenntnisse aufgezeigt werden.

2. Theoretischer Teil

Im vorliegenden Kapitel werden die Begriffe Sucht und Suchtprävention zum Verständnis näher erläutert (Kapitel 2.1.) sowie der Status Quo der Suchtsituation in Dresden als ausschlaggebender Punkt der Forschung des Themas beschrieben (Kapitel 2.2.). Des Weiteren werden strukturelle Grundlagen dargelegt (Kapitel 2.3.), welche die Einführung betrieblicher Suchtprävention unterstützen. Anschließend wird das betriebliche Gesundheitsmanagement (Kapitel 2.4.) erläutert, um danach näher auf die betriebliche Suchtprävention (Kapitel 2.5.) bezüglich Einbettung in das betriebliche Gesundheitsmanagement und der Entwicklung einzugehen. Ferner werden Gründe zur Einführung der betrieblichen Suchtprävention und Programme der Krankenkassen beschrieben sowie Grenzen der betrieblichen Suchtprävention aufgezeigt.

2.1. Begriffserklärungen

Neben dem Begriff Suchtprävention wird auch der Begriff Sucht im Hinblick auf das Krankheitsbild, deren Entstehung und Erkennung erklärt. Die Begriffe sollen für das grundlegende Verständnis dieser Arbeit dienen.

2.1.1. Sucht

Zunächst soll ein Grundwissen über die Komplexität der Suchtkrankheit vermittelt werden, um anschließend deren Entstehung besser zu verstehen. Nachfolgend soll durch das erlangte Grundverständnis das Erkennen einer Suchtkrankheit durch Außenstehende, gemeint sind hier vor allem Mitarbeiter eines Betriebes, erläutert werden. Außerdem sollen Probleme aufgezeigt werden, welche das Erkennen einer Suchtkrankheit erschweren können.

2.1.1.1. Sucht als Krankheit

Am 18. Juni 1968 wurde Sucht in Deutschland als Krankheit anerkannt, nachdem es eine Auseinandersetzung zwischen einer Krankenkasse und einem Sozialhilfeträger über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung einer alkoholsüchtigen Frau gab. Das Bundessozialgericht entschied sich dafür, Sucht als Krankheit anzuerkennen, „[d]enn auch Trunksucht in der vorliegenden Form ist eine Krankheit“ (Bundessozialgericht, 1968).

Eine Sucht ist dadurch gekennzeichnet, dass ein sehr starkes und unstillbares Verlangen nach einem bestimmten Stoff (z.B. Alkohol, Drogen oder Medikamente) oder einer bestimmten Verhaltensweise (z.B. Arbeit, Sport oder Glücksspiele) und deren darauf folgende Wirkung besteht. Diese werden stoffgebundene oder stoffungebundene Sucht genannt (Beise, Heimes & Schwarz, 2009, S. 333ff). Sucht wird u.a. im ICD-10-GM klassifiziert, wobei hauptsächlich auf die Substanzabhängigkeit eingegangen wird (Bell, 2015, S. 22). Die ICD Klassifikation wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht. Die stoffgebundenen Süchte werden von F10 bis F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) im ICD-10-GM klassifiziert. Stoffungebundene Süchte sind unter den Klassifizierungen F50 („Essstörungen“), F63 („Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“) sowie F65 („Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, die das sexuelle Verhalten betreffen“) zu finden (DIMDI, 2015).

Eine stoffgebundene Suchterkrankung liegt laut ICD-10-GM dann vor, wenn drei der folgenden Kriterien während der letzten Jahre auf eine Person zutreffen:

- Das Verlangen nach einem Suchtstoff ist so groß, dass man ihm nicht widerstehen kann.
- Beim Konsum des Suchtstoffes geht die Kontrolle verloren und es kann nicht mit dem Konsum aufgehört werden.
- Das Aufhören des Suchtstoffkonsums führt zu Entzugserscheinungen.
- Um die Wirkung des Erstkonsums wieder zu erleben, muss immer mehr von dem Suchtstoff konsumiert werden (Toleranzentwicklung).
- Eine Gleichgültigkeit gegenüber früheren Belangen entsteht, da sich alles nur noch um den Suchtstoff dreht.
- Bei auftretenden psychischen oder physischen Folgen wird nicht mit dem Konsum aufgehört (DIMDI, 2015).

Damit die Kriterien auch für stoffungebundene Suchterkrankungen angewendet werden können, bringt Bell den Vorschlag ein, die Wörter Suchtstoff durch „Verhaltensweise“ und Konsum durch „Ausübung“ zu ersetzen (Bell, 2015, S. 22).

Das DSM-5, ein Klassifikationssystem, welches nur psychische Erkrankungen klassifiziert, wird von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung herausgegeben. In Deutschland kommt die DSM Klassifizierung nicht zur Anwendung, weshalb hier nur Grundlegendes beschrieben wird. Im DSM-5 wird der Begriff

Sucht nicht als Diagnose gebraucht, da dieser laut Herausgeber zu ungenau definiert sei, sondern der Begriff Substanzkonsumstörung. Bei der Dokumentation der Krankheit soll die genaue Bezeichnung der Substanz genannt werden. Der Vorteil der DSM-5 Klassifikation besteht darin, dass die Suchterkrankung unterteilt werden kann in leichte und schwere Substanzkonsumstörung, und dass neben der Suchtdiagnose noch andere Aspekte einbezogen werden (American Psychiatric Association, 2015, S. 260ff).

Eine Suchterkrankung kann körperlicher und/oder psychischer Natur sein. Von einer körperlichen Suchterkrankung wird gesprochen, wenn das Suchtmittel oder die süchtig machende Verhaltensweise dem Körper nicht mehr oder in zu geringer Menge zugeführt bzw. ausgeübt wird und Entzugerscheinungen auftreten. Um Entzugerscheinungen bei der körperlichen Abhängigkeit zu vermeiden, muss die Menge des Suchtmittels oder die Häufigkeit des Verhaltens erhöht werden. Psychisch abhängig ist der Suchterkrankte dann, wenn der ständige Wunsch entsteht, einen bestimmten Gefühlszustand durch das Suchtmittel oder das Verhalten zu erreichen. Es entsteht ein Suchtdruck, das sogenannte Craving. Die suchtkranke Person ist nicht mehr fähig, ohne das Suchtmittel oder die Verhaltensweise den gewohnten Tagesablauf zu bestreiten (Gross, 2016, S. 6f, 23).

2.1.1.2. Entstehung einer Sucht

Ursachen der Suchtentstehung

Eine Suchterkrankung kann durch viele zusammenhängende Ursachen entstehen. Dies trifft sowohl auf stoffgebundene als auch auf stoffungebundene Süchte in derselben Weise zu (Gross, 2016, S. 7).

Menschen, deren direkte Vorfahren süchtig waren oder sind, haben ein erhöhtes Risiko an einer Sucht zu erkranken. Auch wenn die Kinder nicht mit den abhängigen Eltern oder dem abhängigen Elternteil zusammenleben, besteht für diese eine erhöhte Wahrscheinlichkeit selbst süchtig zu werden. Das ist auf die genetische Veranlagung zurückzuführen. Aber auch Menschen, die in einem Umfeld mit Abhängigen leben und deren Eltern nicht abhängig sind, haben ein erhöhtes Risiko selbst abhängig zu werden. Der sogenannte „Lernfaktor“ des Umfeldes begünstigt die Entstehung einer Sucht subjektiv, da die Abhängigkeit als eine alltägliche und normale Situation vorgelebt wird. Neben den erblich bedingten

Ursachen und dem „Lernfaktor“ zählen psychische Störungen, wie z.B. eine Depression, zu den zusammenhängenden Ursachen. Die vierte Ursache, welche die Entwicklung einer Suchterkrankung begünstigen kann, ist der soziale Faktor (Beise, Heimes & Schwarz, 2009, S. 333). Hierbei können beispielsweise die Familie, der Freundeskreis sowie die Kultur einen Einfluss bei der Suchtentstehung haben. Die Gesetzgebung kann zum Entstehen eines Suchtverhaltens beitragen, indem sie Drogen legalisiert bzw. verbietet. Durch die Legalisierung von Suchtmitteln sind diese immer greifbar und auch in der Gesellschaft akzeptiert (Gross, 2016, S. 7f).

Stadien der Suchtentstehung

Die Suchtentstehung besteht aus drei Stadien: der Einleitungsphase und der kritischen Phase, welche anschließend zur chronischen Phase führt (Abbildung 1). Die Einleitungsphase beginnt mit dem Gebrauch von einem Suchtmittel oder einem süchtig machenden Verhalten, dann wenn es notwendig ist. Beim Genuss wird das Suchtmittel konsumiert oder das Verhalten ausgeübt, um eine vorübergehend positive Sinnesempfindung zu erleben. Der Missbrauch ist der Übergang zur kritischen Phase und ist dadurch gekennzeichnet, dass sowohl körperliche als auch psychische Schäden entstehen. Auf den Missbrauch eines Stoffes oder eines bestimmten Verhaltens folgt das ausweichende Verhalten. Probleme können nur noch unter Einnahme des Suchtmittels oder der Ausübung der Verhaltensweise behoben werden. Dadurch, dass Probleme einfach durch das ausweichende Verhalten gelöst scheinen, gewöhnt sich der Körper schnell an den Suchtstoff oder die Verhaltensweise, womit die chronische Phase beginnt. Hat sich der Körper erst einmal an den Suchtstoff oder das süchtig machende Verhalten gewöhnt, kommt es zu einem ständigen Verlangen nach mehr. Als einziges Mittel das Verlangen zu stoppen, scheint dann das Suchtmittel zu konsumieren oder das Verhalten auszuüben. Das letzte Stadium bei der Suchtentstehung ist die Abhängigkeit. Suchtkranke sind nur noch auf den Suchtstoff oder das Verhalten fixiert und sind in ihrer allgemeinen Handlungsfähigkeit beeinträchtigt. Versucht man abstinenter zu sein, treten Entzugssymptome auf. Die einzige Lösung die Entzugssymptome zu verhindern, ist erneut zum Suchtmittel zu greifen oder die süchtig machende Verhaltensweise weiter auszuüben (Gross, 2016, S. 16ff).

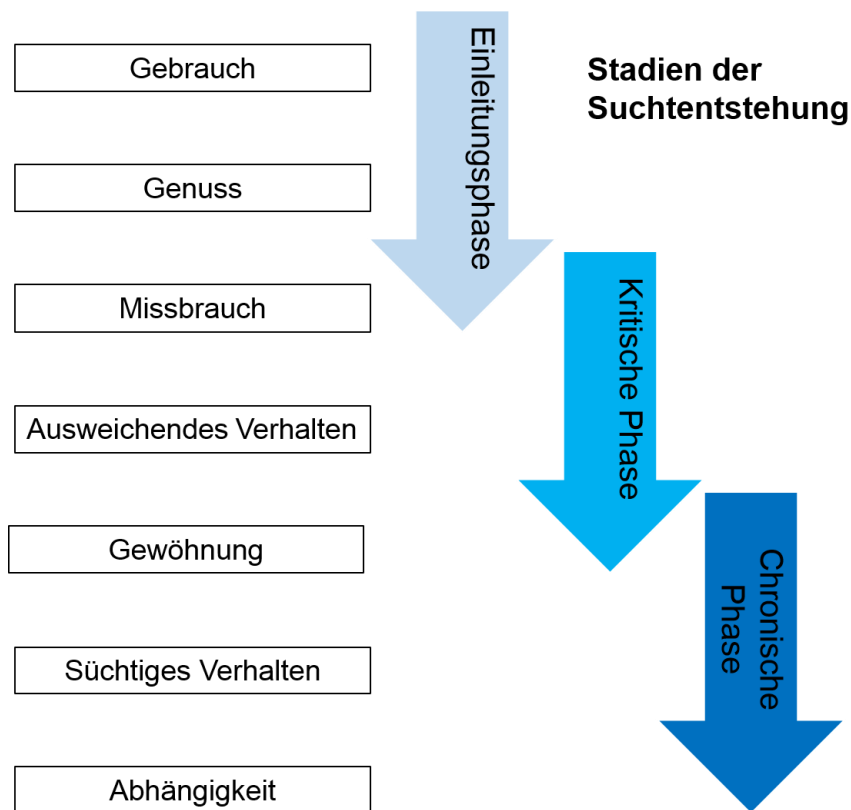


Abbildung 1: Stadien der Suchtentstehung (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Gross, 2016, S. 19)

2.1.1.3. Erkennen einer Sucht

Das Erkennen einer Sucht ist nicht immer einfach. Oftmals besteht die falsche Annahme, dass es für Experten leicht sein sollte, Suchtkranke an ihrem Erscheinungsbild und Auftreten zu erkennen. Drogenabhängige zum Beispiel, sind meist nur dann zu erkennen, wenn ein Vergleich zum früheren Verhalten mit dem gegenwärtigen Verhalten der Person möglich ist. Vor allem bei Jugendlichen sind Verhaltensveränderungen nichts ungewöhnliches, trotzdem sollten diese genauer beobachtet werden. Hinweise für Suchtabhängige können u.a. unerklärliche Unpünktlichkeit sein, obwohl die Person in der Vergangenheit immer pünktlich war oder das ständige „pleite“ sein. Ein weiterer Hinweis, um Suchtkranke zu erkennen, ist die Leistungsminderung beim Arbeiten. Unkonzentriertheit kann durch den Konsum von Cannabis oder auch Opium ausgelöst werden, da diese Drogen zu „geistigen Minderleistungen“ führen. Kokain- oder (Meth) Amphetamin-konsumierende können an ihrem ständig unruhigen Verhalten erkannt werden und auch daran, dass die Stimmung nicht zum gewöhnlichen Verhalten passt. Eine eindeutige Bestätigung einer Suchtkrankheit sind die zuvor genannten Hinweise aber nicht. Merkmale, um chronisch alkoholerkrankte Menschen zu erkennen, sind im Gegensatz zum Erkennen von Drogen- oder Verhaltenssüchtigen etwas

leichter. Alkoholranke können an dem ständig geröteten Gesicht und dem typisch nach Alkohol riechenden Atemgeruch identifiziert werden.

Um Suchtkranke zu erkennen, muss ein gewisses persönliches Verhältnis zueinander bestehen, denn Suchtkranke können ihre Krankheit oftmals vor Fremden gut verbergen (Täschner, 1997, S. 109ff).

Nachfolgend (Abbildung 2) sind die wichtigsten sichtbaren und von Außenstehenden am ehesten bemerkbaren Hinweise zum Erkennen einiger Suchtkrankheiten aufgelistet. Die Nikotinsucht wird hier nicht beschrieben, da diese eine in der Gesellschaft akzeptierte und offensichtlich erkennbare Sucht ist.

Sucht	Hinweise zur Suchterkennung
Alkohol	Nach Alkohol riechender Atem („Alkoholfahne“); rotes Gesicht (Täschner, 1997, S. 109); die Begeisterung für Interessen lässt nach und spielt immer weniger eine wichtige Rolle; Unruhe und Nervosität; schnelle Reizbarkeit; gestörter sozialer Umgang (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. b))
Cannabis	Schwanken zwischen depressiver und positiver Stimmung; plötzlicher erhöhter Antrieb oder Antriebsverlust; Verwirrtheit; Denkfehler und Wahrnehmungstäuschungen; Zittern (Täschner, 1997, S. 14f)
Heroin	Schlechte Zähne durch Karies; Persönlichkeitsänderung; geringe geistige Aktivität; soziale „Verelendung“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. b))
Crystal Meth	Erhöhte Leistungsfähigkeit; Reizbarkeit; depressive Verstimmung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2015, S. 30)
Beruhigungsmittel (Medikamente)	Gedächtnisstörung; verlangsamte Reaktion; Interessen werden nicht mehr wahrgenommen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. b))
Spielsucht	Soziale Abgeschlossenheit (Petry, 2013, S. 30)
Internetsucht	Unruhe; schlechte Konzentration (Wienemann & Schumann, 2011, S. 24)

Anorexia (Essstörungen)	Starker Gewichtsverlust (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. b))
Arbeitssucht	Zuerst erhöhte Leistung dann sinkende Effektivität der Arbeit; Unzufriedenheit (Wienemann & Schumann, 2011, S. 24)

Abbildung 2: Hinweise zur Suchterkennung

2.1.2. Suchtprävention

Der Konsum von Suchtmitteln oder die Ausübung von süchtig machenden Verhaltensweisen kann nicht nur zu einer Abhängigkeitserkrankung führen, sondern ist gleichzeitig ein Risikofaktor für schwere Folgeerkrankungen, welche oftmals tödlich sein können (z.B. Krebserkrankungen, Mangelernährung oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Suchtprävention sollte deshalb folgendes bewirken: „[D]as Einstiegsalter für Substanzkonsum erhöhen, schädlichen Konsum reduzieren und die Entwicklung von Abhängigkeit zu verhindern“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2016a).

Für Suchtprävention gibt es unterschiedliche Herangehensweisen. Das Herangehen nach dem Zeitpunkt der Intervention wird unterteilt in primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsansätze und war bis in die neunziger Jahre am häufigsten verbreitet (Berking & Rief, 2012, S. 142). Die Einteilung der Suchtpräventionsformen nach Zielgruppen wurde von angloamerikanischen Wissenschaftlern entwickelt (Franzkowiak, 2008, S. 199).

Das Bundesministerium für Gesundheit teilt die Herangehensweise der Suchtprävention nach Zielgruppen ein, weshalb in dieser Arbeit explizit darauf eingegangen wird (Bundesministerium für Gesundheit, 2016a).

2.1.2.1. Universelle Prävention

Die universelle Suchtprävention richtet sich an die komplette Bevölkerung. Hier werden zum größten Teil Personen einbezogen, welche noch nie mit Sucht in Berührung gekommen sind und nur wenige, welche bereits Erfahrung mit einer Sucht haben. Zu der Maßnahme der universellen Suchtprävention gehört das großflächige Verbreiten von Informationen über das Thema Sucht. Bezugspersonen verbreiten die Informationen zum Beispiel an Schulen, in Vereinen oder bei kommunalen Veranstaltungen. Die Informationsverbreitung muss nicht durch den direkten Kontakt der Bezugsperson mit anderen Menschen

passieren, sondern kann auch durch die Medien wirksam sein (Berking & Rief, 2012, S. 143).

2.1.2.2. Selektive Prävention

Die selektive Suchtprävention beschäftigt sich mit Menschen, welche bereits ein erhöhtes Risiko zur Suchtentwicklung aufzeigen. Zu den Risikogruppen gehören häufig Menschen, welche sozial nicht integriert sind. Das können z.B. Straftätige, in benachteiligter Umgebung lebende Jugendliche oder Migranten sowie Kinder deren Eltern alkoholabhängig sind sein (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011, S. 19).

Beim Eingriff von selektiver Suchtprävention liegen bei den Betroffenen noch keine entsprechenden Symptome vor (Berking & Rief, 2012, S. 143). Verschiedene Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung werden durchgeführt. Ein Beispiel hierfür sind Hilfegruppen für Kinder, deren Eltern suchtkrank sind oder Aufklärungsaktionen in drogenbelasteten Partyszenen (Franzkowiak, 2008, S. 199).

2.1.2.3. Indizierte Prävention

Bei Menschen die bereits an einer Sucht erkrankt sind, greift die indizierte Suchtprävention. Hier ist eine klinische Behandlung notwendig, da die Sucht bereits in einer riskanten Form besteht (Berking & Rief, 2012, S. 143). Die Maßnahmen sollen dazu führen, dass der entstandene (gesundheitliche) Schaden möglichst klein gehalten wird und frühzeitig eingegriffen werden kann. Zur indizierten Suchtprävention gehören u.a. Angebote für erst auffällige Drogenkonsumenten oder Selbsthilfegruppen (Franzkowiak, 2008, S. 200).

2.2. Suchtsituation in Dresden

Die aktuellen Daten zur Suchtsituation in Dresden werden im jährlich erscheinenden Suchtbericht zusammengefasst. Die Daten zum stationären Teil des Berichts stammen aus der Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen. Die Veröffentlichung der Daten erfolgt immer zwei Jahre nach der Erhebung. Die Datengrundlage des ambulanten Teils wird von den sechs Dresdner Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) vom Vorjahr bereitgestellt.

Stationäre Situation

Im Jahr 2014 waren es 3.056 Dresdner, welche aufgrund von illegalem oder legalem Suchtmittelgebrauchs von psychotropen Substanzen (F10-19) in einem Dresdner Krankenhaus behandelt werden mussten. Im Vergleich zum Jahr 2006 ist die Zahl der Behandlungen um 700 Fälle angestiegen. Die Häufigkeit der Behandlungen von Frauen ist um 48 Prozent, die der Männer um 24 Prozent gestiegen. Die Behandlung bei Alkoholkonsum stellte mit 73 Prozent (2.233 Patienten) den Hauptbehandlungsbereich dar, ist aber im Vergleich zum Jahr 2013 um fünf Prozent gesunken. Darauf folgen die Behandlungen im Zusammenhang mit Crystal Meth Konsum (zehn Prozent) und multiplem Substanzgebrauch (9 Prozent). Die Krankenhausbehandlungen beim Konsum von Alkohol lagen überwiegend in der Altersgruppe der 50 bis 55 Jährigen. Die Einweisung von Patienten aufgrund von Crystal Meth Konsum lag vorwiegend bei den 25 bis 30 Jährigen und bei multiplem Substanzgebrauch bei der Altersgruppe der 18 bis 35 Jährigen.

Bei der geschlechterspezifischen Betrachtung je Diagnosegruppe (Abbildung 3) wurden im Bereich der Sedativa und Hypnotika mit 58 Prozent mehr Frauen als Männer stationär behandelt. In allen anderen Bereichen, wie u.a. beim Konsum von Cannabis oder Alkohol, wurden prozentual mehr männliche Patienten behandelt (Ferse, Maatz, Weiße & Porta, 2016, S. 7ff).

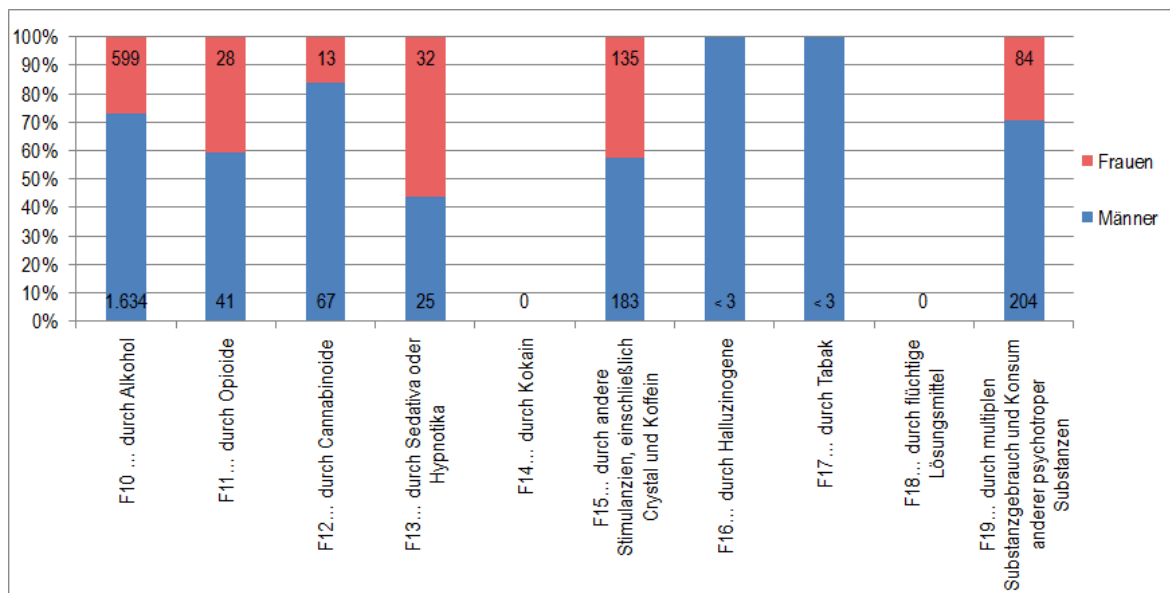


Abbildung 3: Krankenhauseinweisungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als Hauptdiagnose für Männer und Frauen (Quelle: Ferse, Maatz, Weiße & Porta, 2016, S. 7)

Ambulante Situation

Die Dresdner SBB zählten im Jahr 2015 insgesamt 3.650 Beratungen von Patienten sowie einigen Angehörigen (Abbildung 4). Die Anzahl der Behandlungen ist in den letzten Jahren ungefähr gleichbleibend geblieben. Auch in der ambulanten Suchtkrankenhilfe zählt der Konsum von Alkohol zum Hauptbehandlungsbereich (50 Prozent). Immer größer wird allerdings der Beratungs- und Behandlungsbedarf bei illegalen Drogen, vor allem mit Crystal Meth (56 Prozent aller Beratungen mit illegalen Drogen). Innerhalb von neun Jahren stieg der Anteil der Beratungen bei illegalen Drogen im Jahr 2015 von 22 auf mittlerweile 38 Prozent an. Weiterhin ist eine Zunahme im Bereich der Verhaltensstörungen, also der Beratung und Behandlung bei pathologischer Glücksspielsucht und problematischem Mediengebrauch zu verzeichnen. Die Beratungen der SBB im Zusammenhang mit Cannabis steigen seit 2013 kontinuierlich an. Die Gruppe der 30 bis 39 Jährigen wurde am häufigsten in den SBB behandelt. Insgesamt wurden 63 Prozent Männer und 37 Prozent Frauen in den SBB behandelt (Ferse, Maatz, Weiße & Porta, 2016, S. 12f).

