

Band
2

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

*Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheits-
managements am Beispiel
von Suchtprävention am Arbeitsplatz*

~
Inga Hoppenstedt

ifgs Schriftenreihe



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

Inga Hoppenstedt

*Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements
am Beispiel von Suchtprävention am Arbeitsplatz*

ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 2

Essen 2016

ISSN 2367-3176

© 2016 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
Tel. 0201 81004-351
Fax 0201 81004-610

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der MA Akademie Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements

am Beispiel von Suchtprävention am Arbeitsplatz

Inga Hoppenstedt

Inga Hoppenstedt

AOK Rheinland/Hamburg

E-Mail: inga.hoppenstedt@rh.aok.de

Bachelor-Thesis an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management Hamburg, eingereicht im Februar 2016.

Vorwort

In der heutigen Arbeitswelt ist Wandel ein Normalzustand. Mitunter wird die Entwicklung hin zu einer Gig Economy diskutiert, in der es in Zukunft gar keine festen Strukturen und Arbeitsverhältnisse mehr gibt, sondern die Arbeitnehmer eher zu einzelnen „Gigs“ punktuell und frei dazu gebucht werden. Völlige Freiheit und völlige Planungsunsicherheit der beruflichen Existenz. Aber auch heute schon gibt es Folgen der veränderten Lebenswelt zwischen Beruf und Privatem. Zudem prägen Globalisierung, Flexibilisierung, Mobilität und neue Technologien diesen Wandel. Als Folge davon verändern sich die Arbeitswelt in Art, Inhalt und Qualität sowie die Unternehmensstrukturen in ihren Arbeitsbedingungen, sodass gleichermaßen die Sicherheit und die Gesundheit der Beschäftigten betroffen sind.

Es gibt Menschen, die versuchen dem steigenden Druck durch den Konsum von Suchtmitteln zu entgegnen. Alkohol, Nikotin oder Leistungsdropping wie Ritalin sollen dem gestressten Arbeitnehmer helfen. Hier ist nach dem Settingansatz auch der Arbeitgeber gefragt, im Sinne der Prävention und Gesundheitsvorsorge tätig zu werden. Der Begriff Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) wird von Experten unterschiedlich interpretiert. Dabei muss die Aufgabe auf einem systematischen Vorgehen basieren und sich an den betrieblichen Prozessen und Strukturen orientieren, sodass Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen positiv beeinflusst werden. Fokussiert wird eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Arbeitsplatz und Arbeitsorganisation.

Die vorliegende Analyse von Inga Hoppenstedt arbeitet die Bedeutung des Suchtmittelkonsums am Arbeitsplatz heraus und zeigt die Möglichkeiten des BGM – insbesondere die der betrieblichen Suchtprävention – auf. Besonders interessant ist der Versuch der Nutzendarlegung einer betrieblichen Suchtprävention.

Essen im Juli 2016

Prof. Dr. David Matusiewicz

Direktor ifgs Institut für Gesundheit & Soziales der FOM Hochschule

Inhalt

Vorwort	II
Abkürzungsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung.....	1
1.2 Ziel der Arbeit	2
1.3 Vorgehensweise	2
2 Begriffliche Grundlagen.....	4
2.1 Gesundheitsbegriff	4
2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	5
2.3 Suchtprävention.....	7
3 Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	10
3.1 Notwendigkeit eines BGM	10
3.1.1 Demografischer Wandel	10
3.1.2 Wertewandel der Gesellschaft.....	12
3.2 Ziele und Nutzeneffekte.....	15
3.3 Indikatoren und Messverfahren.....	16
3.3.1 Indikatoren	16
3.3.2 Work Ability Index.....	18
3.3.3 Return on Investment	19
3.3.4 Gesundheits-Balanced Scorecard.....	20
3.4 Instrumente.....	22
3.5 Gesetzliche Grundlagen und Richtlinien	24
3.5.1 Arbeitsschutzgesetz	24
3.5.2 Arbeitssicherheitsgesetz.....	25
3.5.3 Ottawa-Charta	26
3.5.4 Luxemburger Deklaration	27

4	Betriebliche Suchtprävention	29
4.1	Süchte im Betrieb	29
4.1.1	Alkohol	29
4.1.2	Medikamente	34
4.1.3	Tabak	39
4.2	Juristische Gesichtspunkte	40
4.3	Strategien und Maßnahmen	43
4.3.1	Arbeitskreis Gesundheit	43
4.3.2	Bestimmung des Ist-Zustandes	44
4.3.2.1	Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten	44
4.3.2.2	Mitarbeiter-Befragung	45
4.3.2.3	Gesundheitszirkel	46
4.3.3	Information und Aufklärung	46
4.3.4	Die Rolle der Führungskräfte	48
4.3.4.1	Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	48
4.3.4.2	Qualifizierung für Mitarbeitergespräche	49
5	Praxisbeispiele	51
5.1	Voith GmbH	51
5.2	Mittelständischer Maschinenbaubetrieb X	52
5.3	Deutsche Bahn	56
6	Empirische Untersuchung	58
6.1	Das Experteninterview	58
6.2	Auswahl des Interviewpartners	58
6.3	Gewonnene Erkenntnisse	59
7	Schlussbetrachtung	62
	Literaturverzeichnis	65
	Anhang: Experteninterview	LXXV

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom
AK	Arbeitskreis
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASA	Arbeitssicherheitsausschuss
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGF-Institut	Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BNE	Bruttonationaleinkommen
BSC	Balanced Scorecard
BSP	Betriebliche Suchtprävention
BV	Betriebsvereinbarungen
bzw.	beziehungsweise
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
DV	Dienstvereinbarungen
GK	Gesamtkosten für Suchtmittelmissbrauch
iga	Initiative Gesundheit und Arbeit
KA	Kosten einer Alkoholkrankheit
KD	Kosten einer Drogenabhängigkeit

KM	Kosten einer Medikamentenabhängigkeit
KT	Kosten einer Tabakabhängigkeit
ROI	Return on Investment
SGB	Sozialgesetzbuch
SHN	Investitionskosten für ein Suchtpräventionsprogramm, Hilfe und Nachsorge
WAI	Work Ability Index
WHO	world health organization, dt. Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell eines betrieblichen Gesundheitsmanagements 6
Abbildung 2: Gesundheits-Balanced Scorecard 21
Abbildung 3: Alkoholkonsum der Bevölkerung nach Risikoeinstufung 31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerungsvorausberechnung bei schwächerer Zuwanderung....	11
Tabelle 2: Bevölkerungsvorausberechnung bei stärkerer Zuwanderung.....	11
Tabelle 3: Charakteristika und Einstellungen der Generationen im Vergleich..	13
Tabelle 4: Bewertungsskala der Arbeitsfähigkeit	19
Tabelle 5: Leitlinien für betriebliche Gesundheitsförderung	28
Tabelle 6: Richtwerte der Alkoholkonsumklassen	30
Tabelle 7: Kosten, Verluste und Schäden einer Alkoholabhängigkeit.....	53
Tabelle 8: Rendite von Suchtprävention.....	55

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

In der heutigen Gesellschaft ist der Konsum beziehungsweise (bzw.) der Missbrauch von Suchtmitteln keine Seltenheit mehr. Alkohol ist gesellschaftlich weitgehend akzeptiert; im privaten Kreis und auf Veranstaltungen ist er kaum wegzudenken. Doping ist schon lange nicht mehr nur ein Problem des Leistungssports. Bedingt durch die global wachsenden Märkte steigen der Leistungsdruck und das Arbeitstempo in den Unternehmen. Stress und psychische Belastungen nehmen immer mehr zu. Der Wunsch nach mehr Leistungsfähigkeit kann zu Medikamentenmissbrauch führen. Der Versuch, Probleme in Alkohol zu ertränken, birgt die Gefahr der Alkoholabhängigkeit. Der Glaube mittels Zigaretten Stress abbauen zu können, kann in einer Nikotinsucht enden. All dies, verknüpft mit der Tatsache, dass die Menschen einen Großteil ihrer Zeit am Arbeitsplatz verbringen und ihre Probleme nicht am Werkstor ablegen können, verdeutlicht die Notwendigkeit einer betrieblichen Suchtprävention.