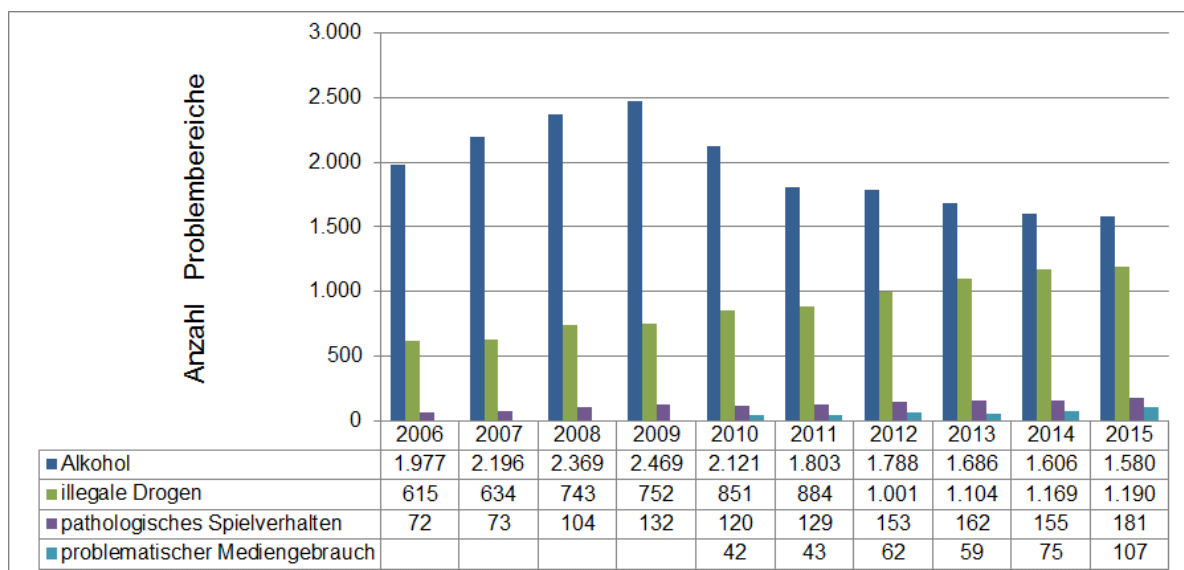


Abbildung 4: Entwicklung ausgewählter Problembereiche unter den betroffenen Klienten (ohne Angehörige) in den SBB von 2006 bis 2015 (Quelle: Ferse, Maatz, Weiße & Porta, 2016, S. 12)

Aus den Daten der Dresdner SBB geht auch die berufliche Situation der 3.650 Behandelten Patienten hervor. Insgesamt gehen 1.398 der Behandelten einer sozialversicherungspflichtigen Arbeit nach. Zum Stichtag Ende Dezember waren in Dresden insgesamt 250.567 Arbeitnehmer sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Bundesagentur für Arbeit, 2015). Im Vergleich ist die Anzahl der in den SBB behandelten Arbeitnehmer sehr gering. Trotzdem sollen die Daten zeigen, dass Arbeitgeber nie ausschließen können, dass Suchtkranke im Betrieb

vorkommen. Jedoch gibt es wahrscheinlich eine große Anzahl an Suchtkranken, die sich nicht in Behandlung bei den SBB befinden und somit nicht in der Statistik auftreten.

2.3. Strukturelle Grundlagen

Damit betriebliche Suchtprävention verbindlich umgesetzt werden kann, gibt es verschiedene Gesetze zur Stärkung der Maßnahmen, welche hier aber aufgrund des Umfanges nicht alle genannt werden.

Ein neu verabschiedetes Gesetz ist das Präventionsgesetz von 2015. Dieses wurde eingeführt, um der demografischen Entwicklung hinsichtlich Präventionsmaßnahmen beizusteuern (Präventionsgesetz, 2015).

Ein weiteres unerlässliches Gesetz ist das Arbeitsschutzgesetz. Es stellt die Grundlage eines sicheren Arbeitsplatzes für Arbeitnehmer dar (Arbeitsschutzgesetz, 2015).

2.3.1. Präventionsgesetz

Das Präventionsgesetz (PrävG) wurde am 17. Juli 2015 vom Bundestag verabschiedet. Der Bundestag möchte damit eine bessere Prävention und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung gewährleisten. Gründe für den Beschluss die Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern, waren unter anderem der demografische Wandel, wonach es in Deutschland immer mehr ältere Menschen gibt und zugleich weniger Kinder geboren werden. Gleichzeitig steigt auch die Lebenserwartung immer weiter an. Die dadurch entstehenden Krankheiten müssen behandelt und neue Ansprüche, vor allem auch an die Arbeitswelt, erfüllt werden.

Das Ziel des PrävG ist es neben allen Sozialversicherungsträgern auch die privaten Krankenversicherungen und Pflegepflichtversicherungen bei der Verbesserung von Prävention mit einzuschließen. Gemeint ist damit hauptsächlich die „Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angebote[...] zu stärken“ und präventive Maßnahmen umzusetzen. Die Krankenkassen sollen durch das PrävG verpflichtet werden, medizinische Möglichkeiten zur Früherkennung von Krankheiten auszudehnen. Außerdem soll die betriebliche Gesundheitsförderung und damit gleichzeitig die betriebliche Suchtprävention gefördert werden. Das Gesetz soll eine „nachhaltige Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Krankenkassen“ ermöglichen

sowie eine niederschwellige Erreichbarkeit der Präventionsmaßnahmen für alle Versicherten gewährleisten. Betriebe stehen vor der ständigen Herausforderung der immer älter werdenden Bevölkerung. Für die Erhaltung des Wettbewerbes ist es bedeutend, dass präventive Maßnahmen für alle Altersgruppen angeboten werden. Damit die Krankenkassen die Maßnahmen umsetzen können, wird vorausgesetzt, dass jährlich mindestens zwei Euro je Versicherten für betriebliche Gesundheitsförderung aufgewendet werden (Präventionsgesetz, 2015).

2.3.2. Arbeitsschutzgesetz

Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) ist eine weitere wichtige strukturelle Grundlage zur Unterstützung der betrieblichen Suchtprävention. Im §3 ArbSchG werden die Grundpflichten des Arbeitgebers benannt. Der Arbeitgeber ist für die Sicherheit und Gesundheit des Arbeitnehmers am Arbeitsplatz verantwortlich. Entsprechende Maßnahmen müssen veranlasst und nach der Notwendigkeit sowie Nützlichkeit überprüft werden. §4 ArbSchG regelt die Gestaltung der Maßnahmen zum Arbeitsschutz. Demnach darf z.B. die körperliche und geistige Gesundheit nicht gefährdet werden. Bestehende Gefahren müssen im Ursprung behoben werden. Doch nicht nur die Arbeitgeber, sondern auch die Arbeitnehmer haben Pflichten zu erfüllen, um die Sicherheit am Arbeitsplatz zu wahren. §15 ArbSchG weist darauf hin, dass diese verpflichtet sind, für ihre eigene Sicherheit zu sorgen. Arbeitnehmer, welche erkennen oder den Verdacht haben, dass Mitarbeitende suchtkrank sind, müssen es den Vorgesetzten melden, da von diesen Personen eine Gefahr ausgehen kann (§16, I ArbSchG) (Arbeitsschutzgesetz, 2015).

2.4. Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Gesundheit der Mitarbeiter spielt vor allem im Hinblick auf die demografische Entwicklung eine große Rolle. Die Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer soll so lange wie möglich, als Voraussetzung für die Produktivität im Betrieb, erhalten bleiben. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist ein attraktives Kriterium für junge Arbeitssuchende. Die Erhaltung der Gesundheit der langjährigen Arbeitnehmer ist wichtig, da diese die meiste Erfahrung haben und somit sehr wertvoll für den Betrieb sind. Die Einführung und Umsetzung von BGM ist die Aufgabe der Führungsebene (Ternès, 2016, S. 4f).

Um BGM erfolgreich einzuführen und langfristig umzusetzen, müssen Standards eingehalten werden. Das Deutsche Institut für Normung (DIN) hat solch einen Standard, die DIN Spec 91020, im Juli 2012 publiziert (Kaminski, 2013, S. 56). Die DIN Spec 91020 legt den Anspruch für BGM fest. Rahmenbedingungen und Prozesse müssen so implementiert werden, „dass das Arbeitssystem und die Organisation gesundheitsgerecht und leistungsfördernd gestaltet und die Mitglieder der Organisation zum gesundheitsfördernden Verhalten befähigt werden“. Die DIN Spec 91020 ist so ausgelegt, dass sie sowohl für große als auch für kleine Betriebe, unabhängig von wirtschaftlichen und sozialen Aspekten, anwendbar ist. Die DIN Spec 91020 soll es Akkreditierungsgesellschaften ermöglichen, das BGM bewerten zu können (DIN SPEC 91020).

Zur Umsetzung des BGM werden sowohl präventive als auch gesundheitsfördernde Programme einbezogen. Diese Programme unterstützen die Betriebsärzte und die Krankenkassen bei ihrer Arbeit. Die Betriebe sollen ihr BGM so auslegen, dass es auf die Anforderungen der Mitarbeiter sowie auf das Umfeld abgestimmt ist. Das BGM kann dazu beitragen, dass das Wohlbefinden der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz steigt und diese sich dann mehr für den Betrieb einsetzen. Es gibt weniger frustrierte und demotivierte Arbeitnehmer. Das führt dazu, dass die Produktivität erhöht werden kann, denn gesunde und motivierte Arbeitnehmer fehlen seltener am Arbeitsplatz und verursachen weniger Unfälle (Kaminski, 2013, S. 26ff). Das BGM ist ein kontinuierlicher Prozess, weshalb interne und externe Faktoren in regelmäßigen Abständen geprüft werden müssen, damit die Programme des BGM eventuell neu angepasst werden können. Nur so kann der Erfolg des Betriebes und das Wohlbefinden der Arbeitnehmer langfristig gesichert sein (Kaminski, 2013, S. 65).

2.5. Betriebliche Suchtprävention

Betriebliche Suchtprävention sollte als ein wichtiger Bestandteil von Betrieben im BGM verankert sein. Nach derzeitigem Stand ist betriebliche Suchtprävention kaum oder nicht in kleinen Betrieben vorhanden (Freigang-Bauer, Gröben & Gusia, 2013, S. 7). Schätzungen zufolge sind ungefähr fünf Prozent der Arbeitnehmer alkoholsüchtig, ein bis zwei Prozent leiden an einer Medikamentensucht und eine unbekannte Anzahl leidet an illegaler Drogensucht. Bis zum Erkennen einer Sucht und vor allem bis zum Gespräch mit einem

Suchterkrankten, um Hilfe anzubieten, können einige Jahre vergehen (Fuchs, Rainer, Rummel & Schönherr, 1998, S. 13).

Um zu sehen, wie wichtig betriebliche Suchtprävention für den Betrieb aber auch für die Mitarbeiter ist, wird im folgenden Abschnitt erläutert, wie betriebliche Suchtprävention sich in das BGM einbettet und wie sich die betriebliche Suchtprävention entwickelt hat. Des Weiteren werden Gründe für die Einführung von Suchtprävention im Betrieb erläutert, um danach auf Programme der gesetzlichen Krankenkassen zur Unterstützung der Umsetzung betrieblicher Suchtprävention zu verweisen. Zuletzt werden die Grenzen von betrieblicher Suchtprävention genannt.

2.5.1. Einbettung in das betriebliche Gesundheitsmanagement

Das BGM gehört heute zu den wichtigen Bestandteilen der Betriebe, was auch daran festzustellen ist, dass es immer wieder neue Projekte oder auch immer mehr politische Unterstützung gibt (siehe 2.3.1. Präventionsgesetz). Viele große Firmen haben BGM eingeführt. BGM ist für viele Arbeitnehmer bei der Auswahl des Arbeitsplatzes wichtig, denn der Wertewandel der letzten Jahre zeigt, dass die eigene Gesundheit mindestens gleichbedeutend mit der Arbeit ist. Aus diesem Grund können sich Betriebe mit einem Konzept zum BGM am besten auf dem Arbeitsmarkt platzieren, um motivierte Arbeitnehmer für sich zu gewinnen (Stierle & Vera, 2014, S. 3ff).

Für einen erfolgreichen Betrieb sind gesunde Mitarbeiter von großer Bedeutung. Unter dem Gesichtspunkt, dass die Bevölkerung immer älter wird und länger arbeiten muss, müssen Betriebe dafür sorgen, dass die Gesundheit der Fachkräfte so lange wie möglich erhalten bleibt. In Betrieben werden deshalb Präventivmaßnahmen ergriffen, um langfristig gesunde Arbeitnehmer zu fördern und Krankheiten zu vermeiden (Esslinger, Emmert & Schöffski, 2010, S. 7).

Das BGM untergliedert sich in vier Säulen (Abbildung 5). Neben der Säule betriebliche Suchtprävention gehören auch die Säulen Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und betriebliches Eingliederungsmanagement dazu (Wienemann, 2010, S. 3). Betriebliche Suchtprävention ist wertvoll für einen Betrieb, da die psychischen Krankheiten stetig zunehmen und man damit dem steigenden Trend entgegenwirken kann (Weinreich & Weigl, 2011, S. 135).

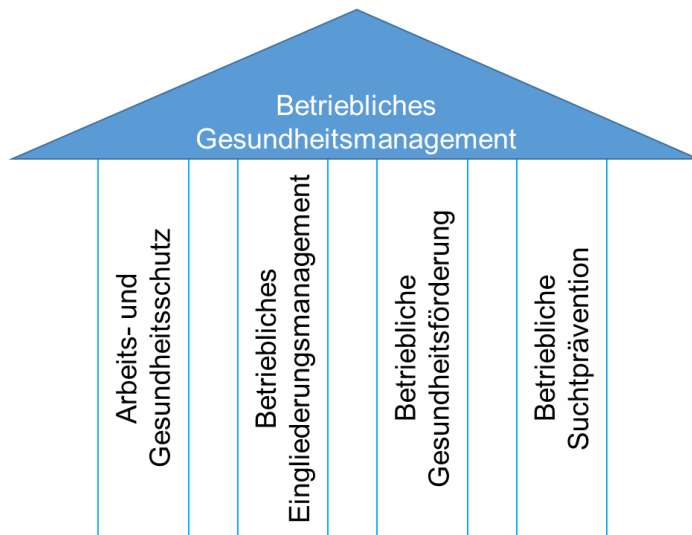


Abbildung 5: Einbettung von betrieblicher Suchtprävention in das betriebliche Gesundheitsmanagement
(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wienemann, 2010, S. 3)

2.5.2. Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention

Betriebliche Suchtprävention hat ihren Ursprung in den USA. Im 19. Jahrhundert entstand dort eine große Enthaltensamkeitsbewegung. Zuerst wurde sie von elitären Personen ausgerichtet, später dann, ab 1820, auch von Bürgern des Mittelstandes. Ziel dieser Bewegung war es, Amerika zu einem nüchternen Land zu gestalten, da der Alkoholkonsum in allen Lebenslagen zweifelsohne dazugehörte. Die Enthaltensamkeitsbewegung deckte ihre Interessen Anfang 1900 mit denen der Industrien. Diese wollten schnell wachsen und das war nur möglich, wenn die Arbeitnehmer volle Leistung erbringen konnten. Betriebe verhängten somit ein Verbot des Konsums von Alkohol am Arbeitsplatz. Gründe für die Verhängung eines Alkoholverbotes am Arbeitsplatz waren auch, dass einige Staaten der USA die Arbeitgeber in die Pflicht zogen, bei körperlichen Arbeitsunfällen für den Schaden aufzukommen. Um die alkoholbedingten Unfälle zu vermeiden, wurde das Alkoholverbot verstärkt umgesetzt (Wienemann, 1998, S. 58ff). 1935 erfolgte die Gründung der Anonymen Alkoholiker unter deren Einfluss sich 1940 die ersten betrieblichen Alkoholprogramme in den USA entwickelten. Die Programme sollten dazu beitragen, dass Arbeitgeber sensibilisiert wurden, um suchtkranke Personen im Betrieb zu erkennen und ihnen mit Hilfe beizustehen. Die Anonymen Alkoholiker waren demnach auch die ersten betrieblichen Suchtberater (Wienemann, 1998, S. 89ff).

Seit den siebziger Jahren gibt es betriebliche Suchtprävention erstmals großflächig in deutschen Betrieben. Viele Betriebe haben angefangen,

Präventionsmaßnahmen unterschiedlichster Art und Tragweite umzusetzen. Nach der großflächigen Einführung von betrieblicher Suchtprävention, gab es u.a. immer mehr Fachtagungen, Informationsmaterial sowie Forschungsartikel. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) hat 1978 einen Kongress zum Thema „Alkohol am Arbeitsplatz“ geführt. Nach diesem Kongress stand das Thema stark in den Betrieben zur Debatte (Wienemann, 1998, S. 392ff). Die ersten Tatkräftigen, welche sich für betriebliche Suchtprävention aussprachen, hatten es nicht leicht und mussten deren Einführungen gut begründen. Sobald betriebliche Suchtprävention im Betrieb eingeführt wurde, hatte diese auch überregional eine positive Rückmeldung erhalten. In den achtziger Jahren vernetzten sich Betriebe immer mehr zum gegenseitigen Austausch von Präventionsprogrammen (Fuchs, Rainer, Rummel & Schönherr, 1998, S. 13f). Für kleine, vor allem im Handwerk tätige Betriebe, war die Umsetzung betrieblicher Suchtprogramme schwer zu erfüllen, weshalb die IKK Flensburg und der Kirchliche Dienst in der Arbeitswelt 1987 das Projekt „Alkohol im Handwerk“ ins Leben riefen. Durch dieses Projekt wurde in der Handwerkskammer ein Arbeitskreis als ständige Einrichtung für Suchtproblematik geschaffen (Kirchlicher Dienst in der Arbeitswelt NE & Innungskrankenkasse Schleswig-Holstein).

Bis Anfang der neunziger Jahre waren viele Betriebe bereit, Suchtpräventionsprogramme zu entwickeln. Die Programme waren bis dahin für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit ausgelegt. Ab Mitte der neunziger Jahre gab es allerdings zunehmend Probleme mit illegalen Drogen und stoffungebundenen Süchten. Führungskräfte waren zum Teil nicht bereit, Geld und Zeit in mehrtägige Seminare zu den neuen Themen zu investieren (Rainer, 2004, S. 218).

2005 wurde die Beurteilung „Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen“ u.a. von der DHS niedergeschrieben. Sie hat „den Rahmen für Aktivitäten und Ansätze in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe“ markiert. Die DHS hat, basierend auf der Expertise von 2005, im Jahr 2011 Standards für den Aufbau der Suchtprävention veröffentlicht, um für betriebliche Suchtprävention und -arbeit eine professionelle Grundlage zu schaffen (Wienemann & Schumann, 2011, S. 1).

2.5.3. Gründe für betriebliche Suchtprävention

Man geht davon aus, dass fünf Prozent Arbeitnehmer sowie 25 Prozent der Führungskräfte in Betrieben an einer Alkoholsucht erkrankt sind. Nicht nur für Mitarbeiter kann das zum Problem werden oder im schlimmsten Fall zur Gefahr durch Arbeitsunfälle führen, sondern auch die ökonomischen Folgen für den Betrieb können enorm ausfallen (Gross, 2016, S. 134).

2.5.3.1. Auswirkungen von Suchtkranken auf die Mitarbeiter

Suchtkranke Arbeitnehmer können in vielerlei Hinsicht Auswirkungen auf die anderen Mitarbeiter haben. Durch immer wieder auftretende Fehlzeiten, sei es entschuldigt durch Krankheit oder unentschuldigt, müssen Kollegen die Arbeit und den damit anfallenden Mehraufwand der ausfallenden und suchterkrankten Person übernehmen. Ein Mehraufwand für Kollegen kann auch dadurch entstehen, wenn Suchterkrankte die volle Leistung nicht mehr erbringen können. Laut amerikanischen Forschungen sollen suchtkranke Personen nur noch 75 Prozent der Leistung erbringen. Die Solidarität der Kollegen führt dazu, die zusätzlich anfallende Arbeit zu übernehmen, ohne es den Vorgesetzten zu melden. Die daraus resultierende Folge für die Mitarbeiter kann Überarbeitung sein (Gross, 2016, S. 134), welche bei den Arbeitnehmern zu einem gestörten Arbeitsklima führen und die Motivation sowie die Produktivität senken kann (Koepe, 2010, S. 16).

Neben dem erhöhten Arbeitsaufwand durch Suchtkranke können Kollegen in eine Co-Abhängigkeit verfallen (Gross, 2016, S. 134). Eine Co-Abhängigkeit besteht dann, wenn das eigene Leben sich nach dem Leben des Suchtkranken richtet. Körperliche Anzeichen der Co-Abhängigkeit sind „Nervosität und Schlaflosigkeit, Magenerkrankungen, Migräne, Depressionen bis hin zur eigenen Alkoholabhängigkeit“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).

Die größte Gefahr für Mitarbeitende besteht darin, dass Suchterkrankte häufiger Unfälle verursachen und dabei andere mit verletzen können. Die Reaktion sowie die Wahrnehmung sind bei Suchtkranken getrübt. Die WHO weist darauf hin, dass fünf Prozent der Arbeitsunfälle aufgrund von Alkohol verursacht werden (Koepe, 2010, S. 16).

2.5.3.2. Ökonomische Folgen für den Betrieb

In einem Betrieb können suchtkranke Personen zu großen wirtschaftlichen Schäden führen. Sie sind 2,5 Mal mehr krankgeschrieben und fehlen 16 Mal mehr unentschuldigt als andere Mitarbeiter. Der hierdurch entstehende Arbeitsverlust beträgt 25 Prozent. Suchtkranke kommen häufig auch zur Arbeit, wenn sie nicht arbeitsfähig sind. Die Qualitätsstandards werden von Suchtkranken nicht eingehalten und gleichzeitig ist die Arbeitsleistung stark vermindert. Unfälle können bei Arbeitsunfähigkeit leichter entstehen und neben Personenschäden auch Maschinenschäden verursachen. Die Produktion im Betrieb wird dabei gehemmt und Kapazitäten können nicht voll ausgeschöpft werden. Kundige Mitarbeiter mit einer Suchtkrankheit müssen ersetzt werden. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist zeit- und kostenaufwendig.

Da man davon ausgeht, dass in jedem Betrieb ungefähr fünf Prozent der Mitarbeiter an einer Alkoholsucht leiden und dabei 25 Prozent der Arbeitsleistung entfallen, kann mit folgender Formel der ungefähr geschätzte wirtschaftliche Schaden für den Betrieb durch suchtkranke Personen berechnet werden:

(Anzahl der Beschäftigten x 5%) x (Durchschnittslohn der Beschäftigten x 25%) = Schaden (Koepe, 2010, S. 16f)

Beispiel:

Hat ein Betrieb 50 Mitarbeiter in Vollzeitbeschäftigung mit einem Durchschnittsbruttolohn von 3.876,00 Euro im Monat (Statista - Das Statistik-Portal d)), entsteht für den Betrieb ein monatlicher Schaden in Höhe von rund 2.422,00 Euro, wenn man davon ausgeht, dass fünf Prozent der Mitarbeiter alkoholsüchtig sind.

Es ist bestätigt, dass sich die Einführung von Suchtpräventionsprogrammen in Betrieben langfristig auszahlt, denn dem Betrieb bleiben „dauerhaft unnötige Kosten, Ausfallzeiten, Fehlleistungen und Ärger erspart“ (Koepe, 2010, S.17).

2.5.4. Programme der Krankenkassen

Im Jahr 2014 wurden in 11.000 Betrieben in Deutschland 1,2 Millionen Arbeitnehmer mit Programmen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht. Programme werden meist zur Entlastung des Bewegungsapparates durchgeführt, aber auch immer wieder zur Suchthilfe.

Hierfür entstanden Ausgaben in Höhe von 68 Millionen Euro. Die durchgeführten Maßnahmen fanden hauptsächlich im verarbeitenden Gewerbe statt. Die Größe der Betriebe variierte zwischen 50 und 500 Mitarbeiter. Die Maßnahmen erfolgten mit Hilfe von verschiedenen Partnern (Schempp, Strippel & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2015, S. 9). Insgesamt waren es 818 Betriebe, in denen Maßnahmen zum Suchtmittelkonsum umgesetzt wurden. Im verarbeitenden Gewerbe fanden in 447 Betrieben die meisten Maßnahmen zur Suchthilfe statt (Schempp, 2015, S. 50).

Beispielhaft werden hier Maßnahmen zur betrieblichen Suchtprävention von der IKK classic und der BARMER GEK genannt.

Die IKK classic bietet im Rahmen von BGM Programme zur Suchtprävention an. Die Programme richten sich nach den individuellen Bedürfnissen der Betriebe und den zur Verfügung stehenden Ressourcen aus. Gleichzeitig findet eine Auswahl statt, was für die Arbeitnehmer angeboten werden soll. Der Inhalt des Angebotes besteht darin, dass grundlegendes Wissen zum Thema Sucht und Suchterkennung vermittelt wird. Außerdem erfahren Arbeitnehmer, wie sie mit suchtkranken Mitarbeitern umgehen müssen. Im Anschluss der Teilnahme findet eine Auswertung mit den Vorgesetzten statt, ob anfänglich vereinbarte Ziele erreicht wurden. Als Anreiz zur Teilnahme erhalten Betriebe einen bestimmten Bonus. Zum Beispiel erhalten die Arbeitgeber pro IKK versicherter Person 50 Euro. Die IKK Versicherten selbst bekommen bei vollständiger Belegung des Programms die gleiche Bonussumme ausbezahlt (IKK classic).