Denn Suchtmittelmissbrauch verursacht nicht nur einen volkswirtschaftlichen Schaden, sondern stellt auch eine wirtschaftliche Belastung für Unternehmen dar. Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) sind etwa fünf Prozent der Beschäftigten alkoholabhängig, der Anteil unter den Führungskräften ist sogar doppelt so hoch. Bei bis zu zehn Prozent der Arbeitnehmer ist der Alkoholkonsum als problematisch anzusehen. So fehlen problematisch Konsumierende deutlich häufiger und länger, ihr Risiko einen Arbeitsunfall zu erleiden, ist ebenfalls signifikant erhöht. Doch nicht nur die vermehrte Abwesenheit ist für die Unternehmen problematisch. Durch eine verminderte Leistungsfähigkeit leidet auch die Qualität der Arbeit. Hinzu kommt, dass sich durch die Mehrbelastung der Kollegen ebenso das Betriebsklima verschlechtert.¹ Neben Alkohol stellen auch andere Suchtmittel eine Belastung für Unternehmen dar. Laut dem Gesundheitsreport 2015 der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) liegt die Dunkelziffer des Missbrauchs von Amphetaminen bei etwa zwölf Prozent.² Eine weitere Belastung für die Unternehmen stellen die negativen Folgen des

¹ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2014), S. 1.

² Vgl. DAK-Forschung (2015), S. 54-62; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 12-23.

Rauchens dar, auch die des Passivrauchens. Das Risiko, an Krebs zu erkranken oder einen Schlaganfall zu erleiden, ist doppelt so hoch, wie das eines Nichtraucher. Rauchen verkürzt die Lebenserwartung um mehrere Jahre. Da rund ein Viertel der deutschen Bevölkerung raucht, ist auch dies eine Sucht, die von den Unternehmen nicht unterschätzt werden sollte.³

Diese Beispiele verdeutlichen, dass der Konsum von Suchtmitteln neben den negativen Folgen auch einen erheblichen wirtschaftlichen Schaden nach sich zieht. In Anbetracht des demografischen Wandels und dem zugleich bestehenden Fachkräftemangel ist es für Unternehmen umso wichtiger, die Gesundheit der Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern.

1.2 Ziel der Arbeit

Zielsetzung dieser Arbeit ist, die Bedeutung des Suchtmittelkonsums am Arbeitsplatz herauszustellen und die Möglichkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements, insbesondere die der betrieblichen Suchtprävention, aufzuzeigen. Dabei soll anhand von mehreren Beispielen der Nutzen einer betrieblichen Suchtprävention dargestellt werden.

1.3 Vorgehensweise

Beginnend mit einer kurzen Einführung in das betriebliche Gesundheitsmanagement sowie die betriebliche Suchtprävention wird zum besseren Verständnis der Gesundheitsbegriff erläutert. Daraufhin folgen Ziele und Nutzeneffekte, Instrumente sowie Indikatoren und Messverfahren für die Evaluation eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie allem voran die Notwendigkeit für dessen Einführung aufgrund des demografischen Wandels und des Wertewandels der Gesellschaft. Zudem werden die gesetzlichen Grundlagen und Richtlinien wie das Arbeitsschutz- und das Arbeitssicherheitsgesetz, die Ottawa-Charta sowie die Luxemburger Deklaration, erläutert. Im darauffolgenden Kapitel wird speziell auf die betriebliche Suchtprävention eingegangen. Hierfür werden zunächst die gängigsten Süchte in Betrieben wie Alkohol, Medikamente und Tabak mit einigen Richtwerten erläutert und juristische Schritte in Bezug auf die personen- und verhaltensbedingte Kündigung aufgezeigt. Im Folgenden werden Strategien und

³ Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2008), S. 1-2; Statistisches Bundesamt (2015), o.S.