Die BARMER GEK bietet Maßnahmen zur betrieblichen Suchtprävention ebenfalls im Rahmen von BGM an. Die Erstellung, Einführung und Umsetzung von betrieblicher Suchtprävention wird individuell an den Betrieb angepasst. Von der Erstellung der Maßnahmen bis hin zur Umsetzung wird ein kontinuierlicher Prozess durchschritten. Auf Nachfrage bei der BARMER GEK wurde berichtet, dass sowohl die Einführung von BGM als auch die Einführung von betrieblicher Suchtprävention nach dem gleichen Prozess verläuft.

1. Analyse

Die Analyse des Ist-Zustandes im Betrieb wird durchgeführt, um einen ersten Ansatz des Suchtverhaltens der Mitarbeiter zu erlangen. Dies geschieht entweder durch Mitarbeiterbefragungen oder wenn im Betrieb viele BARMER GEK Versicherte sind, über einen Report, welcher die Gründe der Krankschreibungen auflistet. Daran kann erfasst werden, ob Suchtkrankheiten im Betrieb eine Rolle spielen.

2. Planung

Bei der Planung der Maßnahmen anhand der Analyseergebnisse wird darauf geachtet, ob Programme für bereits Suchtkranke entwickelt werden müssen oder ob vorerst präventive Maßnahmen ausreichend sind. Ziele werden anhand von bestehenden Ressourcen festgelegt. Die Maßnahmen werden so geplant, dass die Beteiligung der Mitarbeiter gesichert ist.

3. Umsetzung

In der Umsetzungsphase werden konkrete Maßnahmen wie Seminare und Workshops angeboten, aufeinander abgestimmt und koordiniert.

4. Überprüfung

Um den Prozesszyklus zu schließen, folgt die Überprüfung der umgesetzten Maßnahmen. Diese werden unter anderem auf ihre Nachhaltigkeit, ihren Nutzen und die Kosten überprüft. Anschließend werden die Ergebnisse der Umsetzungsphase ausgewertet, womit die Analysephase wieder beginnt (BARMER GEK, S. 2f).

Ein weiteres Angebot der BARMER GEK stellt das Internetportal www.sucht-am-arbeitsplatz.de dar. Gemeinsam mit der DHS werden auf der Internetseite Informationen rund um das Thema Sucht am Arbeitsplatz für alle Interessenten angeboten (Jakob-Pannier, 2016).

2.5.5. Grenzen der betrieblichen Suchtprävention

Neben all den Programmen die es zur Unterstützung von betrieblicher Suchtprävention gibt, hat diese auch ihre Grenzen. Eine der Hürden besteht darin, dass Sucht oftmals ein Tabu Thema im Betrieb darstellt und nicht nach außen

weiter kommuniziert wird. Somit können sich Maßnahmen in den Betrieben nur schlecht verbreiten. Führungskräfte haben Angst, dass wenn sie externe Hilfe für den suchtkranken Arbeitnehmer anfordern, dies als Führungsschwäche angesehen werden könnte. Aber gerade die Kommunikation in dieser Situation ist wichtig, da nur so gemeinsame Lösungen auch mit externen Fachkräften gefunden werden können, um das Suchtproblem zu lösen (Sievert, 2009, S. 65).

Eine weitere Grenze stellt die fehlende Norm zur standardisierten Bewertung von betrieblicher Suchtprävention dar. Es kann nicht anhand einer Norm festgelegt werden, ob sich die umgesetzten Maßnahmen positiv auswirken. Für BGM gibt es mehrere Standardnormen, welche durch Akkreditierungsinstitute bewertet werden können. Für die Bewertung der betrieblichen Suchtprävention gibt es lediglich einen Qualitätsstandard. Dieser Qualitätsstandard wurde von der DHS erstellt, um eine Orientierung für die professionelle Einführung von betrieblicher Suchtprävention zu gewährleisten (Wienemann & Schumann, 2011, S. 2).

Die Expertise „Betriebliche Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen“ zeigt, dass sich die Umsetzung von betrieblicher Suchtprävention in Kleinbetrieben gering hält. Wenn betriebliche Suchtpräventionsmaßnahmen eingeführt wurden, dann hauptsächlich wegen Alkoholmissbrauch. Zu anderen Bereichen der Suchtmittel, wie z.B. den illegalen Drogen, werden Chancen der Prävention nicht genügend ausgeschöpft. Regelungen zum Konsum von Suchtmitteln am Arbeitsplatz gibt es meist nicht. Auf nichtstoffgebundene Süchte wird im Betrieb selten eingegangen. Für kleine Betriebe ist es schwer, betriebliche Suchtprävention einzuführen, da die personellen und finanziellen Kapazitäten sehr knapp sind und sich keine Zeit für Vernetzungen zu dem Thema Sucht ergibt (Freigang-Bauer, Gröben, & Gusia, 2013, S. 70ff).

Eine weitere Grenze der betrieblichen Suchtprävention stellt die ungenaue Angabe der Anzahl der Suchtkranken dar. Es kann nur schätzungsweise davon ausgegangen werden, wie viele Personen tatsächlich suchtkrank sind (Bartsch, 2016). Durch die Dunkelziffer ist es für Betriebe schwer, gezielte Maßnahmen vorzunehmen.

3. Forschungsstand

Der derzeitige Forschungsstand zur Implementierung, Ableitung und Evaluation betrieblicher Suchtpräventionsprogramme und -maßnahmen sowie die Wichtigkeit für diese Programme ab dem Jahr 2009 werden in diesem Kapitel geschildert.

Eine Statistik der BKK zeigt, dass deren Versicherte im Jahr 2014 aufgrund Psychischen- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) im Durchschnitt 40,7 Tage lang krankgeschrieben waren. Frauen waren dabei mit 41,4 Tagen länger krankgeschrieben als Männer (40,5 Tage) (Statista - Das Statistik-Portal e)). Die im Jahr 2014 durchschnittlichen Krankheitstage bei BKK Versicherten lagen bei 17,4 Prozent (BKK Dachverband). Diese Daten zeigen, dass suchtkranke Menschen einen erheblichen Arbeitsausfall mit sich bringen. Das wirkt sich negativ auf die betriebliche Situation, nicht nur in Hinsicht auf die Produktion, sondern auch auf die Stimmung der Arbeitnehmer aus. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen auch, wie wichtig die Einführung betrieblicher Suchtprävention ist, um die hohen Ausfallzeiten durch Suchtkranke zu vermeiden. Eine Umfrage von TNS Infratest bei Arbeitnehmern aus dem Jahr 2013 zeigt deutlich, dass das Thema Suchtprävention für viele nicht sehr wichtig ist. Lediglich 14 Prozent der Befragten gaben an, dass Suchtmittelentwöhnung am Arbeitsplatz zu einem wichtigen Bestandteil des BGM gehören müsse (Statista - Das Statistik-Portal b)) und nur 30 Prozent waren der Meinung, dass Suchtmittelentwöhnung am Arbeitsplatz sehr sinnvoll sei (Statista - Das Statistik-Portal c)).

Weiterhin führten Krankenkassen in nur 818 Betrieben Interventionen zum Thema Suchtmittelkonsum im Jahr 2014 durch (Schempp, 2015, S. 50). In Deutschland gibt es knapp acht Millionen Betriebe, wobei davon mehr als sechs Millionen Kleinst- und Kleinbetriebe (KKB) sind (Statista - Das Statistik-Portal a)). Studien belegen, dass vor allem die KKB, also Betriebe mit bis zu 49 Beschäftigten, sich nicht ausreichend mit dem Thema Suchtmittelmissbrauch oder -prävention befassen. Um die Probleme bei der Einführung von Suchtprävention in KKB zu erfassen, hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Untersuchung angeordnet. Die Expertise hat gezeigt, dass sich die Betriebe hauptsächlich auf die Reduzierung von Alkoholkonsum beschränken und dabei Themen wie illegale Drogen oder Verhaltenssuchte außer Acht lassen. Es gaben lediglich fünf Prozent der befragten KKB an, Maßnahmen zur Suchtprävention durchzuführen. Der

Grund, weshalb in KKB kaum Maßnahmen zur Suchtprävention eingeführt werden, liegt darin, dass Suchtkrankheiten seltener als in großen Betrieben vorkommen. Für die selten vorkommenden Auffälligkeiten sehen die Führungskräfte keinen Handlungsbedarf oder nennen hohe Kosten als Grund für deren Nichthandeln. 80 Prozent der befragten Betriebe lehnten eine verstärkte Rolle von Suchtprävention ab (Freigang-Bauer & Gusia, 2013, S. 577ff).

Die DHS beteiligte sich an dem europaweiten Projekt „European Workplace and Alcohol“, welches von 2011 bis 2013 durchgeführt wurde. Das Ziel dieses Projektes war es, bereits bestehende Strategien der betrieblichen Suchtprävention zu analysieren und daraus abgeleitete Maßnahmen zu implementieren. Diese Maßnahmen sollten so konzipiert sein, dass sie das Verhalten bezüglich des Alkoholkonsums im Betrieb positiv beeinflussen. Die Maßnahmen wurden in Betrieben eingeführt und auf deren Wirkung untersucht. Es wurde messbar nachgewiesen, dass diese Maßnahmen das Bewusstsein erhöhten, um Gefahren beim Alkoholkonsum zu erkennen. Gleichzeitig wurde der Konsum von Alkohol durch die Suchtpräventionsmaßnahmen im Betrieb gesenkt. Aus den erfolgreichen Maßnahmen wurde ein „Werkzeugkoffer“ erstellt, welcher auf der Internetseite der DHS einzusehen ist. Der Werkzeugkoffer gibt Betrieben, welche Suchtpräventionsmaßnahmen einführen wollen, Hinweise zur Entwicklung und Umsetzung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. a), S. 2).

Das Programm Prev@WORK wurde konzipiert, um als Bestandteil im Zusammenhang mit dem Arbeitsschutz und der Gesundheitsförderung in die Ausbildung integriert zu werden. Für Auszubildende sind Seminare vorgesehen, um über Suchtgefahren und Handlungsmöglichkeiten von Fachkräften aufgeklärt zu werden (StatEval GmbH, 2012, S. 1). Die Fachkräfte werden von Trainern der Fachstelle für Suchtprävention geschult, um später die Seminare selbst zu gestalten (Bundesministerium für Gesundheit, 2016b). Die Evaluation im Jahr 2012 sollte dazu dienen, das Projekt zu optimieren. Bei der Befragung der Auszubildenden gaben 84 Prozent an, dass sie zufrieden mit dem Seminar gewesen seien und 90 Prozent waren der Meinung, dass die Inhalte der Seminare sehr wichtig seien. Es konnte auch nachgewiesen werden, dass das Wissen der Auszubildenden nach den Seminaren deutlich höher war als zuvor. Das stellt einen deutlichen Erfolgsfaktor für das Programm dar (StatEval GmbH, 2012), S. 24f).

4. Empirische Erhebung

Im Folgenden soll zunächst ein Überblick über empirische Arbeitsweisen gegeben werden und auf die für die Forschung gewählte Methode, das Experteninterview, eingegangen werden. Anschließend wird die genaue Vorbereitung des Experteninterviews erläutert. Danach wird die Durchführung des Interviews und die darauf folgende Analyse der erhobenen Daten beschrieben.

Unter einer empirischen Erhebung wird „die systematische Erfassung und Deutung sozialer Tatbestände“ verstanden, wobei empirisch bedeutet, dass theoretische Annahmen „an spezifischen Wirklichkeiten überprüft werden“. Zu den Methoden der empirischen Erhebung zählen u.a. Befragungen, Beobachtungen sowie Inhaltsanalysen (Atteslander, 2010, S. 3f). Die Methoden können nach ihrer Anwendung in quantitative und qualitative Vorgehensweisen unterschieden werden.

Bei der quantitativen Methode sind Ergebnisse aufgrund von statistischer Auswertung messbar. Das Material der Daten, zum Beispiel von Befragungen, wird numerisch erhoben. Bei der qualitativen Methode werden die Ergebnisse verbalisiert und nicht numerisch ausgewertet. Zu den qualitativ auswertbaren Methoden zählen u.a. Interviews. Meist ist die Untersuchung nicht standardisiert. Die Ergebnisse enthalten individuelle Sichtweisen und beinhalten somit mehr Details als bei einer quantitativen Messmethode (Bortz & Döring, 2009, S. 143, 296f).

Bei der Anwendung der Methoden ist es unerlässlich, die Objektivität zu wahren. Die einzelnen Schritte der Vorgehensweise bei der Forschung müssen überprüfbar sein (Atteslander, 2010, S. 6). Jeder Forschungsablauf durchläuft fünf Phasen (Abbildung 6). Beginnend mit der Problembenennung, der Formulierung einer wissenschaftlichen Frage, kommt es danach in Phase zwei zur Gegenstandsbenennung. Hier wird der Zeitabschnitt, in welchem die Erhebung stattfindet, der Gegenstandsbereich, was genau erfasst werden soll und der Feldzugang, welche Bereiche zugänglich sind, benannt. Die dritte Phase ist die Durchführung, also die Anwendung von Forschungsmethoden. Auf diese folgt die Analyse anhand Auswertungsverfahren. Anschließend ist es in Phase fünf möglich, die Ergebnisse zu verwenden (Atteslander, 2010, S. 21f, 38).

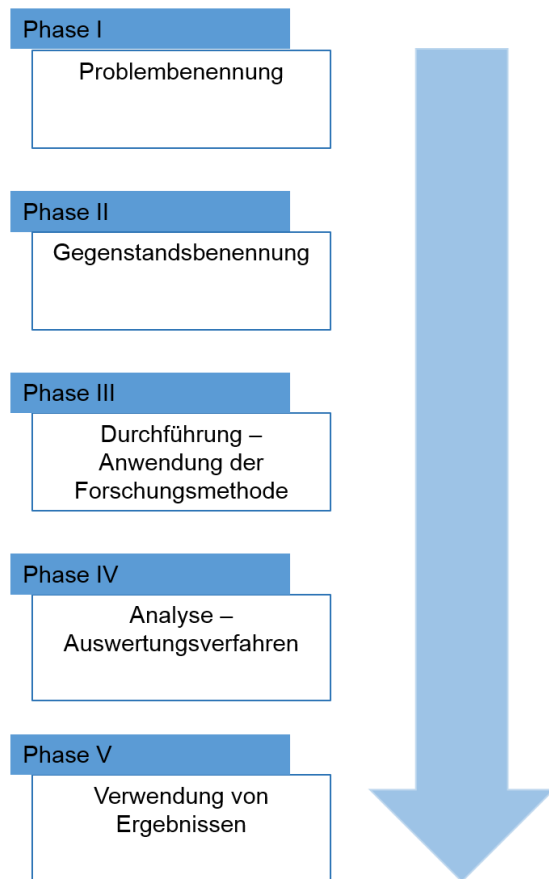


Abbildung 6: Phasen des Forschungsablaufes (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Atteslander, 2010, S. 21)

Als Verfahren der empirischen Erhebung wird hier die qualitative Inhaltsanalyse eines Interviews verwendet. Sie dient dazu, Texte systematisch zu analysieren. Sie kann in verschiedenen Formen „fixer Kommunikation“ dargestellt werden, zum Beispiel als Protokoll von Gesprächen oder auf einem Videoband. Es können nicht nur die übermittelten Symbole analysiert werden, sondern auch die formalen Aspekte (Mayring, 2000, S. 1f).

Mayring (2002) geht von fünf Grundsätzen des „qualitativen Denkens“ aus:

1. Subjekt

Der Mensch wird in den Mittelpunkt gestellt. Er ist neben dem Ziel auch der entscheidende Ausgangspunkt der Forschung.

2. Deskription

Zu Beginn der Forschung muss der Gegenstandsbereich genau beschrieben werden.

3. Interpretation der Untersuchung

4. Alltagssituation der Untersuchung

Die Untersuchung soll in einem für das Subjekt gewöhnlichen Umfeld stattfinden.

5. Verallgemeinerung der erhaltenen Ergebnisse (Mayring, 2002, S. 19ff).

4.1. Leitfadenorientiertes Experteninterview

Bei dieser Forschung soll die subjektive Ansicht von Führungskräften oder Verantwortlichen zum Umgang mit dem Thema Sucht und der Handhabung von Suchtprävention im Betrieb aufgezeigt werden. Die Methode des Experteninterviews zur Erhebung der Daten eignet sich hier deshalb am besten.

Der Status als Experte wird von der forschenden Person verliehen. Experten müssen gezielt nach Kriterien, die von dem Forscher bestimmt sind, ausgesucht werden. Die als Experte benannte Person hat einen Wissensvorsprung, beziehungsweise ein "spezialisierte[s] Sonderwissen" gegenüber der forschenden Person (Meuser & Nagel, 2009, S. 37f).

Das Experteninterview ist eine Handlungsforschung, in welcher die Auseinandersetzung im Mittelpunkt steht. Die Auseinandersetzung wird von Forschenden auf qualitative und interpretative Methoden analysiert und dadurch gesteuert. Der Ablauf der Forschung besteht aus einer ständigen Abwechslung zwischen Informationsbeschaffung, Auseinandersetzung und praktischem Handeln (Mayring, 2002, S. 51).

Die interviewte Person kann ihre subjektive Meinung frei zu einer definierten Problemstellung äußern. Auf diese Problemstellung wird im Laufe des Gespräches immer wieder zurückgekehrt. Für die Interviewführung ist es wichtig, dass ein Leitfaden mit Fragen erstellt wird (Mayring, 2002, S. 67).

Um ein Experteninterview zu führen, ist es sinnvoll, einen Leitfaden so zu erstellen, dass dieser während des Interviews auch flexibel eingesetzt werden kann. Der Leitfaden dient dazu, dass man in der Rolle des Interviewers fachkundig auftreten und im Interview die „thematische Kompetenz“ einbringen kann (Meuser & Nagel, 2009, S. 52). Die Fragen des Leitfadens müssen so konzipiert werden, dass zur Beantwortung so wenige Vorgaben wie möglich vorliegen. Der Vorteil dieser Fragen besteht darin, dass subjektive Ansichten der interviewten Person zum Vorschein kommen (Flick, 2007, S. 194ff).

Beim Führen des Interviews ist darauf zu achten, dass die Umgebung für die interviewte Person vertraut ist, damit ein normales, ungezwungenes Gespräch stattfinden kann (Pfadenhauer, 2009, S. 103).

Bei einem Interview wird das Gespräch üblicherweise auf einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Selten wird für die Aufzeichnung eine Videokamera benutzt. Eine Videokamera kommt dann zum Einsatz, wenn es bei der Auswertung des Interviews wichtig ist, die nonverbale Ebene der interviewten Person während des Gespräches festzuhalten. Die interviewte Person darf angeben, ob sie aufgenommen werden möchte. Falls sie dies ablehnt, müssen schriftliche Notizen in einem Protokoll von der interviewenden Person festgehalten werden (Mey & Mruck, 2010, S. 431). Während des Interviews verläuft die Kommunikation asymmetrisch. Der Interviewte übernimmt die Rolle des führenden Gesprächspartners und der Forscher die Rolle des Nachfragenden. Jedoch ist in einem qualitativen Interview die Asymmetrie nicht ganz so starr zu verstehen. Der Forscher kann durchaus auch die ihm gestellten Fragen des Gesprächspartners beantworten (Lamnek & Krell, 2010, S. 306).

Nach dem Interview ist es üblich, dass der Interviewer die Eindrücke des Interviews in einem kurzen Skript festhält (Mey & Mruck, 2010, S. 431). Um das Interview anschließend auswerten zu können, muss man es transkribieren. Irrelevante Passagen können weggelassen werden (Meuser & Nagel, 2009, S. 6). Die Transkription ist deshalb wichtig, weil sie eine „interpretative Auswertung“ des Interviews ermöglicht (Mayring, 2002, S. 89).

4.2. Vorbereitung des Interviews

In diesem Abschnitt der Arbeit soll die genaue Vorbereitung zur Durchführung des Experteninterviews beschrieben werden. Zu Beginn wird auf die Auswahl und erste Kommunikation mit den Interviewpartnern eingegangen. Daraufhin soll beschrieben werden, wie der Leitfaden für das Interview entwickelt wurde.

Bei dieser Studie wurden Führungskräfte bzw. Verantwortliche der betrieblichen Suchtprävention verschiedener Branchen befragt, um einen eventuell bestehenden Unterschied der Handlungsweisen von Suchtpräventionsmaßnahmen und dem Umgang mit dem Thema Sucht im Betrieb aufzeigen zu können. Bei der Auswahl der Interviewpartner war zu beachten, dass diese nicht durch Zufallsstichproben ausgewählt wurden, denn für die qualitative Forschung ist eine

bewusste Auswahl nach Kriterien erforderlich (Kluge & Kelle, 2010, S. 42f). Das Kriterium für diese Forschung bei der Auswahl der Partner war, dass die Betriebe Suchtprävention als eigenes System eingeführt haben oder gezielt einzelne Maßnahmen zur Suchtprävention im Betrieb vornehmen.

Zum Erhalt von Kontaktdaten der Betriebe hat sich die Forscherin an ihre ehemalige Praktikumsgeberin, die Suchtbeauftragte der Stadt Dresden, gewandt. Die Suchtbeauftragte und ihre Kollegin stellten Kontaktdaten von Betrieben bereit, welche sich in Zukunft für die Gründung eines gemeinsamen Arbeitskreises zur betrieblichen Suchtprävention interessieren. Insgesamt waren bei der Nachfrage sechs unterschiedliche Betriebe an der Teilnahme des Arbeitskreises interessiert. Da die sechs Betriebe aus unterschiedlichen Branchen stammen, wurden alle per E-Mail, mit einem Informationsschreiben zum Thema sowie einer Anfrage zur Teilnahme am Interview (Anhang 1) kontaktiert. Im Informationsschreiben wurden die Betriebe über die geplante Erhebung, das Ziel der Forschung, die Anonymisierung der Daten und die Kontaktdaten der Forscherin unterrichtet. Außerdem wurden die Betriebe gebeten, sich innerhalb von zwei Wochen zu melden, ob sie sich an der Forschung mit einem Interview beteiligen möchten.

Wie sich jedoch herausstellte, hatten nur zwei der angeschriebenen Betriebe Suchtprävention eingeführt. Diese erklärten sich bereit, das Interview zu führen. Es handelte sich hierbei um eine Verwaltung und um eine Behörde.

Um weitere Interviewpartner zu gewinnen, hat die Forscherin 25 Betriebe, darunter 19 Großbetriebe, mit mehr als 250 Mitarbeiter und 6 mittelständische Betriebe, mit mehr als 50 Mitarbeiter in Dresden telefonisch angefragt. Von allen per Telefon angefragten Betrieben gab es zwei, die angaben, betriebliche Suchtprävention umzusetzen.

Bei intensiverer Kommunikation erteilte einer der Betriebe eine Absage, aufgrund von mangelnder Zeit wegen derzeitiger Umplanung der betrieblichen Suchtprävention. Mit dem zweiten Betrieb, einem Großbetrieb im Gesundheitswesen, konnte ein Interviewtermin vereinbart werden. Wie in Kapitel drei bereits festgehalten wurde, kommt es selten vor, dass KKB betriebliche Suchtprävention umsetzen. Da der Aufwand im Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit einen KKB mit betrieblichen Suchtpräventionsmaßnahmen zu finden eher gering erschien, wurden hier keinerlei Telefonate geführt. Lediglich bei der Handwerkskammer wurde angefragt, ob Handwerksbetriebe, da diese meist zu

den KKB zählen, mit Suchtpräventionsmaßnahmen bekannt seien. Der Handwerkskammer waren in dieser Hinsicht keinerlei Betriebe bekannt.

Wie bereits in Kapitel 4.1. erwähnt wurde, ist es sinnvoll einen Leitfaden für das Experteninterview zu erstellen. Das Alltagswissen der interviewten Person soll hervorgehoben und dadurch eine Offenheit geschaffen werden. Der Leitfaden dient dazu, dass die inhaltliche Struktur der Aussagen standardisiert und vergleichbar gemacht wird. Bei der Erstellung eines Leitfadens ist zu beachten, dass nicht zu viele Fragen konzipiert werden. Es soll genügend Zeit bleiben, die Antworten so genau wie möglich zu beantworten. Außerdem soll ein Leitfaden übersichtlich gestaltet werden und keinen plötzlichen Themenwechsel aufweisen (Helfferich, 2011, S. 179f).

Der Leitfaden für diese Arbeit wurde nach dem SPSS-Prinzip entwickelt. Das von Helfferich stammende SPSS-Prinzip soll das „Grundprinzip der Offenheit“ ermöglichen sowie die notwendige Strukturierung der Forschung beibehalten. SPSS steht für die Phasen der Erstellung eines Leitfadens: Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren (Helfferich, 2011, S. 182).

Zunächst wurden 28 verschiedene Fragen gesammelt und formuliert. Ob sich die Fragen am Ende für die Befragung eignen, wurde außer Acht gelassen. Im nächsten Schritt wurden die Fragen geprüft. Alle Faktenfragen sowie Fragen, welche man nicht offen beantworten konnte, wurden gestrichen. Ebenso wurde darauf geachtet, dass keine Fragen mehr enthalten sind, welche die Forscherin selbst beantworten konnte. Am Ende der Prüfung blieben eine allgemeine Einleitungsfrage zum Vorstellen des Betriebes, sieben Hauptfragen zu den Themen Sucht und betriebliche Suchtprävention und einige Stichpunkte übrig, welche in der nächsten Phase sortiert wurden. Es entstanden fünf Bereiche: Allgemeiner Teil, Rolle des Themas Sucht, Folgen für den Betrieb aufgrund einer suchtkranken Person, Maßnahmen zur betrieblichen Suchtprävention, Rahmenbedingungen der betrieblichen Suchtprävention und Erfolg durch Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention. In der letzten Phase wurden für die Bereiche jeweils Erzählaufforderungen formuliert. Den Erzählaufforderungen wurden vorformulierte Fragen und Stichworte subsumiert. Die Stichpunkte und die Fragen sollten dabei helfen, Impulse für die weitere Erzählung zu geben und zu überprüfen, ob alles Notwendige gesagt wurde (Anhang 3) (vgl. Helfferich, 2011, S. 182ff).

4.3. Durchführung des Interviews

Eines der Interviews wurde im Büro der Personalverantwortlichen geführt. Die zwei anderen Interviews fanden jeweils in einem Besprechungsraum statt. Eines davon mit der Personalmanagerin und das andere mit der Personalverantwortlichen und dem Suchtbeauftragten des Betriebes. Die Umgebung war den Teilnehmern vertraut, wodurch ein ungezwungenes Gespräch möglich war (Pfadenhauer, 2009, S. 103).

Vor Beginn des Interviews wurden die Partner nochmals über das Vorhaben der Forschung unterrichtet, und dass die Teilnahme am Interview freiwillig ist. Ferner wurde um Erlaubnis gebeten, das Interview mit einem Tonbandgerät aufzuzeichnen, damit eine erleichterte Auswertung für die Forscherin gewährleistet werden konnte. Den Teilnehmenden wurde mitgeteilt, dass die Daten anonym behandelt und die Aufnahmen nach der Transkription und Auswertung sofort gelöscht werden. Um zu gewährleisten, dass die Interviewpartner mit den Bedingungen des Interviews einverstanden waren, wurde von ihnen eine Einwilligungserklärung schriftlich unterzeichnet (Anhang 2) (Helfferich, 2011, S. 190f).

Nach Unterzeichnung der Einwilligungserklärung, wurde das Tonbandgerät aktiviert und die Fragen des Leitfadens gestellt. Das Tonbandgerät war klein und unauffällig, „[u]m der Natürlichkeit der Situation möglichst nahe zu kommen“ (Flick, 2007, S. 373).

Die Gesprächsatmosphäre während der Interviews war locker und sehr freundlich. Die Motivation, die Fragen so gut und präzise wie möglich zu beantworten, war gegeben. Die Interviewpartner waren alle gut vorbereitet, teils weil sie die Fragen vorab schon erhalten hatten, teils aus eigener Motivation heraus weitere wichtige Dinge aufzuzeigen. In einem der Interviews wurde der Forscherin der Stufenplan zum Vorgehen mit Suchtkranken ausgehändigt, in einem anderen Interview wurden Gesetzestexte mitgebracht, um Antworten damit genau zu belegen und zu unterstreichen.

Während der Interviews gab es keinerlei besondere Vorkommnisse, sie verliefen ohne jegliche Störung. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 30 und 55 Minuten. Im Anschluss an die Interviews wurde das vorgefertigte Interviewprotokoll (Anhang 4) ausgefüllt, um u.a. die Dauer, den Ort und die Eindrücke des Interviews festzuhalten (Helfferich, 2011, S. 193).

4.4. Datenanalyse

Um die Daten der Interviews auswerten zu können, wurden die Tonbandaufnahmen transkribiert. Das Transkript war der Ausgangspunkt für die inhaltliche Analyse. Für die sozialwissenschaftliche Datenauswertung war es wichtig, dass sich die Verschriftlichung nahe am original Gesprochenen orientierte. Für die Transkription mussten Regeln (Anhang 5) festgelegt werden, damit sprachliche Erscheinungen einheitlich festgehalten werden konnten (Fuß & Karbach, 2014, S. 15ff). Da es sich bei der Auswertung um eine rein inhaltliche Analyse handelte, wurde das Regelwerk stark gekürzt dargestellt. So wurden u.a. Zuhörersignale im Transkript ausgelassen, da es ausschließlich um den Inhalt ging (Fuß & Karbach, 2014, S. 57, 61). Wichtig bei der Transkription war, dass der Datenschutz und die Anonymität gewahrt wurden.

Das Bundesdatenschutzgesetz definiert Anonymität wie folgt: „Anonymisieren ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person zugeordnet werden können“ (§3, VI BDSG) (Bundesdatenschutzgesetz, 1990).

Um die Anonymität zu gewährleisten, haben die Betriebe der Forscherin mitgeteilt, unter welcher Bezeichnung sie in der Forschungsarbeit genannt werden möchten. Die Bezeichnungen der Betriebe sind demnach: Verwaltung, Behörde und Gesundheitsbetrieb.

Nach der Transkription wurden Gesprächsinhalte, die ein eigenes Thema aufwiesen in einen neuen Absatz gebracht. Das Protokoll wurde mit Zeilen nummeriert, um die spätere Auswertung zu erleichtern.

Um das Transkript auf seinen Inhalt zu analysieren, muss laut Mayring die Analysetechnik bestimmt und anschließend ein Ablaufmodell der Analyse definiert werden (Mayring, 2010, S. 59).

Es gibt drei verschiedene Techniken, um den Inhalt zu analysieren. Hier wurde auf die Technik der Strukturierung zurückgegriffen, denn „Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“. Somit konnte auf den Kern der Aussagen geblickt werden (Mayring, 2010, S. 65).

Nach der Festlegung der Analysetechnik wurde mit der Analyse nach dem Ablaufmodell begonnen, um alle Schritte im Nachhinein nochmals überprüfen zu können (Abbildung 7).

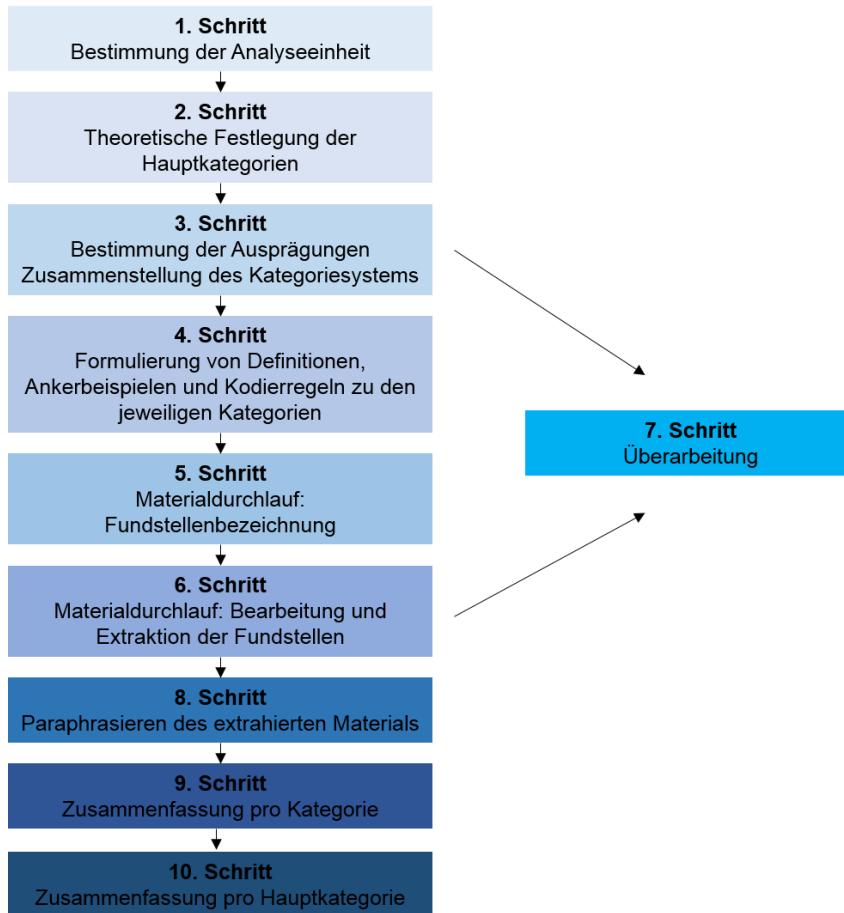


Abbildung 7: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring, 2010, S. 93, 99)

Im ersten Schritt wurde die Analyseeinheit bestimmt. Dabei wurde zuerst die Kodiereinheit festgelegt, welche den kleinsten Bestandteil an Material feststellt. Die Aussagen der Partner, die in sich geschlossen dargelegt wurden, stellen die Kodiereinheit dar. Alle zusammengefassten Aussagen der Partner, welche in einer Unter- bzw. Oberkategorie eingeordnet werden konnten, wurden zur Kontexteinheit, dem größten Bestandteil an Material, gezählt. Basierend auf der Reihenfolge des Leitfadens wurde festgelegt, in welcher Reihenfolge die Kategorien ausgewertet werden sollten (Mayring, 2010, S. 59). Im nächsten Schritt folgte die Festlegung der Strukturdimensionen. Anlehnend an die gebildeten Bereiche des Leitfadens wurden die Hauptkategorien gebildet, mit anschließender Bestimmung von Ausprägungen. Die Ausprägungen stellen die jeweiligen Unterkategorien dar. Teilweise wurden die Unterkategorien auch induktiv aus dem vorhandenen Interviewmaterial gebildet (Mayring, 2010, S. 92). Danach konnte

durch die Bestimmung von Haupt- und Unterkategorien ein Categoriesystem erstellt werden. Die Hauptkategorien lauteten wie folgt: Rolle des Themas Sucht, Menschen mit einer Suchtkrankheit, Folgen aufgrund eines Suchtkranken, Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention, Vorgehen bei Suchtkranken, Suchtbeauftragter, Rahmenbedingungen und Bilanz der betrieblichen Suchtprävention. Das Categoriesystem ist so erstellt worden, dass zuerst definiert wurde, welche Textbestandteile zu der jeweiligen Kategorie gehören. Um das zu verdeutlichen, wurden Ankerbeispiele zur jeweiligen Kategorie aus dem Interviewmaterial aufgeführt. Damit eine erleichterte Zuordnung bei der Analyse möglich war und keine Probleme bei der Abgrenzung von Aussagen entstehen konnten, wurde bei den jeweiligen Kodierregeln genau festgelegt, was unter eine Kategorie fällt. Als fünften Schritt erfolgte eine Probe des Categoriesystems anhand des transkribierten Materials. Das Categoriesystem wurde z.T. leicht abgeändert. Das nach der Überarbeitung verwendete Categoriesystem (Anhang 6) diente der Forscherin dazu, die Texte unterschiedlich farblich nach Kategorien zu markieren und Textstellen zu extrahieren. Die herausgearbeiteten Passagen wurden nach den Kategorien sortiert paraphrasiert (Mayring, 2010, S. 92f). Die Paraphrasen wurden in einer Tabelle nummeriert und mit der Fundstelle im entsprechenden Interview versehen. In einem weiteren Schritt wurden die Paraphrasen nach der Regel der Zusammenfassung generalisiert und doppelt aufgeführte Aussagen gestrichen. Danach wurden die generalisierten Aussagen reduziert und entsprechend ihren Unterkategorien zusammengefasst. Hinter jeder Aussage wurde vermerkt, von welchem Betrieb die Aussage stammt, um einen Vergleich darzustellen. Die Aussagen der Verwaltung wurden mit „V“ markiert, die der Behörde mit „B“ und der Gesundheitsbetrieb wurde mit einem „G“ versehen. Als letzten Schritt nahm die Forscherin die Zusammenfassung der herausgearbeiteten Passagen in die Hauptkategorien vor (Mayring, 2010, S. 98f).

5. Ergebnisse

Die Auswertung der Ergebnisse in diesem Kapitel erfolgt nach den jeweiligen Hauptkategorien unter Beachtung der Unterkategorien und wird mit Zitaten aus den Interviews belegt. Die Zitate werden kursiv geschrieben und mit der Nummer des Interviews (I1, I2, I3) sowie den entsprechenden Zeilennummern markiert.

Die Verwaltung (I1) ist ein mittelständiger Betrieb mit einem großen Frauenanteil. Vom Auszubildenden angefangen, sind alle Altersgruppen vertreten. Die Behörde (I2) ist ein Großbetrieb mit 80 Prozent Männeranteil und einem Durchschnittsalter von Mitte 40. Der Gesundheitsbetrieb (I3) ist ebenso ein Großbetrieb. Hier liegt die Geschlechterverteilung bei 73 Prozent Frauen und 27 Prozent Männern. Das Durchschnittsalter beträgt 39,9 Jahre. Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Betriebe zum Umgang mit dem Thema Sucht und betrieblicher Suchtprävention werden in jeder Kategorie aufgezeigt.

5.1. Rolle des Themas Sucht

Suchtvorkommen

Das Thema Sucht spiele im Vorkommen in der Verwaltung und in der Behörde eine eher geringere Rolle. Laut Verwaltung gebe es zwar einen bekannten Fall einer Suchtkrankheit, aber er liege außerhalb von Dresden. Außerdem ist man in der Verwaltung der Meinung, dass eine Suchtkrankheit am Wahrscheinlichsten in großen Städten wie Köln oder München vorkomme. Jedoch gebe es Suchtkrankheiten nicht in Dresden (I1, Z.46ff; I1, Z.58f; I2, Z.43ff, I2, Z.407ff).

„Also in Dresden ist mir keiner bekannt, weil ich auch erst seit 2013 hier bin. In der Zentrale ist mir einer bekannt, Alkohol“ (I1, Z.58f).

Die Behörde gibt an, dass es früher häufiger Suchtkrankheiten im Betrieb gegeben habe, aber der prozentuale Anteil an vorkommenden Suchtkranken mittlerweile sehr gering erscheine und eigentlich gar nicht mehr vorkomme. Man könne sich in der Behörde aber durchaus vorstellen, dass jede Sucht überall möglich sei. Jedoch sei es schwer manche Suchterkrankungen zu erkennen (I2, Z.43ff; I2, Z.72ff; I2, Z.82f; I2, Z.83ff; I2, Z. 260ff; I2, Z.353ff; I2, 361ff).

„Also in meiner Zeit kann ich sagen, seit einem Jahr, ist hier nichts vorgekommen, bzw. ein Kollege ist gewechselt. Also klar, in der Vergangenheit ist immer mal ein

Fall vorgekommen. In der Relation zum statistischen Durchschnitt vernichtend gering“ (I2, Z.43ff).

Trotz der seltenen Prävalenz von suchtkranken Personen im Betrieb, werde sowohl in der Verwaltung sowie auch in der Behörde das Thema Sucht ernst genommen (I1, Z.35f; I2, Z.12f).

„Welche Rolle es generell spielt... das Thema Sucht wird sehr ernst genommen“ (I2, Z.12).

Im Gesundheitsbetrieb würden im Unterschied zu den zwei anderen Betrieben ab und zu Suchterkrankungen sowohl im medizinischen als auch im nicht-medizinischen Bereich vorkommen. Im Verwaltungsbereich seien das eher Alkoholprobleme und im medizinischen Bereich Medikamente. Dies könne laut Gesundheitsbetrieb daran liegen, dass der Betrieb ein sehr großer Arbeitgeber und somit die gesamte Gesellschaft, *„von einfachen Hilfstätigkeiten bis hin zum Akademiker“* (I1, Z.31), vertreten sei (I3, Z.29ff; I3, Z.34ff; I3, Z.45).

In der Verwaltung und im Gesundheitsbetrieb gehe man davon aus, dass Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit durchaus vorkommen könne. In der Verwaltung sei auch ein Fall mit Alkohol in der Hauptzentrale bekannt (I1, Z.59; I1, Z.65ff; I1, Z.177ff; I3, Z.36ff).

Alle drei Betriebe bestätigen, dass es Raucher in der Firma gebe. Außerdem gehen die Betriebe davon aus, dass stoffungebundene Süchte durchaus vorkommen würden. Das Problem bei stoffungebundenen Süchten sowie bei der Medikamentenabhängigkeit sei allerdings, dass man diese als Nicht-Mediziner sehr schwer erkennen könne, im Gegensatz zur Alkoholabhängigkeit oder zum Drogenkonsum. Für das Erkennen einer Suchtkrankheit sei die Wahrnehmungsgabe sehr wichtig, davon gehen Behörde und Gesundheitsbetrieb gleichermaßen aus. Oft könne man eine Suchtkrankheit nur durch Wesensveränderungen wahrnehmen (I1, Z.174; I1, Z.305ff; I1, Z.318f; I2, Z.77ff, I2, Z.358ff; I2, Z.387; I3, Z.45ff; I3, Z.50ff; I3, Z.146ff; I3, Z.342f).

„Das was man eben gemerkt hat, das sind eben Alkoholerkrankungen oder auch Drogenmissbrauch. Stoffungebundene sind schwer zu identifizieren und meist

auch überhaupt nicht nachzuweisen an irgendwelchen physischen Parametern“ (I3, Z.50ff).

Interesse

Das Interesse rund um das Thema Sucht sei bei allen drei Betrieben sehr groß. Dies zeige sich daran, dass die Betriebe Informationen zum Thema Sucht durch Schulungen vermitteln und diese würden als wichtig von den Mitarbeitern wahrgenommen werden. Bei der Verwaltung seien gerade diese Schulungen oder Vorträge sehr gut besucht und das Interesse an der Teilnahme werde seitens der Führungsebene auch unterstützt. Bei der Verwaltung seien vor allem die Auszubildenden sehr an dem Thema Sucht interessiert und bei der Behörde wäre es der ganze Personalbereich. Laut Behörde bestehe aber wenig Interesse seitens der Führungskräfte. Beim Gesundheitsbetrieb läge das Interesse eher bei der Informationsbeschaffung über den Betriebsarzt als durch die vorgesehene Arbeitsgruppe (I1, Z.175ff; I1, Z.202ff; I1, Z.230ff; I2, Z.299ff; I2, Z.306ff; I3, Z.253ff; I3, Z.259f; I3, Z.295f).

„Wie weit das Thema Sucht gedehnt werden kann, davon sind die Auszubildenden ganz fasziniert, dass man eigentlich ganz schnell süchtig wird“ (I1, Z.175ff).

In den Betrieben besteht ein allgemeines Interesse an dem Thema Sucht.

Wenn man Schulungen oder Vorträge besuche, sei es in den Betrieben üblich, dass man die wichtigsten Informationen unter den Mitarbeitern austausche. Außerdem geht man in der Verwaltung davon aus, dass die Mitarbeiter die Informationen auch außerhalb der Betriebe an die Familie, Freunde und Bekannte weiter geben würden. Wichtig laut Behörde sei aber, dass sensibel mit der Informationsvermittlung umgegangen werden müsse, um das Interesse am Thema aufrecht zu erhalten. Die Behörde und der Gesundheitsbetrieb hätten z.T. aus Eigennutz Interesse am Thema Sucht. Man möchte vorbereitet sein, wenn eine Suchtkrankheit im Betrieb vorkomme (I1, Z.280, I2, Z.303ff; I2, Z.314f; I2, Z.325ff; I3, Z.211ff; I3, Z.263ff; I3, Z.272ff).

„Ja, im Anschluss wenn es dann interessante Sachen gab, reden wir schon darüber“ (I2, Z.314f).

5.2. Menschen mit einer Suchtkrankheit

Eine Suchterkrankung könne viele Gründe haben, darüber sind sich auch die Betriebe einig. Die Verwaltung sehe die Gründe einer Suchtkrankheit in dem erhöhten Erwartungsdruck, der heutzutage immer mehr auf Arbeitnehmern laste. Die Schichtarbeit könne dazu führen, dass im Betrieb Aufputschmittel genommen werden. Die vermehrte Arbeit am Computer könne laut Verwaltung zum Konsum von Medikamenten führen. Sollte dann auch noch mit einer Kündigung bei Problemen am Arbeitsplatz gedroht werden, sei die Wahrscheinlichkeit umso höher, zu Suchtmitteln zu greifen. Der Gesundheitsbetrieb gibt außerdem an, dass die Verfügbarkeit von Suchtmitteln eine große Rolle spiele.

Neben den Problemen am Arbeitsplatz könne auch ein familiäres Problem Ursache für eine Suchtkrankheit sein. Die Betriebe wissen, dass eine Sucht nie ohne Gründe entstehe, was die folgenden Zitate zeigen (I1, Z.44f; I1, Z.66f; I1, Z.143ff; I1, Z.245f; I2, Z.143f; I2, Z.151ff; I3, Z.41ff):

„Grade heutzutage ist es ja so: immer mehr, immer schneller, immer besser, immer weiter“ (I1, Z.44f).

„Man hat normalerweise keinen freien Zugang, aber es gibt immer Mittel und Wege, wie man an Medikamente kommt, die dort dann in Frage kämen. Insofern ist die Hürde niedriger auf Station, vielleicht in eine Medikamentenabhängigkeit zu geraten“ (I3, Z.41ff).

Bis eine Suchtkrankheit entstehe, könne es sehr lange dauern. Der ganze Entwicklungsprozess könne, Erfahrungsgemäß der Behörde, sich über mehrere Jahre ziehen. Wichtig dabei sei, dass der Arbeitnehmer die eigene Sucht erkenne und nach einer Suchtentwöhnung wieder in der Arbeitswelt aufgenommen werde (I1, Z.135ff, I2, Z.127ff; I2, Z.138f; I2, Z.149ff; I2, Z.183f).

„Das kann sehr lange dauern. Derjenige muss dabei auch mitspielen. Bei der Sucht ist das eben ein Phänomen oder eigentlich ist es so, dass derjenige es erst mal selber feststellen muss. Entsprechend lange kann es dauern“ (I2, Z.127ff).

Bei dem Umgang mit Suchtkranken sind sich die drei Betriebe einig, denn eine Kündigung werde als unwahrscheinlich angesehen. Man versuche zuerst Alternativen zu finden, denn die Kündigung würde als Spannungsfeld angesehen werden. Wenn eine Person suchtkrank sei, stelle die Verwaltung erleichterte Arbeitsbedingungen und Schutzmaßnahmen. In der Behörde würde auch

dementsprechend mit Alkoholabhängigen umgegangen, da Alkoholabhängigkeit als Krankheit angesehen wird (I1, Z.137ff; I1, Z.146f; I1 Z.164ff; I2, Z.158ff; I2, Z.162f; I2, Z.412f; I3, Z.64ff; I3, Z.68ff).

„Es ist wirklich unwahrscheinlich, dass jemand entlassen wird bei uns. Das muss schon wirklich gravierend sein“ (I1, Z.146f).

„Aber was anderes ist es dann mit Maßnahmen und Entlassung, das ist immer ein Spannungsfeld. Einerseits hat man seine Pflichten, andererseits gerade bei Alkoholkranken ist es eben eine Krankheit“ (I2, Z.158ff).

Mit suchtkranken Arbeitnehmern gehe die Verwaltung und die Behörde sehr familiär und fürsorglich um, es gebe keine Beschimpfungen gegenüber den Erkrankten. Die Krankheit werde offen angesprochen. Eine Zeit lang könne der Arbeitsausfall durch das Kollegium getragen werden, um die Suchtkranken auf diese Weise zu unterstützen (I1, Z.168f; I2, Z.49ff; I2, Z.54ff).

„Wobei in Dresden, das geht um Gottes Willen. Wir sind eine kleine Familie“ (I1, Z.168f).

„Also generell, ich hoffe, dass das nicht zu allgemein ist, wird sehr fürsorglich mit ihnen umgegangen. Das heißt, er wird nicht als „Säufer oder Trinker“ tituliert, wird von den Kollegen nicht ausgeschlossen. Im Gegenteil, [...] das Personal wird sehr stark von der Belegschaft in dem Fall getragen“ (I2, Z.49ff).

Trotz das Sucht als Krankheit anerkannt werde, gehe man davon aus, dass seitens des Personals irgendwann ein negativer Umschwung erfolgen könne. Die Verwaltung könne sich vorstellen, dass Arbeitnehmer schlecht über Suchtkranke reden. Bei der Behörde fehle den Mitarbeitern teilweise das Verständnis für eine Suchterkrankung, weshalb Suchtkranke ausgegrenzt würden und eine abwertende Haltung ihnen gegenüber möglich wäre. Im Gesundheitsbetrieb könne der persönliche Umgang mit Suchtkranken schwerfallen. Ein Vertrauen in die Person könne am ehesten hergestellt werden, wenn z.B. ein Alkoholtest während des Arbeitstages gemacht werde und dieser negativ ausfalle (I1, Z.166ff; I2, Z.53f; I2, Z.231ff; I2, Z. 393ff; I2, Z.414ff; I3, Z.81; I3, Z.86ff).

„Da wird dann getratscht und wird dort und dort erzählt und wirft ein schlechtes Licht auf den Mitarbeiter“ (I1, Z.166f).

„Ja, das ist dann, wovon ich am Anfang gesprochen habe, dass er wohl in einem guten sozialen Bett eingegliedert ist, aber dass dann die Stimmung kippt. Dann wird er ausgegrenzt“ (I2, Z.231ff).