Maßnahmen aufgelistet, wie sie in der betrieblichen Suchtprävention Anwendung finden. Hierzu zählen der Arbeitskreis Gesundheit, die Bestimmung des Ist-Zustandes, die Information und Aufklärung der Belegschaft sowie die bedeutende Rolle der Führungskräfte. Um den Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements im Hinblick auf die betriebliche Suchtprävention darzustellen, werden drei Praxisbeispiele angeführt. Die beiden ersten Unternehmensbeispiele wurden ausgesucht, obwohl bei ihnen die Einführung der betrieblichen Suchtprävention bereits mehrere Jahre zurückliegt, weil dort einerseits ein guter Überblick über die Kosteneinsparungen gegeben wird und andererseits die Maßnahmen und Ziele gut herausgestellt sind. Im dritten Beispiel wird noch einmal auf den ganzheitlichen Ansatz einer betrieblichen Suchtprävention eingegangen. Um die erlangten Erkenntnisse zu eruieren und zu bewerten, wurde als letzter Schritt ein Experteninterview geführt. Das Ende der Arbeit bildet ein kurzes Resümee mit Ausblick.

2 Begriffliche Grundlagen

2.1 Gesundheitsbegriff

Lange Zeit galt ein Mensch als gesund, wenn er keine physischen Beschwerden hatte und alle Körpersysteme einwandfrei funktionierten. Gesundheit wurde somit als die Abwesenheit von Krankheit definiert. Nach dieser Definition waren Arbeitnehmer grundsätzlich gesund, solange sie sich am Arbeitsplatz befanden.⁴ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erweiterte 1946 die Definition von Gesundheit wie folgt: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“⁵

Im Laufe der Zeit wurde diese Definition jedoch vielfach kritisiert, da Gesundheit nicht nur ein statischer Zustand ist, sondern vielmehr ein fortwährender, dynamischer Prozess und somit immer wieder aufs Neue erreicht werden muss. Dies spiegelt sich auch in der Ottawa-Charta von 1986 wider, wonach „Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen [ist] und nicht als vorrangiges Lebensziel.“⁶ Mit ihr traten Forderungen nach mehr Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz auf. Es fand also „ein Paradigmenwechsel von einem krankheits- und risikofaktorenbezogenen Grundverständnis zu einem gesundheits- und ressourcenorientierten Grundverständnis“⁷ statt. Dies zeigt sich auch in einer Definition von Hurrelmann, in der er „Gesundheit [als] ... das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren [beschreibt], das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt.“⁸ Dies lehnt sich auch an das Gesundheitsverständnis von Aaron Antonovsky an. Hiernach lässt sich Gesundheit durch gezielte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen positiv beeinflussen.⁹

⁴ Vgl. Wendling, J. (2008), S. 11.

⁵ Weltgesundheitsorganisation (1946), S. 1.

⁶ Weltgesundheitsorganisation (1986), S. 1.

⁷ Mook, J. (2015), S.60.

⁸ Trautner, Christoph (2006), S. 146.

⁹ Vgl. Mook, J. (2015), S. 60-61.

2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Aus Sicht des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) wird Gesundheit als ein „biopsychosozial[es], positiv[es], mehrdimensional[es] und dynamisch[es]“¹⁰ Konstrukt verstanden. Daher beschäftigt sich das BGM nicht nur mit der Krankheitsverhütung sondern ebenso mit der Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Arbeits- und Umweltbedingungen. Zudem soll das individuelle Gesundheitsverhalten der einzelnen Mitarbeiter gestärkt werden, sodass sie dieses auch für ihre Freizeit adaptieren.¹¹ Hinzu kommen „Maßnahmen zur Verbesserung der Führungskultur und der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf sowie zur altersgerechten Gestaltung der Arbeit.“¹² Daher definierte Wienemann 2002 BGM „als die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der [physischen und psychischen] Gesundheit und des [sozialen] Wohlbefindens der Beschäftigten.“¹³

Wie in der nachstehenden Abbildung zu erkennen ist, umfasst das betriebliche Gesundheitsmanagement sowohl die rechtlichen Rahmenbedingungen wie den Arbeits- und Gesundheitsschutz als auch Präventionsmaßnahmen wie Gesundheitsförderung und Suchtprävention. Die Nachsorge und Wiedereingliederung der Mitarbeiter in Form des betrieblichen Eingliederungsmanagements gehört ebenfalls dazu. Bei einem ganzheitlichen BGM werden zudem externe Einrichtungen wie Krankenkassen und Gewerkschaften, aber auch interne Bereiche wie die Kantine oder das Qualitätsmanagement mit in die Projektarbeit eingebunden. Diese enge Verzahnung sorgt für eine gute Kommunikation und einen ständigen Informationsaustausch. Dies ist von hoher Bedeutung, da die Mitarbeitergesundheit einen entscheidenden Faktor für den Unternehmenserfolg darstellt. Im Sinne der Ganzheitlichkeit ist sie somit in das Leitbild, die Unternehmenskultur und bei der Ausgestaltung von Strukturen und Prozessen sowie Entscheidungen mit einzubeziehen.¹⁴

¹⁰ Vgl. Baumanns, R. (2009), S. 26.