5.3. Folgen aufgrund eines Suchtkranken

Betriebliche Folgen

Aufgrund einer suchtkranken, arbeitenden Person kann ein Betrieb unterschiedliche Folgen davon tragen.

Für die Verwaltung wäre der Schaden vorerst fehlende Fachkräfte, wenn Auszubildende die Prüfung wegen einer Suchtkrankheit nicht bestehen würden. Außerdem könne das Prestige sehr darunter leiden (I1, Z.153f; I1, Z.155ff; I1, Z.247f).

„Bei den Auszubildenden kann es sein, dass sie Prüfungen nicht bestanden werden. Das könnte ich mir jetzt vorstellen“ (I1, Z.155f).

Die Verwaltung sowie die Behörde gehen davon aus, dass die Vorbildfunktion verloren gehe, wenn die Öffentlichkeit von einer suchtkranken Person erfahre. Die Behörde sehe weiterhin Störungen von Arbeitsabläufen und Qualitätsverlust als gravierende Folge (I1, Z.153f; I2, Z.213ff; I2, Z.218f; I2, Z.220f).

„Also das wäre Störung des Betriebsablaufes“ (I2, Z.216).

Für den Gesundheitsbetrieb stünden die betrieblichen Folgen hauptsächlich im Zusammenhang mit den Patienten. Für diese wäre das Risiko erhöht, dass Fehler in der Behandlung vorkommen könnten. Das Vertrauen der Patienten in den Betrieb wäre schnell verloren, da der Schutz und die Fürsorge nicht mehr gewährleistet wären. Außerdem könne keine Leistung der Suchtkranken erbracht werden oder nur in unzureichendem Maße. Eine weitere Folge für den Gesundheitsbetrieb durch Suchtkranke wäre bei falsch abgeschlossenen Verträgen, dass Klagen anfallen könnten (I3, Z.152; I3, Z.162ff; I3, Z.172f; I3, Z.174ff).

„Bei uns ist der Patient am Ende derjenige der gefährdet ist, wenn jemand unter Einfluss, weiß ich jetzt nicht, unter Suchtmitteln eben steht. Der Patient ist uns anvertraut, wir haben über ihn eine Fürsorgepflicht und ich meine der ist natürlich...“ (I3, Z.172ff).

Ergebnisse

Allgemein können die Betriebe sagen, dass erhöhte betriebliche Kosten für sie durch eine suchtkranke Person anfallen würden, was der folgende Kommentar zeigt (I1, Z.157f; I3, Z.162):

„Bei uns jetzt hier, wir könnten ein paar Rechnungen zu viel bezahlen, oder Sachen bestellen. Eigentlich passieren kann schon einiges“ (I1, Z.157f).

Folgen für das Personal

Auch das Personal kann erhebliche Schäden davontragen, wenn ein Kollege im Betrieb suchtkrank ist.

Alle Betriebe geben an, dass der Arbeitsaufwand für die einzelnen Mitarbeiter beachtlich steigen würde, da die suchtkranke Person am Arbeitsplatz ausfalle. Fehlende Motivation könne die Folge sein, wenn „gesundes“ Personal die zusätzlich anfallende Arbeit übernehmen müsse.

Die Betriebe seien auch alle der Meinung, dass Suchtkranke sich negativ auf das Team auswirken können und die Verlässlichkeit enorm sinken würde (I1, Z.159; I1, Z.188f; I2, Z.213ff; I2, Z.217f; I3, Z.166ff; I3, Z. 169; I3, Z.182).

„Ein höherer Arbeitsaufwand für die anderen kann entstehen“ (I1, Z.159).

„Oder die Kollegen müssen Arbeiten übernehmen und hohe Ausfallzeiten gehen mit einher“ (I2, Z.217f).

In der Verwaltung und in der Behörde, welche beide einen Außendienst hätten, könne die Folge sein, dass Suchtkranke den Straßenverkehr gefährden und andere in Unfälle verwickeln würden (I1, Z.63; I1, Z.243f; I2, Z.166f).

„Auf der anderen Seite kann man Alkoholranke nicht nach draußen schicken. Das könnte gefährlich werden“ (I2, Z.166f).

Der Gesundheitsbetrieb beschreibt auch, dass Co-Abhängigkeiten entstehen könnten, wenn die Mitarbeiter den Suchtkranken in seinem Handeln decken. Die Arbeitsmoral werde dadurch immer schlechter (I3, Z.93f; I3, Z.180f; I3, Z.183f).

„Da besteht halt immer diese Gefahr der Co-Abhängigkeit, dass man das alles mit deckt und sagt: „Naja, gehe du mal lieber nach Hause, dir geht es heute nicht so gut““ (I3, Z.183f).

5.4. Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention

Externe Maßnahmen

Die Verwaltung und die Behörde würden für alle Mitarbeiter die Teilnahme an externen Programmen zur betrieblichen Suchtprävention ermöglichen.

Bei der Verwaltung biete die Diakonie Dresden Unterstützung an, z.B. beim Gesundheitstag Informationen an alle zu verteilen. Außerdem könnten Mitarbeiter Schulungen zum Thema Sucht bei der IHK besuchen, die der Betrieb bezahle (I1, Z.50ff; I1, Z.55; I1, Z.215; I1, Z.218f).

„Dann waren von der Diakonie welche da, die zum Thema Crystal Meth was erzählt haben“ (I1, Z.52f).

Die Behörde biete für ihre Arbeitnehmer durch externe Partner Raucherentwöhnungskurse an. Die Teilnahme sei jedem Arbeitnehmer gestattet (I2, Z.400ff).

Externe Angebote für spezielle Gruppen eines Betriebes würden von der Behörde und dem Gesundheitsbetrieb angeboten und unterstützt werden.

Bei beiden Betrieben biete man Schulungen für Führungskräfte an, damit diese sich im Umgang mit Suchtkranken üben könnten, auch um zu wissen, wie man im Ernstfall handeln könne.

Bei der Behörde würden externe Psychologen oder die Unfallkasse die Schulungen übernehmen (I2, Z.290ff).

„So für alle anderen Führungskräfte, Personalräte, Personalstellen gibt es zentral angebotene Lehrgänge über die Unfallkasse [...]“ (I2, Z.290ff).

Der Gesundheitsbetrieb biete über einen externen Veranstalter für seine Führungskräfte Seminare an, bei denen die Anwendung der Dienstvereinbarung erklärt werde. Weiterhin gebe es Seminare, welche eine Krankenkasse anbiete, um die Führungskräfte zum Thema Sucht zu unterrichten. Erweiterte Grundlagen, zum Beispiel wie man Suchtkranke anspreche, erhalten die Führungskräfte auch von externen Betrieben (I3, Z.100f; I3, Z.218, I3, Z.227f; I3, Z.231ff; I3, Z.240ff; I3, Z.249ff).

„Die Seminare für die Führungskräfte hat am Anfang die Drogenberatung der Stadt Dresden übernommen. Da gab es dann einen Wechsel und eine Konzentration auf andere Themen. Wir haben uns dann andere Partner gesucht.“

Aktuell sind wir dabei, mir einer Krankenkasse das Seminar wieder zu gestalten“ (I3, Z240ff).

Individuelle Maßnahmen

Die Verwaltung biete für ihre Führungskräfte eigene, intern organisierte Seminare an, bei denen über den Umgang mit Suchtkranken gesprochen werde. Für ausgewählte Bereiche, wie den Führungsbereich, gelte in der Verwaltung, dass diese mehrere Schulungen zum Thema Sucht im Jahr aufsuchen dürften, da sie direkten Kontakt mit Suchtkranken haben könnten. Die Kosten für jede Schulung trage die Verwaltung (I1, Z.194ff; I1, Z.207ff).

„Ja, genau. Also jede Führungskraft wird dazu einmal im Jahr geschult. Wie verhalte ich mich als Führungskraft, wenn ich einen Suchtkranken habe oder wie gehe ich damit um. Das wird jedes Jahr gemacht“ (I1, Z.194ff).

Neben den individuellen Angeboten für die Führungskräfte, biete die Verwaltung ihren Beschäftigten an, eine freiwillige Schulung zum Suchthelfer zu machen. Für diese Suchthelfer gebe es einen internen Kreis, in dem Informationen ausgetauscht werden könnten. Außerdem könnten Suchthelfer an jährlichen Workshops und Seminaren teilnehmen. Die Auszubildenden würden spezielle Schulungen erhalten, einen Grund- und einen Fortgeschrittenenkurs, die jeweils drei Tage dauern würden.

Auch alle anderen Arbeitnehmer könnten an diesen Schulungen teilnehmen, welche man auch immer genehmige (I1, Z.24ff; I1, Z.37ff; I1, Z.172ff; I1, Z.197ff; I1, Z.200f; I1, Z.202ff; I1, Z.210f).

„Da wurden von der Zentrale [...] für jede Außenstelle Freiwillige gesucht, die diese Suchthelferausbildung machen. Das dauert 12 oder 13 Tage. Dann sind die offiziell bestellt worden“ (I1, Z.24ff).

Bei der Behörde biete man spezielle Module für Führungskräfte an, bei denen ein Grundwissen über Sucht vermittelt werde (I2, Z.29f).

Der Gesundheitsbetrieb biete Vorträge für seine Mitarbeiter an, welche auch teilweise im Fortbildungskatalog stehen würden. Diese Vorträge halte eine fachkundige Person im Betrieb (I3, Z.229f; I3, Z.235; I3, Z.237ff).

„Außerdem gibt es ab und zu noch Vorträge, die wirklich dann allen offen stehen, bei denen man sich anmelden muss. Das steht im Fortbildungsplan drin“ (I3, Z.229f).

Maßnahmen für alle

In der Verwaltung würden die Maßnahmen vorgegeben werden, welche man besuchen könne. Die Maßnahmen, die in der Behörde für das ganze Personal vorgesehen seien, sollten dazu beitragen, dass alle sensibilisiert seien und für alle das gleiche Wissen vermittelt werden könne (I1, Z.270f; I2, Z.332ff).

„Aber eigentlich ist es unser Ziel, die Leute so zu sensibilisieren [...]“ (I2, Z.332f).

Die Verwaltung und die Behörde würden Gesundheitstage für ihre Mitarbeiter gestalten. Bei den Gesundheitstagen werde auch das Thema Sucht aufgegriffen (I1, Z.41ff; I1, Z.212; I2, Z.331f).

„Wir haben dann auch noch den Gesundheitstag wo wir sowas mit anbieten“ (I1, Z.212).

Rund um das Thema Sucht und Beratung würden in den Betrieben unterschiedliche Ansprechpartner ihre Hilfe anbieten. In der Verwaltung gebe es Suchthelfer als Ansprechpartner. Außerdem erfahre man Hilfe bei allen Führungskräften.

In der Behörde gebe es Peers, an welche man sich wenden könne, wenn man einen psychologischen Ansprechpartner benötige. Sogar Angehörige könnten sich an die Peers wenden, wenn sie Unterstützung benötigen sollten (I2, Z.250ff, I2, Z.382f).

„Und da ist es so, dass es bei der Verwaltung psychologische Peers, also psychologische Ersthelfer gibt und da ist es so, dass Suchtkrankheit auch in der Familie Wellen schlägt, dass sich also Angehörige von diesem Betroffenen an diese Peers wenden können“ (I2, Z.250ff).

Der Gesundheitsbetrieb habe ein eingerichtetes Gesundheitszentrum, in dem Mitarbeiter Fragen stellen und Antworten zur Sucht bekommen würden. Neben dem Gesundheitszentrum gebe es zusätzlich ein intern angebotenes Raucherentwöhnungsprogramm. Als Ansprechpartner bei Problemen gebe es

eine speziell eingerichtete Arbeitsgruppe, welche auch im Intranet beworben werde (I3, Z.219ff; I3, Z.282ff; I3, Z.290ff; I3, Z.306ff; I3, Z.309f).

„Ja, was das Thema Rauchen betrifft, da gibt es solche Raucherentwöhnungsprogramme“ (I3, Z.306f).

5.5. Vorgehen bei Suchtkranken

Für auffällig werdende Suchtkranke gebe es in allen Betrieben einen Stufenplan, der das weitere Vorgehen beschreibe. Dieser Stufenplan diene als Vorgabe für das Handeln, zeige Hilfsmaßnahmen auf und sei bereichsabhängig (I1, Z.74ff; I1, Z.81f; I2, Z.36ff).

„Es gibt ja diesen Stufenplan, wie vorgegangen werden soll [...]“ (I2, Z.36).

In der ersten Stufe führe man in allen Betrieben Gespräche mit der suchtkranken Person. Die Verwaltung hat erwähnt, dass hier festgelegt werde, wie weiter vorgegangen werden solle. Bei der Behörde müssten sich die Betroffenen dazu verpflichten, abstinent zu leben (I1, Z.83ff; I1, Z.88ff; I1, Z.99ff; I2, Z.130f; I3, Z.110f).

„Erstmal kommt es natürlich zum Gespräch, was derjenige mit seinem Vorgesetzten führt [...]“ (I3, Z.310f).

Sollte die Person wieder auffällig werden, würden die Maßnahmen der zweiten Stufe greifen. Die Behörde beobachte die Person weiterhin sehr kritisch und im Gesundheitsbetrieb könne es zur Ermahnung kommen (I2, Z.91ff; I3, Z.111f).

„Naja, da muss man dann über eine gewisse Zeit beobachten und dann sieht man, ob Verhaltensweisen geändert werden oder nicht“ (I2, Z.91f).

Ab der dritten Stufe sehe die Behörde eine Therapieempfehlung für die betroffene Person vor, wenn der Verdacht einer Sucht bestätigt werden sollte (I2, Z.99ff).

Zur vierten Stufe hat keiner der Betriebe etwas geäußert.

In der fünften Stufe sei bei der Verwaltung und beim Gesundheitsbetrieb eine Kündigung vorgesehen, allerdings erst nach einem weiteren Gespräch (I1, Z.130ff; I3, Z.117ff).

„Es wird auf alle Fälle mit dem Beschäftigten gesprochen, dass man nicht gleich mit einer Kündigung kommt“ (I1, Z.130f).

Sollte die suchtkranke Person im Gesundheitsbetrieb einen Rückfall erleiden und erneut auffällig werden, würde man mit der Stufe fortfahren, bei welcher die Maßnahmen beim letzten Mal aufgehört hätten (I3, Z.136ff; I3, Z.141f).

Neben dem Stufenplan handeln die Führungskräfte auch individuell, wenn ein Mitarbeiter im Betrieb Suchtkrank ist.

In der Verwaltung und im Gesundheitsbetrieb zeige man Empfehlungen für Hilfsangebote vor, damit sich die Betroffenen professionelle Hilfe holen könnten (I1, Z.103ff; I3, Z.156).

„Was man eben selbst tun kann oder Hilfe anbieten“ (I3, Z.156).

Um die richtigen Maßnahmen treffen zu können, würde die Verwaltung zuerst eine Vertrauensperson ansprechen, bevor die suchtkranke Person angesprochen werde. Außerdem könne empfohlen werden, dass ein Betriebsarzt aufgesucht werden müsse (I1, Z.93ff; I1, Z.102f).

„Deswegen würde ich erst zu einer Vertrauensperson Kontakt aufnehmen, dass der das Gespräch sucht“ (I1, Z.93f).

Der Gesundheitsbetrieb spreche weiterhin die Person direkt darauf an, falls ein Verdacht bestehe. Nach dem Gespräch würde die Person unter Beobachtung stehen. Sollte sich dann eine Wesensveränderung zeigen, werde das mit demjenigen besprochen. Es werden außerdem Hinweise auf arbeitsrechtliche Vorgaben gegeben. Weiterhin sei man die ganze Zeit bemüht, die Ursache für die Suchterkrankung zu finden (I3, Z.86ff; I3, Z.148f; I3, Z.150f; I3, Z.157).

„Und das müsste man ansprechen, diese Wesensveränderung. Also es ist halt erst mal nur ein Verdacht der geäußert wird“ (I3, Z.148f).

Der Gesundheitsbetrieb sehe den Betriebsarzt weiterhin auch als Berater. Wenn ein Verdacht von Alkoholsucht bestehe, könne ein Alkoholtest veranlasst werden (I3, Z.54f; I3, Z.61ff; I3, Z.64ff; I3, Z.67f; I3, Z.299ff).

„Wir haben ja auch einen richtigen, festen Stamm an Betriebsärzten. Die wahrscheinlich sogar eine noch größere Rolle spielen bei dem Thema Beratung zur Sucht“ (I3, Z.299ff).

Nach der Rehabilitation eines Suchtkranken könne dieser in den Betrieben durch das Wiedereingliederungsmanagement in seinen alten oder einen ähnlichen Arbeitsplatz wieder eingearbeitet werden. Bei der Wiedereingliederung durchlaufe man mehrere Schritte. Bei der Verwaltung und dem Gesundheitsbetrieb laufe die Wiedereingliederung wie bei allen durch Krankheit ausgefallenen Arbeitnehmer ab (I1, Z.122ff; I3, Z.123f).

„Im Endeffekt wird das so gehandhabt, als wenn sie längerfristig krank sind“ (I1, Z.122f).

Im ersten Schritt würden alle drei Betriebe Gespräche mit der betroffenen Person führen. Bei der Verwaltung müsse ein Antrag auf Wiedereingliederung abgegeben werden.

Bei der Behörde verpflichte sich die Person, an den Angeboten der Suchtklinik weiterhin teilzunehmen und eine Selbsthilfegruppe zu besuchen (I1, Z.110ff; I2, Z.170f; I2, Z.172ff; I3, Z.124ff).

„Also erstmal wird ein Wiedereingliederungsgespräch mit ihm geführt, wo er sich dann auch verpflichtet, einmal die Angebote wahrzunehmen“ (I2, Z.170f).

Im zweiten Schritt würde bei der Verwaltung der Antrag auf Wiedereingliederung geprüft werden und Stellung dazu genommen. Bei der Behörde gebe es weitere Gespräche zur Kontrolle mit dem Suchtbeauftragten (I1, Z.113ff; I2, Z.178ff).

In einem dritten Schritt entscheide die Zentrale der Verwaltung dann über den Antrag. In diesem Schritt werde bei der Behörde der Amtsarzt mit eingeschaltet, um zu kontrollieren, dass der Betroffene weiterhin abstinent lebe (I1, Z.117ff; I2, Z.193f).

„Das Ganze geht dann nach xxx und dort wird über die Maßnahme entschieden, ob das so umgesetzt werden kann“ (I1, Z.177f).

Bei der Verwaltung und dem Gesundheitsbetrieb sei im vierten Schritt dann wieder der langsame Einstieg am Arbeitsplatz möglich (I1, Z.120ff; I3, Z.128ff).

Der Suchtbeauftragte der Verwaltung führe nach der Eingliederung am Arbeitsplatz mit dem Betroffenen nach sechs Wochen ein Überprüfungsgespräch (I1, Z.127ff).

„Ja genau, nach vier oder sechs Wochen. Hier auf dem Plan steht es ja auch, sechs Wochen. Da wird dann ein Überprüfungsgespräch gemacht [...]“ (I1, Z127f).

Die Behörde gibt bei der Wiedereingliederung ein Spannungsfeld an. Die Betroffenen müssten einen Nachweis über die Teilnahme an bestimmten Maßnahmen vorlegen. Dies gerate allerdings oft in Konflikt mit der von den Maßnahmen geforderten Anonymität über die Teilnehmer. Außerdem müsse das Vertrauen zur Person gegeben sein, dass sie sich an die vorab getroffenen Abmachungen halte. Sollte die Abmachung, z.B. die Therapie zu besuchen, nicht eingehalten werden, werde die Vereinbarung aufgehoben und ein Gespräch mit demjenigen gesucht. Im schlimmsten Fall könne es dann zu einem Disziplinarverfahren kommen (I2, Z.175ff; I2, Z.178; I2, Z.188ff; I2, Z.190ff; I2, Z.197ff; I2, Z.199ff; I2, Z.204ff; I2, Z.206ff).

„Vertrauen ist da wichtig, dass wir ihm einfach glauben, dass er dort war. Wir könnten uns auch Nachweise vorlegen lassen über die Therapie“ (I2, Z.190f).

5.6. Suchtbeauftragter

Die Verwaltung und die Behörde haben als besondere Funktion in ihren Betrieben mindestens einen Suchtbeauftragten eingestellt. Im Gesundheitsbetrieb gibt es die Funktion eines Suchtbeauftragten nicht (I1, Z.37ff; I2, Z.15ff; I2, Z.289f; I3, Z.281).

Ein Suchtbeauftragter hat verschiedene Aufgaben in den Betrieben.

Neben der Funktion als Suchtbeauftragter habe er in beiden Betrieben auch weitere Ausbildungen, wie z.B. eine Ausbildung zum Suchthelfer, absolviert (I1, Z.37; I2, Z.278f).

„Bei uns ist der Suchtbeauftragte Herr xxx und der ist ja auch Suchthelfer“ (I1, Z.37).

In der Verwaltung habe der Suchtbeauftragte die Aufgabe, auch bei familiären Suchtproblemen zu beraten. Er helfe den betroffenen Suchtkranken bei der Suche nach geeigneten externen Angeboten oder bringe externe Unterstützung in den Betrieb. Er sei für die ganze Organisation der Maßnahmen zum Thema Sucht zuständig. Gebe es außerdem einen Verdacht einer Suchtkrankheit, sei er die

Anlaufstelle für Kollegen, um das weitere Vorgehen vorzubereiten (I1, Z.28; I1, Z.30f; I1, Z.84f; I1, Z.269f; I1, Z.323).

„Da gibt es eigentlich nur den Suchtbeauftragten der das alles organisiert und die Informationen weiter gibt“ (I1, Z.269f).

In der Behörde sei es üblich, dass der Suchtbeauftragte Weiterbildungen besuche, um sein Wissen aufzufrischen oder Neues zu erlernen. (I2, Z.21ff; I2, Z.279ff; I2, Z.285ff).

Bei der Behörde stelle der Suchtbeauftragte ein Bindeglied zwischen dem Betroffenen und der Dienststelle dar. Neben den Vorträgen organisiere er auch Seminare für die Mitarbeiter (I2, Z.19f; I2, Z.26ff).

Bei den beiden Betrieben habe der Suchtbeauftragte weiterhin die Aufgabe bei dienstlichen Suchtproblemen seine Kollegen zu beraten und Informationen an die Mitarbeiter zu vermitteln. Neben der Beratung bei Suchtproblemen gebe er auch Hilfestellung und unterstütze die Betroffenen. Für die Mitarbeiter halte er diverse Vorträge, um diese für die Thematik zu sensibilisieren (I1, Z.27f; I1, Z.225ff; I1, Z.295f; I1, Z.323f; I2, Z.20; I2, Z.33f; I2, Z.103ff; I2, Z.107ff; I2, Z.114ff; I2, Z.270ff; I2, Z.336ff; I2, Z.377ff; I2, Z.399f).

„Letztes Jahr hat er einen Vortrag über Medikamente gehalten und Missbrauch“ (I1, Z.295f).

„Wenn jetzt aber auch jemand zu mir kommt und sagt, dass er aufhören möchte, berate ich ihn dann mit Informationen“ (I2, Z.399f).

In beiden Betrieben erfahre der Suchtbeauftragte eine hohe Akzeptanz. Für die Verwaltungsmitarbeiter sei er eine sehr anerkannte Person im Berufsalltag, die sich große Mühe gebe bei Problemen zu helfen (I1, Z.312ff; I1, Z.321f; I2, Z.350). Auch bei der Behörde habe der Suchtbeauftragte großes Ansehen erlangt, vor allem auch durch den großen Bekanntheitsgrad der Person selbst und die gute Ausbildung (I2, Z.339ff; I2, Z.345ff; I2, Z.351f).

„Man hat auch einen Bekanntheitskreis durch diese Lehrgänge die Bundesweit stattfinden“ (I2, Z.351f).

Zu der Akzeptanz in den Betrieben komme auch das Vertrauen in den Suchtbeauftragten. Die Mitarbeiter würden eher ihn um Rat fragen als eine Führungsperson, auch wenn es um die eigene Sucht gehe. Außerdem vertraue die Führungsebene der Betriebe auf dessen Fähigkeiten, kompetent mit den Betroffenen umzugehen (I1, Z.89ff; I1, Z.308; I1, Z.311ff; I1, Z.320ff; I2, Z.122ff; I2, Z.183ff).

„Manchmal ist es dann tatsächlich so, dass man an die Kollegen besser ran kommt, wenn man einen Suchtbeauftragten hat. Der hat dann vielleicht einen besseren Draht zu den Kollegen“ (I2, Z.122ff).

5.7. Rahmenbedingungen

Der Gesetzgeber gibt bestimmte Gesetze vor, die die Umsetzung von betrieblichen Suchtpräventionsmaßnahmen unterstützen oder Vorgeben, wie man mit Suchtkranken umgehen kann.

Die Verwaltung benennt das Sozialgesetzbuch, welches Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention als verpflichtend vorsehe. Das Sozialgesetzbuch werde hier außerdem dazu verwendet, um als Vorbildfunktion für andere Betriebe zu dienen, die keine Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention hätten (I1, Z.21ff; I1, Z.184ff).

„Weil wir müssen. Es steht im Sozialgesetzbuch und weil wir als Vorbild voran gehen möchten“ (I1, Z.184f).

Die Behörde verweist außerdem auf das Bundesbeamtengesetz, welches die Maßnahmen als verpflichtend ansehe. Der Arbeitgeber habe laut Bundesbeamtengesetz eine Fürsorgepflicht gegenüber den Beamten. Die Angestellten hätten laut Beamtengesetz wiederum die Pflicht, sich gesund zu erhalten. Das Disziplingesetz sehe dort auch eine Entlassung in einem gravierenden Fall vor oder die Dienstunfähigkeit könne bei einer Suchtkrankheit erklärt werden. Aber eine Suchtkrankheit allein reiche nicht für eine Kündigung aus (I2, Z.58ff; I2, Z.64ff; I2, Z.66f; I2, 142; I2, 146ff; I2, Z.154ff; I2, Z.242ff; I2, Z.372f).

„Also es müssen Maßnahmen ergriffen werden, weil das Bundesbeamtengesetz sagt ja ganz klar: Fürsorgepflicht des Dienstherrn“ (I2, Z.158f).

Der Gesundheitsbetrieb gibt ein Gesetz an, welche den freien Zugang zu gewissen Medikamenten verbiete. Das Gesetz solle als Schutz dazu dienen, dass Medikamente nicht missbraucht werden (I3, Z.192ff).

„Besonders Medikamente mit bestimmten Wirkungsmechanismen sind dann verschlossen. Das ist in jedem xxx so. Das ist Gesetz“ (I3, Z.192ff).

Neben den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Gesetzen haben die Betriebe auch individuelle Dienstvereinbarungen, die für alle Mitarbeiter gelten.

Die Dienstvereinbarung der Verwaltung solle als Vorgabe dienen, wann im Falle einer Sucht eingeschritten werden müsse (I1, Z.32ff; I1, Z.184ff; I1, Z.252).

Bei der Behörde sehe die Dienstvorschrift bei jeglichen Belastungen Beratung und Betreuung vor (I2, Z.249f).

„Dann eine andere Sache, die in der Dienstvorschrift steht, dass „Beratung und Betreuung auf Grund besonderer psychischer und physischer Belastungen“...“ (I2, Z.249f).

Der Gesundheitsbetrieb habe in seiner Dienstvereinbarung festgelegt, dass jeder Mitarbeiter dazu verpflichtet sei zu handeln, wenn es einen Verdacht von Suchtkrankheit im Kollegium gebe. Beim Nichthandeln habe der Mitarbeiter auch eine Teilschuld an weiteren Vorgängen. Das Leisten von Hilfe sei auch für die Mitarbeiter verpflichtend. In der Dienstvereinbarung stehe außerdem geschrieben, wie der Stufenplan umgesetzt werde (I3, Z.81ff; I3, Z.90ff; I3, Z.108ff; I3, Z.185ff).

„Aber auch das haben wir geregelt in der Dienstvereinbarung, dass eben jeder verpflichtet ist, in so einer Situation zu handeln. Man macht sich sonst selbst mitschuldig an der ganzen Sache. Insofern muss ich denjenigen auch ansprechen, da bleibt nichts anderes übrig“ (I3, Z.81ff).

Alle drei Betriebe würden ein Rauchverbot auf dem Gelände haben. Es dürfe nur in bestimmten markierten Bereichen im Freien geraucht werden. Die Verwaltung gibt an, dass es in der Zentrale einen Raucherraum im Gebäude gebe. In Dresden sei allerdings, genau wie bei den anderen beiden Betrieben, striktes Rauchverbot im Gebäude. Die Mitarbeiter würden sich auch an diese Vorschrift halten, die Besucher im Gesundheitsbetrieb eher weniger. Außerdem seien die Arbeitnehmer im Gesundheitsbetrieb dazu verpflichtet, an einer Belehrung über das

Rauchverbot teilzunehmen (I1, Z.254ff; I1, Z.258ff; I1, Z.266; I2, Z.385f; I2, Z.388ff; I3, Z.318ff; I3, Z.324f; I3, Z.326f; I3, Z.328f; I3, Z.333).

„Wir haben im Gebäude komplettes Rauchverbot, und vor dem Gelände gibt es eine eingerichtete Raucherecke. Es gibt ja immer wieder Raucher“ (I2, Z.385f).

„Aber die, die vor Ort sind, die wissen schon, dass es die Pavillons gibt und diese werden dann auch wirklich genutzt“ (I3, Z.328f).

In den Betrieben gelte auch ein Alkoholverbot während der Arbeit. So gebe es im Gesundheitsbetrieb in der Mitarbeiterkantine auch keinen Alkohol zu erwerben. Zusätzlich sei dort laut Dienstvereinbarung eine Alkoholtestverordnung bei Verdacht vorgesehen (I1, Z.62; I2, Z.375f; I3, Z.63f; I3, Z.114f; I3, Z.200f; I3, Z.208; I3, Z.222).

„Und verschiedene Verordnungen zum Thema Alkohol im Dienst, wo nochmal konkret darauf hingewiesen wird. Hier ist generelles Alkoholverbot“ (I2, Z.375f).

5.8. Bilanz der betrieblichen Suchtprävention

Zum Erfolg der betrieblichen Suchtpräventionsmaßnahmen können die Betriebe alle gemeinsam sagen: „Erfolg ist nicht messbar“ (I1, Z.203; I2, Z.407; I3, Z.347ff).

„Generell kann man erst mal sagen: „Prävention ist nicht messbar““ (I2, Z.407).

Trotzdem gehe die Verwaltung davon aus, dass mit den Maßnahmen sicher Suchtkrankheiten verhindert werden konnten. Sie sehe ebenso einen Erfolg wie die Behörde darin, dass die Mitarbeiter sensibilisiert werden. Die Behörde sei weiterhin der Auffassung, dass es viele Ursachen für den Erfolg gebe, wie z.B. dass der Alkoholkonsum reduziert wurde. Dieser Ansicht sei auch der Gesundheitsbetrieb. Zudem werde im Gesundheitsbetrieb die gewonnene Sicherheit im Umgang mit Suchtkranken als Erfolg angesehen (I1, Z.283ff; I1, Z.292; I1, Z.300f; I2, Z.68ff; I2, Z.407ff; I2, Z.423f; I3, Z.201ff; I3, Z.255f; I3, Z.350ff).

„Aber wie man damit umgeht, wenn man das feststellt, denke ich, dass es da eine gewisse Sicherheit durch die Maßnahmen gibt inzwischen“ (I3, Z.350f).

Die Verwaltung erkenne die ausgebuchten Suchtvorträge und den Besucherandrang beim Suchtstand während des Gesundheitstages als großen Erfolg an. Auch für die Qualität der Vorträge spreche ein Erfolg, da man die Inhalte

an die Familie oder an den Freundeskreis weiter gebe. Weiterhin würden die Mitarbeiter der Verwaltung wissen, an wen sie sich bei Fragen wenden könnten und sie würden auch ihren Konsum kritischer hinterfragen (I1, Z.275ff; I1, Z.280ff; I1, Z.287ff; I1, Z.295ff; I1, Z.301ff).

„Also ich finde es schon einen Erfolg, wenn man Vorträge anbietet und wenn diese Vorträge dann ausgebucht sind. Oder wenn wir solche Stände haben, wie der jetzt mir der Diakonie und der Rauschbrille, dass das die meistbesuchten Stände während des Gesundheitstages sind“ (I1, Z.275ff).

Die Verwaltung und der Gesundheitsbetrieb seien durch die Erfolgserlebnisse auch zufrieden mit ihren Angeboten (I1, Z.235; I3, Z.356).

„Ja ich bin zufrieden, ich wüsste jetzt aber nicht, was man noch anbieten könnte“ (I1, Z.235).

„Ja ich bin zufrieden“ (I3, Z.356).

Die Verwaltung gehe davon aus, dass es genügend Angebote für alle gebe. Die Behörde sei lediglich unzufrieden mit den Krankenkassenleistungen für Beamte, weil diese nicht für die Kosten aufkommen würden (I1, Z.239ff; I2, Z.320ff).

Der Gesundheitsbetrieb bekundet seine Zufriedenheit damit, dass er mehr Leistungen erbringen könne als andere Betriebe, da hier Ärzte gleich vor Ort seien. Zudem wird Zufriedenheit geäußert, weil man die ganzen administrativen Prozesse, die mit dem Umgang von Suchtkranken zusammenhängen, verbessere (I3, Z.357ff; I3, Z.362ff).

Es gibt auch einige Wünsche seitens der Betriebe für die Zukunft.

In der Verwaltung wünsche man sich mehr Informationen, wenn es zu einem Suchtfall kommen sollte. In der Behörde sei der Wunsch zu einem bewussteren Suchtmittelumgang vorhanden. Zum Thema Aufklärung möchte der Gesundheitsbetrieb in Zukunft Verbesserungen vornehmen (I1, Z.236ff; I2, Z.428ff; I3, Z.367ff).

„Was könnte man sich wünschen? Unabhängig von den betrieblichen Konsequenzen, die ja eine Sache sind, oder die disziplinarischen Konsequenzen, dass die Leute sich noch mehr bewusst machen, was sie sich körperlich antun“ (I2, Z.428ff).

6. Diskussion

Das Ziel der Arbeit ist es herauszuarbeiten, wie verschiedene Branchen mit dem Thema Sucht und mit betrieblicher Suchtprävention umgehen. Es sollen Unterschiede aber auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt werden. Anhand Experteninterviews sollte sich herausstellen, wie die Betriebe mit Suchtkranken umgehen, was für Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention angeboten werden und ob es einen Erfolg durch diese Maßnahmen gibt.

Die Ergebnisse zeigen, dass in der Verwaltung und in der Behörde scheinbar kaum Suchterkrankungen vorkommen. Stoffgebundene Suchterkrankungen werden durch den Gesellschaftswandel immer seltener. Die Verwaltung korrigiert später die Aussage, da man vielleicht davon ausgehen könne, dass es Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit gebe, dies aber nicht bemerkt werde. Im weiteren Gespräch kommen beide Betriebe auf das Thema Rauchen. Was interessant dabei ist, dass das Rauchen bei keinem der Betriebe, auch nicht im Gesundheitsbetrieb als Sucht definiert wird. Der Gesundheitsbetrieb sieht die Situation bezüglich des Vorkommens einer Suchtkrankheit jedoch anders. Es wird definitiv davon ausgegangen, dass in jedem Bereich des Betriebes Suchtkranke vorkommen können, da die Interviewpartnerin angegeben hat, dass auf Grund der Größe die ganze Gesellschaft vertreten sei. Wobei im Verwaltungsbereich der Schwerpunkt beim Thema Alkohol lege und im medizinischen Sektor bei Medikamenten. Die drei Betriebe sind alle gleichermaßen der Meinung, dass stoffungebundene Süchte vorkommen würden. Eine stoffungebundene Sucht zu erkennen ist sehr schwer. Die Erkennung einer solchen Sucht stellt für alle Betriebe ein Problem dar, da man hierfür eine sehr gute Wahrnehmungsgabe besitzen muss. Gegen eine stoffungebundene Sucht sind Betriebe machtlos, da sich diese häufig „nur“ in der Freizeit äußern, z.B. die Sport- oder Kaufsucht. Das Thema Sucht spielt trotzdem eine wichtige Rolle, auch wenn es scheinbar kaum vorkommt. Das zeigt sich bei allen Betrieben im späteren Gesprächsverlauf daran, dass Maßnahmen eingeführt wurden, um die Mitarbeiter vor einer Sucht zu schützen, und dass diese auch sensibilisiert sind. Das Thema wird von den Mitarbeitern aller Betriebe als wichtig empfunden, was durch das Interesse sowie an der Teilnahme der Maßnahmen deutlich wird. Das nahezu größte Interesse zeigt sich in der Verwaltung. Vom Auszubildenden bis zur Führungskraft sind alle

Mitarbeiter stark am Thema interessiert, dass sie sogar mit den Familien und Freunden darüber sprechen. Bei der Behörde liegt das Interesse hauptsächlich im Personalbereich. Das kann daran liegen, dass dort der meiste persönliche Kontakt mit allen Arbeitnehmern besteht. Beim Gesundheitsbetrieb zeigt sich das Interesse daran, dass die Mitarbeiter durchaus zum Betriebsarzt gehen, um sich Informationen zu beschaffen. Die Informationen werden aber lieber über den Arzt gesammelt als über die spezielle Arbeitsgruppe des Personalrates. Das kann deshalb der Fall sein, dass dem Arzt mehr Kompetenzen zugesprochen werden.

Wenn auffällt, dass ein Mitarbeiter suchtkrank ist, würde keiner der Betriebe dem Betroffenen sofort kündigen. Das der Erhalt der Arbeitskraft für alle Betriebe wichtig ist, wird dadurch deutlich, dass zuerst versucht wird, Alternativen zu finden, um den Mitarbeitern zu helfen.

Beim Umgang mit Suchtkranken gehen die Verwaltung und die Behörde sehr fürsorglich um. Das könnte an der Größe der Betriebe liegen, da alles viel familiärer als bei dem großen Gesundheitsbetrieb ist. Man geht trotzdem einheitlich davon aus, dass nach einer gewissen Zeit des Verständnisses der Sucht, die Stimmung kippen könne. Alle drei Betriebe könnten sich in unterschiedlicher Weise einen negativen Umgang und dadurch eine Ausgrenzung der suchtkranken Person vorstellen.

Um Folgen für den Betrieb und für die Beschäftigten zu vermeiden sowie einer Suchtkrankheit vorzubeugen, haben alle Betriebe in ähnlicher Weise Maßnahmen zum Umgang mit Suchtkranken und zur Suchtprävention umgesetzt. Alle Betriebe verfügen über einen Stufenplan, der vorgibt, wie man mit Suchtkranken vorgehen soll. Wenn ein Mitarbeiter nach einem Aufenthalt z.B. in einer Entzugsklinik zurück zur Arbeit kommen möchte, gehen die Verwaltung und der Gesundheitsbetrieb so mit dem Mitarbeiter um, wie mit jedem anderen, der nach einer langen Krankheit zurückkommt. Die Behörde geht mit den Zurückkehrenden strenger um. Es werden Vereinbarungen getroffen, die kontrolliert werden. Das kann daran liegen, dass neben den allgemeinen Gesetzen hier auch das Beamten-gesetz mit seinen besonderen Voraussetzungen gilt. Zu den Maßnahmen der Suchtprävention gehören bei allen Betrieben Vorträge, Seminare o.ä. dazu. Diese werden bei allen teilweise durch externe Partner oder durch interne fachlich kompetente Mitarbeiter gestaltet. Dass die Verwaltung sehr viel Wert, vor allem auf die Sensibilisierung der Mitarbeiter legt, zeigt sich daran, dass vom Auszubildenden bis hin zur Führungskraft alle an Maßnahmen teilnehmen müssen. Für die Mitarbeiter, die

weniger mit dem Thema Sucht zu tun haben, sind trotzdem jedes Jahr Vorträge vorgesehen. Man geht wahrscheinlich davon aus, dass diese alle ihre Weiterbildungen in ihrer Ausbildungszeit erhalten haben. In der Behörde und dem Gesundheitsbetrieb gibt es hauptsächlich für Führungskräfte Fortbildungen oder Seminare. Dass die verpflichtenden Maßnahmen im Gesundheitsbetrieb auf die Führungskräfte beschränkt sind, liegt höchstwahrscheinlich an der Größe, da es für so viele Mitarbeiter schwer und vor allem teuer ist, Schulungen zu organisieren. Um zu erfahren, ob sich die Mitarbeiter in der Behörde und dem Gesundheitsbetrieb mehr verpflichtende Maßnahmen wünschen, müsste anhand einer qualitativen Befragung herausgefunden werden, um dann abzuleiten, was laut den Mitarbeitern fehle.

Was von den Mitarbeitern auf jeden Fall als sehr positiv gewertet wird, ist ein Suchtbeauftragter. Das zeigt sich in den Interviews mit der Verwaltung und der Behörde. Beide betonen, dass das Vertrauen sowie die Akzeptanz in den Suchtbeauftragten bei den Mitarbeitern sehr groß sind und dort gerne um Rat gebeten wird. Der Suchtbeauftragte ist eine fachkundige Person und steht mit den Mitarbeitern in einem persönlichen Verhältnis, was als sehr positiv angesehen wird. Er weiß deshalb, welche Maßnahmen für das Personal wichtig sind und wie man Informationen am besten vermittelt. Im Gesundheitsbetrieb gibt es keinen Suchtbeauftragten, sondern eine eingerichtete Arbeitsgruppe. Die Arbeitsgruppe wird von den Mitarbeitern eher selten aufgesucht. Diese bevorzugen den Besuch bei einem Betriebsarzt. Das kann daran liegen, dass die Arbeitsgruppe vom Personalrat gestellt wird und so direkten Bezug zur Führungsebene hat. Ein Suchtbeauftragter ist daher wahrscheinlich besser als Vertrauensperson geeignet, da er eine separate Funktion im Betrieb darstellt.

Auf die Frage, ob es Wünsche bezüglich den suchtpreventiven Maßnahmen seitens der Betriebe für die Zukunft gibt und dabei keine großen Veränderungswünsche genannt wurden, kann man davon ausgehen, dass alle Betriebe ihr bestmögliches unternehmen, um Suchtprävention erfolgreich umzusetzen.

Festzustellen bei dieser Studie war, dass es keine expliziten Unterschiede der Branchen zum Umgang mit dem Thema Sucht und suchtpreventiven Maßnahmen gibt. Auch nicht, wenn die Größe sowie die Alters- und Geschlechterunterteilung der unterschiedlichen Branchen betrachtet werden. In allen Betrieben spielt das

Thema Sucht an sich eine wichtige Rolle. Zwar kommt eine Suchterkrankung scheinbar häufiger im Gesundheitsbetrieb vor als in der Verwaltung oder der Behörde, was aber nicht bedeutet, dass es dort keine Suchterkrankungen gibt. Man kann spekulieren, dass es in der Verwaltung und in der Behörde weniger Suchtkranke aufgrund der besseren Maßnahmen zur Suchtprävention gibt. Doch da sich herausgestellt hat, dass ähnliche Maßnahmen in allen Betrieben getroffen werden, scheint es nicht an den Maßnahmen zu liegen. Der Grund, weshalb es mehr Suchtkranke im Gesundheitsbetrieb gibt, könnte an der Größe des Betriebes liegen. Denn wie die Interviewpartnerin erwähnte, sei dort die ganze Gesellschaft vertreten und somit das Vorkommen einer Suchtkrankheit wahrscheinlicher als in kleineren Betrieben.

Einen handlungsfähigen Punkt kann man dahin sehen, dass der Gesundheitsbetrieb keinen Suchtbeauftragten zur Unterstützung hat. Bei den anderen beiden Interviews wurde sehr deutlich, dass dem Suchtbeauftragten viel Kompetenz und vor allem Vertrauen seitens der Mitarbeiter zugesprochen wird. Er könnte im Gesundheitsbetrieb als zusätzliche Funktion eingearbeitet werden, alleine schon deshalb, damit er alles rund um suchtpreventive Maßnahmen organisieren kann. Der Suchtbeauftragte ist in Hinsicht der Verwaltung und der Behörde sehr qualifiziert und weiß, was für die Mitarbeiter wichtig ist. Ein weiterer handlungsfähiger Punkt ist, dass die Behörde und der Gesundheitsbetrieb mehr Angebote für Nicht-Führungskräfte anbieten könnten. Alle Arbeitnehmer sollten an verpflichtenden Schulungen teilnehmen, um zu erlernen, wie Suchtkranke zu erkennen sind oder wie man mit einem Suchtkranken umgeht. So würden die Last und die Verantwortung nicht nur auf den Führungskräften liegen.

Abschließend ist zu sagen, dass wenn genauere Unterschiede der Branchen aufgezeigt werden sollen, eine größere und flächendeckendere Forschung notwendig wäre. Da es in Dresden sehr schwer war, Partner zu finden, dürfte man die Forschung nicht örtlich eingrenzen. Man könnte mehrere identische Branchen aus unterschiedlichen Regionen interviewen, um vielleicht festzustellen, dass innerhalb der Branchen auch anders umgegangen wird oder andere Maßnahmen umgesetzt werden. Diese Forschung zeigt nur einen kleinen Ausschnitt, wie Betriebe mit dem Thema Sucht und betrieblicher Suchtprävention umgehen.

7. Fazit

Betriebliche Suchtprävention ist ein wichtiges Mittel, um Suchtkrankheiten im Betrieb vorzubeugen. Auch wenn es selten vorkommt, dass jemand suchtkrank ist, zeigt der jährlich erscheinende Jahresbericht der Dresdner SBB eindeutig, dass es einige solcher Fälle gibt. Ungefähr die Hälfte der dort Behandelten geht einer sozialversicherungspflichtigen Arbeit nach. Die Mehrheit der dort behandelten Personen ist Alkoholabhängig. Was jedoch erschreckend ist, dass immer mehr Menschen in Dresden Probleme mit illegalen Drogen, vor allem mit Crystal Meth, haben. Wenn man davon ausgeht, dass fünf Prozent der Arbeitnehmer alkoholkrank sind, dann sind die Behandelten nur ein Bruchteil derjenigen, die wirklich Probleme mit einer Suchtkrankheit haben. Die meisten Suchtkranken in einem Betrieb bleiben unentdeckt, denn „[d]ie Schwester der Sucht ist die Lüge“ (I2, Z.363f). Es ist deshalb wichtig, im Voraus Maßnahmen im Betrieb zu integrieren, die einer Suchtkrankheit vorbeugen können. Die Maßnahmen dienen dazu, dass Personen- bzw. Sachschäden durch Suchtkranke vermieden werden können.

Auch wenn viele KKB der Meinung sind, dass Suchtprävention zu teuer sei, würden sich die Maßnahmen spätestens dann auszahlen, wenn jemand im Betrieb suchtkrank ist. Die Maßnahmen helfen nicht nur einer Suchtkrankheit vorzubeugen und Schäden zu vermeiden, sondern auch den Mitarbeitern eine Sicherheit im Umgang mit einer suchtkranken Person zu vermitteln. Es ist auch wichtig, dass die Mitarbeiter einen vertrauensvollen Ansprechpartner haben, z.B. wenn sie Unterstützung zur Rauchentwöhnung oder anderweitige Hilfe wegen Suchtproblemen benötigen. Hier ist ein Suchtbeauftragter ein toller Ansprechpartner, dem die Mitarbeiter großes Vertrauen schenken, was in den Interviews mit der Verwaltung und der Behörde deutlich gemacht wurde. Nicht nur als Ansprechpartner, sondern auch als Organisator von suchtpreventiven Maßnahmen kann er den Betrieb unterstützen. Er weiß besser als externe Dienstleister, was die Bedürfnisse der Mitarbeiter sind und kann somit gezielt suchtpreventive Maßnahmen einführen und gegebenenfalls auf neue Vorkommnisse anpassen.

Um auch andere Betriebe davon zu überzeugen, dass Suchtprävention wichtig ist, scheint der Ansatz der Suchtbeauftragten der Stadt Dresden, einen Arbeitskreis Suchtprävention zu installieren, der richtige Anfang. Es können Betriebe

teilnehmen, die selbst schon Maßnahmen umsetzen aber auch solche, die Interesse am Thema haben. Die Betriebe, die bereits Suchtpräventionsmaßnahmen umsetzen, können zeigen, wo die Vorteile bei bestimmten Maßnahmen liegen und gegenseitige Erfahrungen austauschen. Wie sich in den Interviews herausgestellt hat, gehen die unterschiedlichen Branchen, die Verwaltung, die Behörde und der Gesundheitsbetrieb, ähnlich mit Suchtkranken um und haben gleichartige Suchtpräventionsmaßnahmen. Wichtige Maßnahmen sind Schulungen und Vorträge für die Führungskräfte und die Mitarbeiter, damit diese eine Suchtkrankheit erkennen können und auch wissen, wie man mit Suchtkranken umgeht. Aus diesen Maßnahmen könnten Betriebe ohne Suchtprävention, die sich am Arbeitskreis beteiligen, je nach Bedarf eigene Maßnahmen ableiten und Anregungen von anderen Arbeitskreismitgliedern erhalten. Betriebe die Suchtpräventionsmaßnahmen umsetzen, können sich darüber austauschen, ob es Verbesserungen durch die Einführung gegeben hat, welche Suchtkrankheit schon vorgekommen ist und wie man im Falle des Vorkommens damit umgeht. Denn wie die Behörde im Interview äußerte: Es könne in jedem Betrieb jede Sucht vorkommen (I2, Z.74). Eine Suchtgefährdung in der Dresdner Arbeitswelt kann deshalb nicht ausgeschlossen werden.

Die befragten Betriebe gaben außerdem Erfolgserlebnisse durch Suchtpräventionsmaßnahmen an, wie z.B. das wahrscheinliche Verhindern von Suchtkranken oder das große Interesse am Thema Sucht der Mitarbeiter. Die Erfolgserlebnisse sollten in dem Arbeitskreis erläutert werden und andere Betriebe dazu ermuntern, selbst betriebliche Suchtprävention einzuführen.

Um die Betriebe mehr zu unterstützen, dass sie Maßnahmen umsetzen, müsste die Regierung noch weiter eingreifen. Zwar sieht das Präventionsgesetz, welches durch die Regierung 2015 verabschiedet wurde vor, dass pro Versicherten jährlich zwei Euro in Gesundheitsförderung fließen, jedoch bedeutet das nicht unbedingt, dass dies für betriebliche Suchtprävention verwendet wird. So könnten z.B. Gesetze erlassen werden, die sich speziell auf betriebliche Suchtprävention beziehen und Betriebe verpflichten, am Anfang erst einzelne Maßnahmen einzuführen, um mit der Zeit die Maßnahmen weiter auszudehnen.