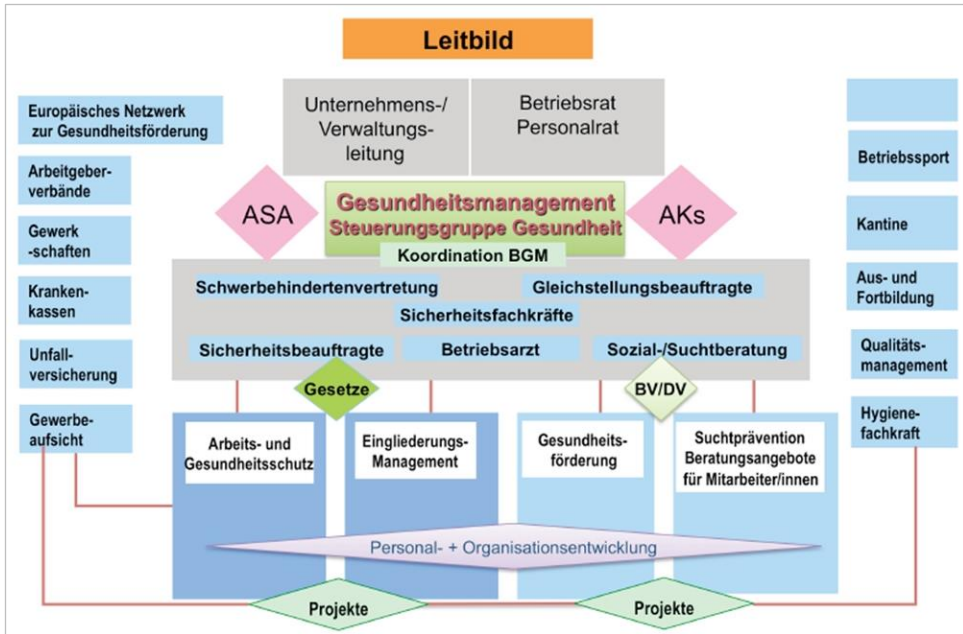
¹¹ Vgl. Baumanns, R. (2009), S. 26-27.

¹² Stierle, J., Vera, A. (2014), S. 5.

¹³ Wienemann, E. (2008), S. 241.

¹⁴ Vgl. Rimbach, A., S. 28-29, 84-87.

Abbildung 1: Modell eines betrieblichen Gesundheitsmanagements



Quelle: Wienemann, E., Schumann, G. (2011): S. 96.

Damit die Ziele des BGM effektiv und nachhaltig erreicht werden können, wurden bereits in der Luxemburger Deklaration Qualitätskriterien festgelegt, die bei der Errichtung eines BGM beachtet werden sollten. Hierzu zählen die Ganzheitlichkeit, die Integration, die Partizipation und das Projektmanagement. Im Sinne der Ganzheitlichkeit beinhaltet ein BGM, neben dem gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutz und der Arbeitssicherheit, die Bereiche der betrieblichen Suchtprävention (BSP) und des Gesundheitsschutzes sowie eine Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM). In die Projekte und Maßnahmen sind ebenfalls die Personal- und Organisationsentwicklung integriert. Somit „verbindet [es] den An-

satz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen.“¹⁵ Integration bedeutet, dass das BGM bei allen wichtigen Entscheidungen und Prozessen berücksichtigt wird und dass es in allen Unternehmensbereichen sowie in die Unternehmensphilosophie integriert wird. Die hierdurch entstehenden Synergieeffekte können durch die Kooperation der einzelnen Fachbereiche genutzt werden. Da sich ein BGM an alle Mitarbeiter eines Unternehmens, ungeachtet ihres gesundheitlichen Zustandes, richtet, ist deren Partizipation sehr wichtig. Denn um einen umfassenden Überblick über den aktuellen Gesundheitszustand der Mitarbeiter zu erlangen, indem gesundheitsförderliche und gesundheitshemmende Faktoren eruiert werden, wird die aktive Beteiligung aller Mitarbeiter in den einzelnen Prozessstufen benötigt. Gleiches gilt für das Projektmanagement.¹⁶ „Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden ... [, von der] Bedarfsanalyse ... [und] Prioritätensetzung ... [über die] Planung ... [und] Ausführung ... [bis hin zur] kontinuierliche[n] Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse.“¹⁷

2.3 Suchtprävention

Der Begriff Prävention wird von dem lateinischen Wort ‚*praevenire*‘ abgeleitet und bedeutet so viel wie ‚*zuvorkommen*‘. Mithilfe der Suchtprävention werden im Betrieb Maßnahmen angewandt, die den Einstieg in den Konsum legaler und illegaler Suchtmittel vermeiden oder hinauszögern, die Konsumhäufigkeit vermindern und Folgen des Konsums verringern. Präventionsmaßnahmen lassen sich nach unterschiedlichen Gesichtspunkten kategorisieren. Zum einen nach dem Zeitpunkt und zum anderen nach der Zielgröße.¹⁸

Zeitlich lässt sich Prävention in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterteilen. Die Primärprävention zielt darauf ab, Krankheiten und Suchtmittelabhängigkeiten vorzubeugen. Sie setzt also noch vor deren Entstehung ein, indem sie schädigendes oder risikohaftes Verhalten frühzeitig erkennt und zu verhindern versucht. Beispiele für primär präventive Maßnahmen sind in der herkömm-

¹⁵ Altgeld, T. (2010), S. 55.

¹⁶ Vgl. Altgeld, T. (2010), S. 55; Diedrich, L., Fischer, S., Scheske, S. (2015), S. 33-34, 45-46.

¹⁷ Altgeld, T. (2010), S. 55.

¹⁸ Vgl. Moock, J. (2015), S. 62.

lichen Prävention Impfungen und in der Suchtprävention die Aufklärung als Wissensvermittlung, aber auch gesetzliche Regelungen wie Betriebsvereinbarungen. Die Primärprävention richtet sich an gesunde Menschen und soll den Konsum von Suchtmitteln vermeiden. Faktoren wie ein gesunder Lebensstil, sportliche Aktivitäten oder eine gute Work-Life-Balance zählen ebenso dazu.

Die Sekundärprävention dient dazu, Krankheiten aber auch Süchte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erkennen und eine mögliche Verschlimmerung oder Chronifizierung bzw. Abhängigkeit zu vermeiden. Es geht also darum, Symptome frühzeitig zu erkennen und Gegenmaßnahmen einzuleiten. Sie richtet sich sowohl an gesunde Menschen als auch an jene, die dazu beitragen möchten, schnellstmöglich wieder gesund zu werden und Rückfälle zu vermeiden.

Die Tertiärprävention setzt bei einer bereits bestehenden Krankheit oder Suchtmittelabhängigkeit an und verfolgt das Ziel, deren Folgen zu mildern, eine Progredienz sowie einen Rückfall zu verhindern. Die tertiäre Prävention weist somit viele Parallelen zur medizinischen Rehabilitation sowie zu stationären Drogenentzügen und Selbsthilfegruppen auf.¹⁹

„Ende der 1970er Jahre wurde diese Unterteilung um die primordiale Prävention ergänzt, die noch vor der Primärprävention einsetzt und die Vorbeugung des Auftretens von Risikofaktoren beschreibt.“²⁰

Bei der Gliederung nach der Zielgröße, lässt sich zwischen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention unterscheiden. Die Verhaltensprävention zielt darauf ab, das individuelle Verhalten der Mitarbeiter zu verbessern. Sie soll den Mitarbeiter in die Verantwortung ziehen, auf seine Gesundheit zu achten und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie beispielsweise übermäßiger Alkoholkonsum oder Rauchen, aber auch Bewegungs- und Nährstoffmangel abzulegen. Beispiele für verhaltenspräventive Maßnahmen sind zum einen Information und Aufklärung sowie Angebote zur Konsumreduzierung wie Raucherentwöhnungskurse, und zum anderen Schulungen zur Stressbewältigung oder zur Stärkung der persönlichen Ressourcen sowie beispielsweise Kurse zu rückengerechtem Arbeiten. Die Verhältnisprävention wiederum zielt darauf ab, die Ursachen von

¹⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015), o.S.; Deutsche Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention e.V. (2015), o.S.