Die interviewten Betriebe gehen als großes Beispiel für andere voraus, denn betriebliche Suchtprävention sorgt dafür, dass die Mitarbeiter langfristig gesund bleiben und keine weiteren nachteiligen Konsequenzen auf den Betrieb zukommen.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostische Kriterien DSM-5®* (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitsschutzgesetz. *Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit*. 31. August 2015
- Atteslander, P. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). *ESV basics*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- BARMER GEK. *Weil es dem Unternehmen gut tut, wenn es den Mitarbeitern gut geht: Angebote für Arbeitgeber zum betrieblichen Gesundheitsmanagement*.
- Bartsch, G. (2016). *Jahrbuch Sucht 2016*. Berlin/ Hamm. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Beise, U., Heimes, S. & Schwarz, W. (2009). *Gesundheits- und Krankheitslehre: Das Lehrbuch für die Pflegeausbildung* (2. Auflage). s.l.: Springer-Verlag.
- Bell, A. (2015). *Philosophie der Sucht: Medizinethische Leitlinien für den Umgang mit Abhängigkeitskranken*. Wiesbaden: Springer VS.
- Berking, M. & Rief, W. (Eds.). (2012). *Springer-Lehrbuch: Vol. 5024. Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor: Band II: Therapieverfahren Lesen, Hören, Lernen im Web*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- BKK Dachverband. *Durchschnittliche Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen je Versicherten in Deutschland im Zeitraum von 1976 bis 2014 (AU-Tage je Pflichtmitglied)*. Online Ressource:
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/251313/umfrage/durchschnittliche-anzahl-von-arbeitsunfaehigkeitstagen-je-versicherten/> (letzter Zugriff: 04.08.2016).
- Bortz, J. & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler: Mit 87 Tabellen* (4., überarb. Auflage). *Springer-Lehrbuch : Bachelor, Master*. Heidelberg: Springer.
- Bundesagentur für Arbeit. (2015). *Regionalreport über Beschäftigte - Kreise und kreisfreie Städte, Regionen der Agenturen für Arbeit - Dezember 2015 - Dresden*. Online Ressource:
https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31966/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Suchergebnis_Form.html?view=processForm&resourceId=210358&input_=&pageLocale=de&topicId=746728®ion=Dresden+&year_month=201512&year_month.GROUP=1&search=Suchen (letzter Zugriff: 09.09.2016).

Bundesdatenschutzgesetz. Bundestag 20. Dezember 1990.

Bundesministerium für Gesundheit. (2016a). *Prävention des Suchtmittelkonsums*. Online Ressource: www.bmg.bund.de/ministerium/ressortforschung/krankheitsvermeidung-und-bekaempfung/drogen-und-sucht/praevention-des-suchtmittelkonsums.html (letzter Zugriff: 04.07.2016).

Bundesministerium für Gesundheit. (2016b). *Prev@WORK: Projektnehmer: Fachstelle für Suchtprävention Berlin/ pad e.V.* Online Ressource: www.bmg.bund.de/ministerium/ressortforschung/krankheitsvermeidung-und-bekaempfung/drogen-und-sucht/praevention-des-suchtmittelkonsums/prevwork.html (letzter Zugriff: 08.08.2016).

Bundessozialgericht. (18. Juni 1968). *Streit zwischen Krankenkasse und Sozialhilfeträger über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung; Alkoholsucht als krankenhauspflegebedürftige Krankheit*, No. 3 RK 63/66, BSGE 28, 114 - 117; MDR 1968, 957-958 (Volltext mit amtl. LS).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Angehörige und Co-Abhängigkeit: Was können Angehörige bei Alkoholabhängigkeit tun?* Online Ressource: www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/angehoerige-und-co-abhaengigkeit/ (letzter Zugriff: 20.07.2016).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015). *Drogenabhängigkeit* (3. Auflage). *Suchtmedizinische Reihe: Vol. 4*. Hamm: DHS.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. a). *EWA – European Workplace and Alcohol: Nationale Partnerarbeit - Ergebnisse Deutschland*.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. b). *Suchtstoffe und Suchtverhalten*. Online Ressource: www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten.html (letzter Zugriff: 21.07.2016).

DIMDI. (2015). *ICD-10-GM Version 2016: Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*. Online Ressource: www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/ (letzter Zugriff: 22.06.2016).

DIN SPEC 91020.

Esslinger, A. S., Emmert, M. & Schöffski, O. (Eds.). (2010). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg*. Wiesbaden: Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2011). *European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals. EMCDDA manuals: Vol. 7*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Ferse, K., Maatz, A., Weiße, L. & Porta, J. (2016). *Suchtbericht: Juni 2016*. Dresden.

Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (Originalausgabe, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage, 5. Auflage). *Rororo Rowohlt's Enzyklopädie: Vol. 55694*. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Franzkowiak, P. (2008). *Prävention im Gesundheitswesen: Systematik, Ziele, Handlungsfelder und die Position der Sozialen Arbeit*. In Hensen, G. & Hensen, P. (Eds.), *Gesundheit und Gesellschaft. Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit* (S. 195–219). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.

Freigang-Bauer, I., Gröben, F. & Gusia, G. (2013). *Expertise „Betriebliche Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen“*.

Freigang-Bauer, I. & Gusia, G. (2013). Betriebliche Suchtprävention in Klein- und Kleinstbetrieben. *Zeitschrift für medizinische Prävention*. (48), (S. 577–580).

Fuchs, R., Rainer, L., Rummel, M. & Schönherr, U. (1998). *Betriebliche Suchtprävention: Ein Arbeitsfeld in der Diskussion*. In Fuchs, R., Rainer, L. & Rummel, M. (Eds.), *Schriftenreihe Organisation und Medizin. Betriebliche Suchtprävention* (S. 13–29). Göttingen: Verl. für Angewandte Psychologie.

Fuß, S. & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung*. Opladen, Stuttgart: Budrich; UTB.

Gross, W. (2016). *Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten*. Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg.

Gusia, G. & Freigang-Bauer, I. (2013). *Betriebsgeheimnis Sucht Warum Wegschauen kostet: Faktenblätter: Gesundheit im Betrieb – 1/2013*. RKW Kompetenzzentrum

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Lehrbuch*. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften

IKK classic. *Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) - eine Investition in die Zukunft: Gesunde Mitarbeiter sind unabdingbar für den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens*. Online Ressource: www.ikk-classic.de/oc/de/firmenkunden/gesund-im-betrieb/betriebliches-gesundheitsmanagement/ (letzter Zugriff: 23.07.2016).

Jakob-Pannier, A. (2016). *Sucht am Arbeitsplatz*. Online Ressource: www.barmer-gek.de/gesundheitspraevention/suchtpraevention/sucht-am-arbeitsplatz/sucht-am-arbeitsplatz-3752 (letzter Zugriff: 19.08.2016).

Kaminski, M. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis: Ein Leitfaden zur systematischen Umsetzung der DIN SPEC 91020*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Kirchlicher Dienst in der Arbeitswelt NE & Innungskrankenkasse Schleswig-Holstein. *Projekt: Alkohol im Handwerk: Kooperationsprojekt zwischen Kirchlichem Dienst in der Arbeitswelt der Nordelbischen Ev.-Luth. Kirche, Arbeitsbereich Handwerk und IKK Schleswig-Holstein*.

Kluge, S. & Kelle, U. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Qualitative Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Koeppe, A. (2010). *Alkohol am Arbeitsplatz Eine Praxishilfe für Führungskräfte*.

Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2., durchgesehene Auflage). *Grundlagentexte Methoden*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Lamnek, S. & Krell, C. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5., überarb. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.

Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). Online Ressource: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/1089/2384 (letzter Zugriff: 22.08.2016).

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Auflage). *Beltz Studium*. Weinheim, Basel: Beltz.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und überarb. Auflage). *Studium Paedagogik*. Weinheim: Beltz.

Meuser, M. & Nagel, U. (2009). *Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion*. In Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Eds.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3. Auflage, S. 35–60). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Mey, G. & Mruck, K. (2010). *Interviews*. In Mey, G. & Mruck, K. (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 423–435). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.

Petry, J. (2013). *Pathologisches Glücksspielen* (1. Auflage). *Suchtmedizinische Reihe: Band 6*. Hamm: DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

Pfadenhauer, M. (2009). *Auf gleicher Augenhöhe: Das Experteninterview - ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte*. In Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Eds.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3. Auflage, S. 99–116). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Präventionsgesetz. *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention*, Deutscher Bundestag 18. Wahlperiode 11. März 2015.

Rainer, L. (2004). *Betriebliche Suchtprävention - Standards und Innovationsbedarf*. In *Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.: Vol. 27. Sucht macht krank; von der Akutmedizin zum Disease-Management* (S. 213–220). Geesthacht: Neuland.

Schempp, N. (2015). *Tabellenband zum Präventionsbericht 2015: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung*. Berichtsjahr 2014.

Schempp, N., Strippel, H. & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2015). *Präventionsbericht 2015: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung*. Berichtsjahr 2014.

Sievert, H. (2009). Alkohol am Arbeitsplatz. *BankInformation*. (03), (S. 63–67).

StatEval GmbH. (2012). *Evaluation des Projektes Prev@WORK: Abschlussbericht im April 2012*.

Statista - Das Statistik-Portal a). *Anzahl der Betriebe in Deutschland nach Größenklassen in den Jahren von 2009 bis 2014*. Online Ressource: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/157401/umfrage/unternehmen-nach-groessenklasse-im-jahr-2009/> (letzter Zugriff: 04.08.2016).

Statista - Das Statistik-Portal b). *Arbeitnehmerumfrage: Welche drei Maßnahmen im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind für Sie am wichtigsten?* Online Ressource: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/275019/umfrage/wichtige-massnahmen-im-betrieblichen-gesundheitsmanagement/> (letzter Zugriff: 04.08.2016).

Statista - Das Statistik-Portal c). *Arbeitnehmerumfrage: Wie sinnvoll finden Sie folgende Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements?* Online Ressource:

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/275018/umfrage/bewertung-einzelner-massnahmen-des-betrieblichen-gesundheitsmanagements/> (letzter Zugriff: 04.08.2016).

Statista - Das Statistik-Portal d). *Fakten zum Thema: Durchschnittseinkommen.*

Online Ressource: <http://de.statista.com/themen/293/durchschnittseinkommen/> (letzter Zugriff: 22.07.2016).

Statista - Das Statistik-Portal e). *Falldauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen in Deutschland nach Diagnosegruppen und Geschlecht im Jahr 2014 (AU-Tage je Fall).* Online Ressource:

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/251326/umfrage/au-falldauer-aufgrund-psychischer-stoerungen-nach-diagnosegruppen-und-geschlecht/> (letzter Zugriff: 04.08.2016).

Stierle, J. & Vera, A. (2014). *Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement: Unternehmenserfolg durch Gesundheits- und Leistungscontrolling* (1. Auflage): Schäffer-Poeschel Verlag.

Täschner, K.-L. (1997). *Harte Drogen - weiche Drogen?: Informationen und Rat für Eltern, Freunde, Lehrer und Betroffene; Sucht erkennen und behandeln; Drogenfreigabe: ja oder nein?* (2. Auflage). Stuttgart: TRIAS.

Ternès, A. (2016). *Sensibilisierung, Akzeptanz und Motivation für Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement.* In Ghadiri, A., Ternès, A. & Peters, T. (Eds.), *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Ansätze aus Forschung und Praxis* (S. 3–15). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Weinreich, I. & Weigl, C. (2011). *Unternehmensratgeber betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen - Methoden - personelle Kompetenzen.* s.l.: Erich Schmidt Verlag.

Wienemann, E. (1998). *Entwicklung des Arbeitsfeldes betriebliche Suchtprävention und Bedingungen seiner Professionalisierung: USA und Bundesrepublik Deutschland.* Dissertation. Hannover.

Wienemann, E. (2010). *Einführung in das Thema betriebliche Suchtprävention: Vom betrieblichen Hilfeprogramm zum Suchtpräventionsprogramm,* Hannover. Online Ressource: www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Wienemann_Uni_hannover.pdf (letzter Zugriff: 25.07.2016).

Wienemann, E. & Schumann, G. (2011). *Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): Ein Leitfaden für die Praxis.*

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich diese Arbeit zu dem Thema „Suchtgefährdung in der Dresdner Arbeitswelt – Branchenspezifische Unterschiede im Umgang mit dem Thema Sucht und Suchtprävention“ selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Versicherung rechtliche Folgen haben wird.

Ort, Abgabedatum

Unterschrift (Vor- und Zuname)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei alldenjenigen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Bachelorarbeit motiviert und unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Yve Stöbel-Richter, die meine Bachelorarbeit betreut und begutachtet hat. Außerdem bedanke ich mich herzlich für die stetige Unterstützung zur Beantwortung meiner Fragen und die konstruktive Kritik.

Des Weiteren danke ich Zonja-Stefania Szymanowski, die sich dazu bereit erklärt hat, meine zweite Gutachterin zu sein.

Weiterhin möchte ich Dr. Kristin Ferse und Anja Maatz danken, für ihre große Unterstützung ein spannendes Thema für diese Arbeit zu finden und für die Bereitstellung der Kontaktdaten der Interviewpartner. Ohne diese Kontaktdaten wäre es nicht so leicht gewesen, schnell interessante Partner zu finden.

Außerdem möchte ich mich bei meinen Interviewpartnern, der Verwaltung, der Behörde und dem Gesundheitsbetrieb bedanken, die mir ihre Zeit zur Verfügung gestellt und meine Fragen ausgiebig beantwortet haben. Ohne die Interviewpartner wäre es nicht möglich gewesen, diese Arbeit zu erstellen.

Zum Schluss gilt mein großer Dank meiner Familie, ohne die dieses Studium nicht möglich gewesen wäre und die immer ein offenes Ohr bei Problemen für mich hatte. Mein Dank gilt vor allem auch meiner Schwester, meinem Freund und meinen Freundinnen, die mir mit Rat und Tat immer zur Seite gestanden sind.

.

Anhang 1: Informationsschreiben



Hochschule
Zittau/Görlitz
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Suchtgefährdung in der Dresdner Arbeitswelt – Branchenspezifische Unterschiede im Umgang mit dem Thema Sucht und Suchtprävention

Sehr geehrte/r Frau/Herr,

auf Nachfrage bei der Suchtbeauftragten, Frau Dr. Ferse, wurde mir mitgeteilt, dass Sie in Ihrem Betrieb betriebliche Suchtprävention eingeführt haben.

Ich studiere im sechsten Semester Management im Gesundheitswesen an der Hochschule Görlitz. Zurzeit verfasse ich meine Bachelorarbeit zu dem Thema „*Suchtgefährdung in der Dresdner Arbeitswelt - Branchenspezifische Unterschiede im Umgang mit dem Thema Sucht und Suchtprävention*“ in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Dresden/Fachbereich Sucht und unter der Betreuung von Frau Professor Stöbel-Richter.

Da das Thema Sucht in diversen Betrieben auch ökonomische Folgen und eine Gefährdung für Mitarbeiter/innen mit sich bringen kann, möchte ich im Rahmen meiner Bachelorarbeit das Thema betriebliche Suchtprävention in unterschiedlichen Branchen näher analysieren.

Für die Analyse des Themas möchte ich Interviews führen. Unter anderem bin ich daran interessiert, mit welchen Maßnahmen betriebliche Suchtprävention bei Ihnen umgesetzt wird. Weiterhin interessiert mich, wie Sie mit einer suchtkranken Person in Ihrem Betrieb umgehen würden.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig und wird anonym ausgewertet. Zur erleichterten Auswertung wird das Interview aufgezeichnet. Die Aufnahme wird nicht weitergereicht und nach der Auswertung gelöscht. Die anonymisierten Ergebnisse enthalten keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mir bis spätestens 16.08.2016 per E-Mail mitteilen, ob Sie an der Teilnahme des Interviews interessiert sind. Ich werde mich mit Ihnen dann schnellstmöglich wegen einer Terminvereinbarung in Verbindung setzen.

Bei weiteren Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung:

E-Mail: juliaporta@xxx

Telefon: 0176xxx

Im Voraus vielen Dank für Ihre Mithilfe

Mit freundlichen Grüßen

Julia Porta

Anhang 2: Einwilligungserklärung



Hochschule
Zittau/Görlitz
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Suchtgefährdung in der Dresdner Arbeitswelt – Branchenspezifische Unterschiede im Umgang mit dem Thema Sucht und Suchtprävention

Einwilligungserklärung

Das Vorgehen der Durchführung und die anschließende Auswertung des freiwilligen Interviews wurde mir mitgeteilt (Aufzeichnung des Interviews mit einem Tonband, Anonymisierung der Daten bei der Transkription, sofortiges Löschen der Aufzeichnung nach der Auswertung). Die Einwilligungserklärung wird lediglich dafür aufgehoben, um den Datenschutz nachzuweisen.

Mit Unterzeichnung dieser Erklärung bin ich damit einverstanden, dass Frau Julia Porta (geb. am 07.05.1993) das Interview aufzeichnen, anschließend transkribieren und die gewonnenen Daten für ihre Bachelorarbeit verwenden kann.

Ich erkläre mich bereit, das Interview zu geben.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 3: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

- Vielen Dank, dass Sie bereit sind, mit mir ein Interview zu führen, und dass Sie sich die Zeit dafür nehmen, meine Fragen zu beantworten.
- Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die branchenspezifischen Unterschiede in Dresden zu dem Thema Sucht und Suchtprävention zu erheben.
- Die Teilnahme ermöglicht die Situation zur betrieblichen Suchtprävention darzustellen und zu erläutern, wie mit dem Thema Sucht im Betrieb umgegangen wird.
- Die anonymisierten Ergebnisse lassen keinerlei Rückschlüsse auf die Person zu.
- Der Datenschutz wird gewährleistet.
- Zur Beantwortung der Fragen gibt es keine Antwortvorschriften, dies lässt eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Branchen besser darstellen.
- Zur Beantwortung gibt es keine falschen Antworten.
- Rückfragen und freies Erzählen sind erwünscht.
- Zur erleichterten Auswertung wird das Interview aufgezeichnet.
- Die Aufnahme wird nicht weitergereicht und nach der Auswertung gelöscht.

Allgemeiner Teil

Bevor wir mit den Fragen zum Thema Sucht und betriebliche Suchtprävention beginnen, würde ich Sie bitten, mir kurz Ihren Betrieb vorzustellen.

Mögliche Nachfragen:

- Wie viele Mitarbeiter gibt es?
- Wie sieht die Geschlechterverteilung aus?
- Wie ist die Altersstruktur?

Rolle des Themas Sucht

1. Sie sind an dem „Arbeitskreis Suchtprävention“ mit der Suchtbeauftragten interessiert. Mich würde deshalb zu Beginn interessieren, welche Rolle Sucht in Ihrem Betrieb spielt?

oder

Mich würde zu Beginn interessieren, welche Rolle Sucht in Ihrem Betrieb spielt, da Sie Maßnahmen zur betrieblichen Suchtprävention eingeführt haben?

Mögliche Nachfragen:

- Gab es bereits Suchterkrankungen im Betrieb?
- Was ist genau passiert?
- Wenn ja, welche Sucht, welche Art von Vorfällen/ Beeinträchtigungen usw.
- Gibt es Ihrer Meinung nach eine für Ihre Branche typische Suchterkrankung?

Folgen für den Betrieb aufgrund einer suchtkranken Person

2. Angenommen, Sie würden bei einem Ihrer Kollegen/innen die Vermutung haben, dass er/sie suchtkrank ist, wie würden Sie handeln?

Mögliche Nachfragen:

- betriebliches Wiedereingliederungsmanagement
- Auflagen
- Stufenplan
- Kündigung
- Betriebsarzt kontaktieren/ um Hilfe bitten
- Gespräche mit Betroffenen

3. Was denken Sie, welche Folgen durch eine suchtkranke Person für den Betrieb entstehen würden?

Mögliche Nachfragen:

- Unfälle
- ökonomische Folgen

- Maschinenschäden
 - Co-Abhängigkeit
 - höherer Arbeitsaufwand
 - Qualitätsverlust
 - Arbeitsausfall
 - Auswirkungen auf das Team
 - Arbeitsmoral/ Arbeitsmotivation
-

Maßnahmen zur betrieblichen Suchtprävention

4. Erzählen Sie mir doch bitte, wann und warum Maßnahmen zur betrieblichen Suchtprävention eingeführt wurden?

Mögliche Nachfragen:

- Erhaltung der Mitarbeitergesundheit
- motivierte Mitarbeiter
- Betriebsklima
- Personen- und Sachschäden vermeiden
- Kosteneinsparung durch weniger Arbeitsunfähigkeit
- weitere Vorteile

5. Können Sie mir die Maßnahmen die in Ihrem Betrieb umgesetzt werden genauer beschreiben?

Mögliche Nachfragen:

- Schulungen/ Fortbildungen
- Maßnahmen im Berufsalltag
- Intervention bei Auffälligkeit
- Hilfsangebote
- Umsetzung durch Dienstleister
- Wer trägt die Verantwortung für die Maßnahmen?
- Sind die Mitarbeiter an den Maßnahmen interessiert?

Rahmenbedingungen der betrieblichen Suchtprävention

6. Mich würde jetzt noch interessieren, wie Ihre Rahmenbedingungen zu den Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention aussehen?

Mögliche Nachfragen:

- Dienstvereinbarung
- Verankerung im Leitbild
- Alkohol- und rauchfreie Zonen
- Informationsvermittlung
- Verpflichtung zur Fürsorge
- Einhaltung der Mitarbeiter/innen
- Steuerkreis

Erfolg durch Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention

7. Zum Abschluss würde ich noch gerne wissen, welchen Erfolg Sie durch die Einführung der Maßnahmen zur betrieblichen Suchtprävention bisher schon wahrgenommen haben?

Mögliche Nachfragen:

- motivierte Mitarbeiter
 - weniger Unfälle
 - seltener Suchtkranke
 - Sensibilität der Mitarbeiter
 - Verbesserungswünsche
-
- Gibt es noch etwas, was wir nicht besprochen haben oder was Sie abschließend noch erwähnen möchten?
 - Vielen Dank für Ihre Unterstützung und die Zeit, die Sie für das Interview aufgewendet haben

Anhang 4: Interviewprotokoll

Interviewprotokoll

Interview-Nr.:

Tonband-Nr.:

Datum:

Uhrzeit:

Dauer:

Branche:

Ort/ Räumlichkeit:

Weitere Informationen:

Gesprächsatmosphäre:

Motivation und Beteiligung:

Schwierigkeiten:

Besondere Eindrücke:

Besondere Vorkommnisse:

Weitere Anmerkungen:

Anhang 5: Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln nach Kuckartz

1. Die Transkription erfolgt wörtlich. Dialekte werden ins Hochdeutsche übersetzt.
2. Sprachglättung durch Annäherung an das Schriftdeutsche.
3. Längere Pausen werden mit „...“ gekennzeichnet.
4. Betonte Wörter werden **fett** geschrieben.
5. Lautäußerungen wie „mhm“, „aha“, usw. werden nicht verschriftlicht.
6. Äußerungen der Interviewerin werden mit „I“ gekennzeichnet, die der interviewten Person mit „Px“, x steht hierbei für die Nummer des Interviews.
7. Die Sprechbeiträge der Personen werden jeweils in einem eigenen Abschnitt verfasst.
8. Nonverbale Äußerungen, wie Lachen werden nicht notiert.
9. Wörter, die nicht verständlich sind, werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet.
10. Das Transkript wird so erstellt, dass kein Rückschluss auf die interviewte Person gezogen werden kann (Kuckartz, 2014, S. 136f).
11. Wörter, die einen Rückschluss auf die interviewte Person geben könnten, werden mit „xxx“ gekennzeichnet.

Anhang 6: Kodierleitfaden des Categoriesystems

K1 Rolle des Themas Sucht

K1.1. Vorkommen

Definition:

In dieser Kategorie wird das Vorkommen einer Suchtkrankheit in den Betrieben beschrieben. Es wird nicht nur auf die Suchtkrankheit eingegangen, welche tatsächlich schon in dem Betrieb vorkam, sondern auch auf diese, die man vermuten könnte, aber nicht bemerkt. In der Kategorie wird auch beschrieben, wie mit dem Thema umgegangen wird, um beim Vorkommen zu handeln und ob eine Sucht erkannt wird.

Ankerbeispiele:

„Also in Dresden ist mit keiner bekannt, weil ich auch erst seit 2013 hier bin. In der Zentrale ist mir einer bekannt, Alkohol“ (I1, Z.58f).

„[D]as Thema Sucht wird sehr ernst genommen. Nicht nur so, dass man sagen kann es ist da und wir haben damit nichts zu tun, wir nehmen es hier auf alle Fälle so ernst [...]“ (I2, Z.12ff).

„Man kann jetzt nicht genau sagen, dass es einzelne Bereiche gibt, die mehr oder weniger betroffen sind. Ich denke das sind auch unterschiedliche Süchte, über die man reden muss [...]“ (I3, Z.34ff).

Kodierregel:

Die Interviewausschnitte, in welchen die Interviewpartner erwähnen, ob es bereits Suchtkranke im Betrieb gab oder nicht, werden hier aufgeführt. Außerdem werden die Ausschnitte mit aufgefasst, in welchen es um die Relevanz des Themas geht. Der Umgang mit einer suchtkranken Person wird in der Kategorie „K2 Menschen mit einer Suchtkrankheit – Umgang mit Suchtkranken“ erläutert.

K1.2. Interesse am Thema Sucht

Definition:

In dieser Kategorie wird auf das Interesse der Mitarbeiter sowie der Führungskräfte eingegangen und wie die Motivation zum Thema Sucht aussieht. Außerdem werden Passagen aufgezeigt, welche darstellen, wie Führungskräfte mit dem Thema Sucht im Betrieb umgehen müssen, damit das Interesse bei allen Arbeitnehmern bestehen bleibt bzw. geweckt wird.

Ankerbeispiele:

„Also gerade wenn wir solche Themen anbieten, sowie Vorträge, ist das meistens eins der Meistbesuchten“ (I1, Z.229f).

„Ja, an solche Thematiken muss man sensibel dran gehen. [...] Also man muss durch die Hintertür kommen. So dieses Konfrontative oder Moralisierende bringt es nicht“ (I2, Z.303ff).

„Naja, motivierter jetzt nicht unbedingt, das wüsste ich jetzt nicht, dass diese Maßnahmen die allgemeine Motivation im Arbeitsalltag steigert. Ich denke es ist einfach für den Fall, dass so etwas vorkommt, dass man sich nicht vorwerfen kann, dass man da selber noch dazu beigetragen hat“ (I3, Z.211ff).

Kodierregel:

Alle Interviewausschnitte, in denen die Interviewpartner das Interesse der Mitarbeiter zum Thema Sucht bekunden, werden hier erfasst. Außerdem werden Passagen aufgezeigt, in welchen beschrieben wird, wie die Führungskräfte mit dem Thema Sucht umgehen müssen, damit das Interesse nicht verloren geht, die Motivation erhalten bleibt und die Arbeitnehmer sensibilisiert werden können.

K2 Menschen mit einer Suchtkrankheit

K2.1. Entwicklung und Gründe einer Suchtkrankheit

Definition:

In dieser Kategorie wird aufgezeigt, was die Interviewpartner als Gründe für eine Suchtkrankheit sehen, nicht nur im Hinblick auf die einzelne Person, sondern auch auf die Gesellschaft und wie die Sucht sich im Laufe der Zeit, vom eigenen Erkennen bis hin zur Einsicht einer Therapie, entwickeln kann.

Ankerbeispiele:

„Das kann sehr lange dauern. Derjenige muss dabei auch mitspielen. Bei der Sucht ist das eben ein Phänomen oder eigentlich ist es so, dass derjenige es erst mal selber feststellen muss. Entsprechend lange kann es dauern“ (I2, Z.127ff).

„Dort ist man relativ nah dran. Man hat normalerweise keinen freien Zugang, aber es gibt immer Mittel und Wege, wie man an Medikamente kommt, die dort dann in Frage kämen. Insofern ist die Hürde niedriger auf Station, vielleicht in eine Medikamentenabhängigkeit zu geraten“ (I3, Z.41ff).

Kodierregel:

Hier werden alle Interviewausschnitte kodiert, welche die Gründe für eine Suchtkrankheit aufzeigen. Außerdem werden Passagen beschrieben, bei denen die interviewten Personen z.T. aus deren Erfahrung heraus beschreiben, wie sich die Suchtkrankheit bei den Mitarbeitern entwickeln kann.

K2.2. Umgang mit Suchtkranken

Definition:

In dieser Kategorie wird dargelegt, wie der Betrieb und die Mitarbeiter mit einer suchtkranken Person umgehen, bzw. umgehen würden. Es wird auch gezeigt, was die Mitarbeiter über ihren suchtkranken Kollegen denken könnten.

Ankerbeispiele:

„Da wird schnell geredet. Wir reden hier wenn dann offenen darüber“ (I1, Z.170f).

„Wenn es wirklich so ist, dass man mit Null aus dem Test rausgeht. Wobei ich denke, dass diejenigen die zum Test gehen auch wirklich ein gutes Ergebnis haben, damit sie nicht weiter verdächtigt werden“ (I3, Z.76ff).

Kodierregel:

Es werden alle Interviewausschnitte kodiert, in welchen die Partner erzählen, wie sie selbst oder Mitarbeiter mit einem suchtkranken Kollegen umgehen würden. Es werden auch Passagen kodiert, in denen deutlich hervorkommt, wie die Arbeitnehmer über den suchtkranken Mitarbeiter denken. Wie gehandelt wird, sobald sich eine Person auffällig verhält, wird in der Kategorie „K5 Vorgehen bei Suchtkranken – Stufenplan“ oder „K5 Vorgehen bei Suchtkranken – individuelle Vorgehen“ beschrieben.

K3 Folgen aufgrund eines Suchtkranken

K3.1. betriebliche Folgen

Definition:

In der Kategorie werden die unterschiedlichen Folgen, welche durch einen Suchtkranken für die einzelnen Betriebe entstehen können, beschrieben.

Ankerbeispiele:

„Dann ist es ja, wenn der Außendienst vor Ort ist, bei denen leidet auch das Prestige. Also diese Vorbildfunktion die wir haben, die leidet darunter“ (I1, Z.152ff).

„Also das wäre Störung des Betriebsablaufes“ (I2, Z.216).

„Also wirtschaftliche Schäden, das ist klar“ (I3, Z.162).

Kodierregel:

Alle Interviewausschnitte, in welchen die Interviewpartner erwähnen, was es für Folgen durch einen suchtkranken Mitarbeiter für den Betrieb geben könnte, werden hier beschrieben. Ebenso werden Passagen mit aufgenommen, in welchen es um den Arbeitsausfall durch eine suchtkranke Person geht. Die Folgen des dadurch entstehenden Mehraufwandes an Arbeit wird in der Kategorie „ K3 Folgen aufgrund eines Suchtkranken – Folgen für die Mitarbeiter“ kodiert.

K3.2. Folgen für die Mitarbeiter

Definition:

Die Kategorie umfasst alle Passagen, welche auf die Folgen und vor allem auf die Gefahren hinweisen, die für die Mitarbeiter durch eine suchtkranke Person im Betrieb entstehen können.

Ankerbeispiele:

„Das wirkt sich definitiv negativ auf das Team aus“ (I1, Z.161).

„[I]ch hätte nächste Woche Spätschicht mit einem Kollegen, von dem ich weiß, dass er unzuverlässig ist, was eventuell auch auf Alkohol zurückzuführen ist, dann bin ich eventuell alleine in der Bereitschaft“ (I2, Z.213ff).

Kodierregel:

Es werden alle Interviewausschnitte kodiert, aus welchen hervorgeht, wie sich die Suchtkrankheit eines Mitarbeiters auf die Kollegen auswirkt. Folgen werden aufgeführt, welche eine Gefahr für die eigene Person darstellen oder sich negativ auf den Arbeitsalltag auswirken können, wie ein erhöhter Mehraufwand an Arbeit.

K4 Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention

K4.1. externe Maßnahmen

Definition:

Zu dieser Kategorie werden alle Aussagen gezählt, welche auf die Maßnahmen zur betrieblichen Suchtprävention durch externe Firmen, Krankenkassen, usw. durchgeführt werden. Die Angebote, die in der Kategorie gelistet werden, sind auch solche, die an Orten außerhalb der Firma von Externen durchgeführt werden.

Ankerbeispiele:

„Da hatte Frau Dr. Ferse irgendwie den Kontakt hergestellt. Dann waren von der Diakonie welche da, die zum Thema Crystal Meth was erzählt haben“ (I1, Z.51ff).

„So für alle anderen Führungskräfte, Personalräte, Personalstellen gibt es zentral angebotene Lehrgänge über die Unfallkasse des Bundes und Bahn die bieten z.B. generell Seminare zu Süchten und dem Umgang und psychische Belastung an. Dann gibt es für alle Behörden die (unv.), ganz gezielt mit externen Psychologen Schulungen anbietet, für die man sich dann anmelden kann. Dort wird dann auch wirklich erzählt, wie gehe ich mit Süchtigen um, und über sowas wird berichtet“ (I2, Z.290ff).

„Die Seminare für die Führungskräfte hat am Anfang die Drogenberatung der Stadt Dresden übernommen. Da gab es dann einen Wechsel und eine Konzentration auf andere Themen. Wir haben uns dann andere Partner gesucht. Aktuell sind wir dabei, mir einer Krankenkasse das Seminar wieder zu gestalten“ (I3, Z.240ff).

Kodierregel:

Die Passagen, welche Aussagen über externe Maßnahmen zur betrieblichen Suchtprävention aufzeigen werden hier kodiert. Es werden nicht nur Maßnahmen mit einbezogen, welche vor Ort in der eigenen Firma von Externen stattfinden, sondern auch solche, welche man außerhalb wahrnehmen kann. Ebenso werden Maßnahmen in dieser Kategorie kodiert, welche von eigenen Mitarbeitern in

Kooperation mit Externen organisiert werden. Werden die Maßnahmen von Externen für einzelne Gruppen durchgeführt, werden diese auch in der Kategorie kodiert und nicht in der Kategorie „K4 Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention – individuelle Maßnahmen“ aufgeführt. Wenn Suchtbeauftragte Fortbildungen o.ä. bei Externen besuchen, wird das unter der Kategorie „K6 Suchtbeauftragter – Aufgaben“ kodiert.

K4.2. individuelle Maßnahmen

Definition:

In diese Kategorie gehören alle Gesprächspassagen, die sich mit den Maßnahmen, individuell nach Arbeitsbereich oder Position, befassen. Hierzu zählen u.a. die individuellen Maßnahmen für die Führungskräfte.

Ankerbeispiele:

„Also jede Führungskraft wird dazu einmal im Jahr geschult. Wie verhalte ich mich als Führungskraft, wenn ich einen Suchtkranken habe oder wie gehe ich damit um. Das wird jedes Jahr gemacht“ (I1, Z.194ff).

„Generell werden die Führungskräfte und die Mitarbeiter im Rahmen von Schulungen und Seminaren fortgebildet“ (I2, Z.24f).

Kodierregel:

Es werden Passagen kodiert, welche auf die verpflichtenden Maßnahmen eines Betriebes für seine Mitarbeiter hinweisen und wer diese durchführt. Es werden Maßnahmen genannt, welche nur für bestimmte Berufsfelder im Betrieb vorgesehen sind. Maßnahmen, die in Seminaren oder durch Vorträge stattfinden und für alle in kleinen Gruppen besucht werden können, sind auch unter dieser Kategorie kodiert. Außerdem werden Maßnahmen in dieser Kategorie kodiert, welche freiwillig von den Mitarbeitern besucht werden können. Die Kategorie umfasst alle individuellen Maßnahmen, die vom eigenen Personal durchgeführt werden. Einzelmaßnahmen, die von externen Stellen durchgeführt werden, finden sich in der Kategorie „K4 Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention – externe Maßnahmen“ wieder. Die Maßnahmen, die für alle Mitarbeiter gleichzeitig

vorgesehen sind, werden in der Kategorie „K4 Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention – Maßnahmen für alle Mitarbeiter“ kodiert. Werden die Maßnahmen aber in Kooperation mit dem Suchtbeauftragten organisiert, werden diese hier und nicht in der Kategorie „K6 Suchtbeauftragter – Aufgaben“ aufgeführt.

K4.3. Maßnahmen für alle Mitarbeiter

Definition:

In dieser Kategorie werden die Gesprächsbeiträge aufgeführt, welche die Maßnahmen aufzeigen, die für alle Mitarbeiter vorgesehen sind und somit das ganze Personal gleichzeitig daran beteiligt wird. Auch fallen Gesprächsbeiträge unter diese Kategorie, die sich mit den Maßnahmen zu Hilfsangeboten für alle Mitarbeiter befassen.

Ankerbeispiele:

„Wir haben dann auch noch den Gesundheitstag wo wir sowas mit anbieten“ (I1, Z.211).

„Und dann gibt es noch die psychologischen Ersthelfer, die Peers, die auch für die Problematik mit der Familie eine Rolle spielen“ (I2, Z.382f).

„Die Arbeitsgruppe ist Ansprechpartner für die Beschäftigten [...]“ (I3, Z.285ff).

Kodierregel:

Kodiert werden die Passagen, die sich mit den Maßnahmen für alle Beschäftigten befassen. Die Maßnahmen sind solche, an denen die Arbeitnehmer gleichzeitig teilnehmen können. Es werden auch Maßnahmen aufgeführt, bei denen das ganze Personal Hilfe, z.B. durch psychologische Ersthelfer, erfährt. Maßnahmen, die in Gruppen und nicht gleichzeitig für das ganze Personal stattfinden, werden in der Kategorie „K4 Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention – individuelle Maßnahmen“ kodiert. Die Hilfsangebote für alle die von Suchtbeauftragten durchgeführt werden, werden in der Kategorie „K6 Suchtbeauftragter – Aufgaben“ kodiert. Die hier aufgeführten Maßnahmen stehen nicht in der Dienstvereinbarung.

K5 Vorgehen bei einer Suchtkrankheit

K5.1. Stufenplan

Definition:

Diese Kategorie umfasst alle Passagen, die sich mit dem Stufenplan für das Vorgehen mit suchtkranken Personen im Betrieb befassen. Der Stufenplan dient den Betrieben als Vorlage zum Handeln, damit man mit allen Suchtkranken gleich umgehen kann. Verantwortliche haben eine Orientierung, wie sie schrittweise handeln können.

Ankerbeispiele:

„Es gibt ja diesen Stufenplan, wie vorgegangen werden soll [...]. Also praktisch vom ersten Gespräch unter vier Augen bis aber auch dann zum Gespräch mit der Leitung selber“ (I2, Z.36ff).

„In der ersten Stufe verpflichtet er sich selber abstinent zu werden oder mit dem Trinken aufzuhören, um jetzt mal bei dem Bild des Alkoholikers zu bleiben“ (I2, Z.130f).

Kodierregel:

Es werden in dieser Kategorie Gesprächsausschnitte kodiert, die sich mit dem Stufenplan befassen, wie die Vorgesetzten mit einer suchtkranken Person im Betrieb umzugehen haben. Kodiert werden auch Passagen, welche sich mit Vereinbarungen im Zusammenhang mit dem Stufenplan zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer auseinandersetzen.

K5.2. individuelles Vorgehen

Definition:

Die Kategorie befasst sich mit den Gesprächsausschnitten, welche auf die individuelle Vorgehensweise beim Umgang mit suchtkranken Personen im Betrieb durch Vorgesetzte eingehen. Zu diesem individuellen Vorgehen zählen u.a. Gespräche oder der Rat zum Aufsuchen des Betriebsarztes.

Ankerbeispiele:

„Natürlich kann die Person auch zum Betriebsarzt gehen. Das organisiert alles der Suchtbeauftragte, bzw. in Zusammenarbeit mit mir, welche Kuren, Reha-maßnahmen oder was gemacht werden könnte, damit er von der Sucht weg kommt. Das man einfach auch Empfehlungen ausspricht“ (I1, Z.103ff).

Kodierregel:

In dieser Kategorie werden die Gesprächspassagen kodiert, welche sich mit dem Umgang eines suchtkranken Mitarbeiters befassen. Die individuelle Vorgehensweise beruht nicht auf den Vorgaben des Stufenplanes, sondern geschieht meist zusätzlich. Beratende Gespräche, Empfehlungen zum weiteren Vorgehen sowie Hilfesuche bei kündigungem Fachpersonal usw. zählen hier dazu.

K5.3. Wiedereingliederung

Definition:

Es werden alle Gesprächsbeiträge aufgeführt, die darlegen, wie die Betriebe mit Mitarbeitern umgehen, wenn diese z.B. nach einer Suchttherapie wieder zurück zur Arbeitsstelle möchten. Außerdem wird darauf eingegangen, was die zurückkehrenden Mitarbeiter erbringen müssen, damit die Wiedereingliederung ohne Probleme durchgeführt kann.

Ankerbeispiele:

„Also nehmen wir an, der schlimmste Fall, der kommt von der Kur wieder und ist nicht mehr alkoholabhängig, aber trotzdem noch suchtgefährdet, also ein trockener Alkoholiker, dann wird mit ihm nochmal ein Gespräch geführt. Derjenige muss dann einen Antrag auf Wiedereingliederung stellen“ (I1, Z.110ff).

„Also erstmal wird ein Wiedereingliederungsgespräch mit ihm geführt, wo er sich dann auch verpflichtet, einmal die Angebote wahrzunehmen. Also einmal die Angebote, die die Klinik ihm empfohlen hat, sprich die ambulante Nachsorge und auch eine Selbsthilfegruppe zu besuchen. Die ambulante Nachsorge dauert meistens nicht länger als ein Jahr“ (I2, Z.170ff).

Kodierregel:

Kodiert werden in dieser Kategorie alle Passagen, die sich mit dem Vorgehen beim Wiedereingliedern der zurückkehrenden Mitarbeiter befassen. Es werden neben den Aufgaben der Arbeitgeber auch Aufgaben, die die Arbeitnehmer erfüllen müssen, aufgelistet. Wenn sich der Suchtbeauftragte mit in die Wiedereingliederung einbringt, wird das auch unter dieser Kategorie kodiert.

K6 Suchtbeauftragter

K6.1. Aufgaben

Definition:

Aufgeführt werden alle Gesprächsbeträge, die sich mit den Aufgaben eines Suchtbeauftragten im Betrieb befassen. Neben der Aufklärung der Mitarbeiter zum Thema Sucht, zählen auch beratende Gespräche dazu. Außerdem werden Gesprächspassagen aufgelistet, welche sich mit den Weiterbildungsmaßnahmen für Suchtbeauftragte befassen.

Ankerbeispiele:

„Die Schulungen für diesen Suchtbeauftragten finden an externen Einrichtungen statt“ (I2, Z.21ff).

„Das es dann Suchtbeauftragte gibt, als kollegialen Ansprechpartner für die einzelnen Kollegen als Hilfestellung, um zu sagen wo sie sich Hilfe suchen können. Wir betrachten uns nicht als therapeutische Maßnahme, sondern nur als Wegweiser, wo entsprechende Maßnahmen zu finden sind. Als Beraterfunktion für die Kollegen, die in der Vorgesetztenfunktion sind, inklusive Personalstelle“ (I2, Z.377ff).

„Nein, sowas gibt es nicht. Einen Suchtbeauftragten gibt es nicht“ (I3, Z.281).

Kodierregel:

In dieser Kategorie werden alle Gesprächsbeiträge kodiert, die die Aufgaben eines Suchtbeauftragten im Betrieb beschreiben. Neben der beratenden Funktion für

das Personal, werden zu den Aufgaben der Suchtbeauftragten auch die eigenen Weiterbildungsmaßnahmen gezählt. Wie die Mitarbeiter zu der Person des Suchtbeauftragten stehen, wird in der Kategorie „K6 Suchtbeauftragter – Akzeptanz und Vertrauen“ kodiert. Wenn es im Betrieb keinen Suchtbeauftragten geben sollte, wird das auch in dieser Kategorie kodiert.

K6.2. Akzeptanz und Vertrauen

Definition:

Die Gesprächsbeiträge, in welchen die Interviewpartner auf die Beziehung zwischen Suchtbeauftragten und Personal eingehen, werden hier aufgezählt.

Ankerbeispiele:

„Was ja auch klar daran liegt, dass man sich für so eine Funktion des Suchtbeauftragten jemanden sucht, der entsprechend die Vorbildungen hat. Man kann da nicht jemanden zwangsverpflichten, das bringt nichts. Deshalb haben wir dann auch unsere Wahl entsprechend getroffen, als es um einen neuen Suchtbeauftragten ging. Die Akzeptanz der Kollegen ist auch da“ (I2, Z.345ff).

Kodierregel:

Die Kategorie beschäftigt sich mit der Beziehung des Suchtbeauftragten zu den Mitarbeitern. Dementsprechend werden alle Gesprächsbeiträge kodiert, die sich mit der Akzeptanz des Suchtbeauftragten und dem Vertrauen zu dieser Person befassen.

K7 Rahmenbedingungen

K7.1. Gesetze

Definition:

Zur verpflichtenden Umsetzung betrieblicher Suchtprävention gibt es für die Betriebe verschiedene Gesetze, welche hier aufgeführt werden. Neben den

allgemein geltenden Gesetzen wird auch auf das Beamten-gesetz verwiesen. Gesprächsbeiträge, in denen angegeben wird, was laut Gesetz mit Suchtkranken passieren kann, wie z.B. eine Kündigung, werden hier einbezogen.

Ankerbeispiele:

„Also man ist ja nach dem Sozialgesetzbuch dazu verpflichtet, betriebliches Gesundheitsmanagement zu machen. Und dieses BGM ist bei uns dann 2010 mit eingeführt worden“ (I1, Z.21ff).

„Also es müssen Maßnahmen ergriffen werden, weil das Bundesbeamtengesetz sagt ja ganz klar: Fürsorgepflicht des Dienstherrn“ (I2, Z.58f).

„Also die eine Suchtprävention ist ja, dass man in einem xxx wo Medikamente relativ frei zugänglich sind... Besonders Medikamente mit bestimmten Wirkungsmechanismen sind dann verschlossen. Das ist in jedem xxx so. Das ist Gesetz [...]“ (I3, Z.191ff).

Kodierregel:

In dieser Kategorie werden alle Beiträge kodiert, die sich mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen, laut Gesetzgeber, mit der Verpflichtung für betriebliche Suchtprävention befassen. Das Beamtenrecht zählt auch zu dieser Kategorie. Die individuellen Verpflichtungen der Betriebe zum Thema betriebliche Suchtprävention werden unter der Kategorie „K7 Rahmenbedingungen – Dienstvereinbarung“ kodiert.

K7.2. Dienstvereinbarung

Definition:

Dargestellt werden alle Gesprächsbeiträge, die sich mit den Vereinbarungen und Verpflichtungen des Betriebes mit seinen Mitarbeitern zur betrieblichen Suchtprävention befassen. Die Dienstvereinbarungen sind unterstützend zu den gesetzlichen Vorgaben und gelten für alle Beschäftigten.

Ankerbeispiele:

„Dann haben wir so eine Dienstvereinbarung wo genau geregelt ist, welche Form es gibt. Was der Suchtbeauftragte machen muss, werden die Vorgesetzten mit eingeschalten usw.“ (I1, Z.32ff).

„Wir haben im Gebäude komplettes Rauchverbot, und vor dem Gelände gibt es eine eingerichtete Raucherecke“ (I2, Z.385f).

„Es gibt in unserem Mitarbeiterrestaurant keine alkoholischen Getränke“ (I3, Z.222).

Kodierregel:

Kodiert werden in dieser Kategorie alle Gesprächsbeiträge, die sich mit den individuellen Vereinbarungen der Betriebe mit den Mitarbeitern befassen. Darunter fallen alle Verordnungen, die für das gesamte Personal gelten.

K8 Bilanz der betrieblichen Suchtprävention

K8.1. Erfolgserlebnis

Definition:

Als Erfolg werden alle Geschehnisse gesehen, die einen positiven Eindruck durch die betrieblichen Suchtpräventionsmaßnahmen aufzeigen. Diese Eindrücke sind nicht immer messbar, da es keine vorgefertigte Bewertungsskala zum Messen von betrieblichen Suchtpräventionsmaßnahmen gibt.

Ankerbeispiele:

„Also ich finde es schon einen Erfolg, wenn man Vorträge anbietet und wenn diese Vorträge dann ausgebucht sind“ (I1, Z.275ff).

„Genauso beim Rauchen, da ist insgesamt eine Veränderung eingetreten. Selbst bei den Jugendlichen ist es so, dass sie immer mehr davon weg sind. Das wird immer weniger. Ich denke es ist eine Mischung aus vielem, der Erfolg“ (I2, Z.420ff).

Kodierregel:

Kodiert werden in dieser Kategorie alle Gesprächsausschnitte, die sich mit dem subjektiv empfundenen Erfolg der Gesprächspartner befassen. Nichtmessbare und messbare Erfolge zählen zu dieser Kategorie. Nicht nur Erfolge, die man direkt im Betrieb sieht, sondern auch Erfolge, die durch die Gesellschaft auf den Betrieb auswirken können, werden hier aufgefasst.

K8.2. Zufriedenheit und Wünsche

Definition:

Gesprächsbeiträge, die sich mit der Zufriedenheit der Interviewpartner befassen, werden hier zusammengefasst. Neben der Zufriedenheit werden auch Wünsche erfasst, die Verbesserungsvorschläge für die Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention geben.

Ankerbeispiele:

„Ja ich bin zufrieden, ich wüsste jetzt aber nicht, was man noch anbieten könnte“
(I1, Z.235).

„Was könnte man sich wünschen? Unabhängig von den betrieblichen Konsequenzen, die ja eine Sache sind, oder die disziplinarischen Konsequenzen, dass die Leute sich noch mehr bewusst machen, was sie sich körperlich antun“
(I2, Z.428ff).

Kodierregel:

Unter dieser Kategorie werden die Gesprächsbeiträge gelistet, bei denen die Gesprächspartner ihre Zufriedenheit oder Unzufriedenheit ausdrücken. Zu der Kategorie zählen auch Passagen, bei denen Wünsche geäußert werden, wie man z.B. in Zukunft besser mit dem Thema betriebliche Suchtprävention umgehen soll, damit die Zufriedenheit zunehmen kann oder wie man sich in Zukunft wünscht zu handeln.