²⁰ Moock, J. (2015), S. 62.

Krankheiten und Süchten am Arbeitsplatz zu beseitigen und zu vermeiden. „Als Methoden sind insbesondere Gesundheitsaufklärung und -betreuung, Gesundheitserziehung und -bildung, Gesundheitsarbeit, Gesundheitsselfhilfe, Gesundheitstraining und Präventivmedizin zu nennen.“²¹ Die Verhältnisprävention umfasst somit Maßnahmen, die den Abbau suchtfördernder Arbeitsbedingungen bezwecken sowie Regelungen, die den Konsum einschränken bzw. untersagen wie ein generelles Alkoholverbot am Arbeitsplatz. „Wichtig ist, dass Verhaltens- und Verhältnisprävention im Betrieb in einem angemessenen Verhältnis realisiert werden.“²² Denn viele Unternehmen setzen BGF allein mit Maßnahmen der Verhaltensprävention gleich, sodass die Maßnahmen der Verhältnisprävention nicht in Betracht gezogen werden. Dies kann dazu führen, dass Mitarbeiter zwar gut über suchtbedingte Risiken aufgeklärt sind, die Arbeitsbedingungen jedoch noch suchtförderlich sind und folglich die Maßnahmen nicht ihren vollen Wirkungsgrad erreichen.²³

²¹ Moock, J. (2015), S. 62-63.

²² Rudow, B. (2014), S. 335.

²³ Vgl. Büssing, A., Glaser, J., Höge, T. (2003), S. 101-102; Kirchner, W. (2014), S. 448; Moock, J. (2015), S. 62-63; Rudow, B. (2014), S. 335.

3 Betriebliches Gesundheitsmanagement

3.1 Notwendigkeit eines BGM

3.1.1 Demografischer Wandel

„Demografie (griechisch ... demos – Volk und ... graphe – Schrift, Beschreibung) bezeichnet dabei die wissenschaftliche Erforschung des Zustandes der Bevölkerung und ihrer zahlenmäßigen Veränderungen.“²⁴ Somit beschreibt der demografische Wandel die Entwicklung der Bevölkerung, welche sich aus der Geburtenrate, den Sterbefällen und der Differenz aus Zu- und Fortzügen, dem sogenannten Wanderungssaldo, ergibt, ohne dabei eine Wertung vorzunehmen.

Der demografische Wandel beschreibt eine Entwicklung, die weitreichende politische und gesellschaftliche Herausforderungen nach sich zieht. Sei es für die Unternehmen, die bei einer alternden Belegschaft und Fachkräftemangel kaum junge Nachwuchskräfte rekrutieren können, oder für die Politik, die nach Finanzierungsmöglichkeiten der Renten- und Pensionslasten sucht.²⁵

Nach aktuellen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes lebten zum Jahresende 2014 in Deutschland 81,2 Millionen Menschen. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Bevölkerungszahl um 0,5 Prozent an, was auf eine gestiegene Zuwanderung zurückzuführen ist. Das vorherrschende Problem eines Geburtendefizits besteht aber nach wie vor.²⁶ Vorausberechnungen bis zum Jahr 2060 prognostizieren folglich einen stetigen Rückgang der Bevölkerung. „Denn die Zahl der Gestorbenen wird die Zahl der Geborenen immer stärker übersteigen“²⁷ und diese Entwicklung kann auch nicht durch ein positives Wanderungssaldo ausgeglichen werden. Bei den Vorausberechnungen wird je Frau eine durchschnittliche jährliche Geburtenrate von 1,4 Kindern zugrunde gelegt sowie ein Anstieg der Lebenserwartung um 7 Jahre bei Männern und um 6 Jahre bei Frauen. Dabei wird von zwei Varianten ausgegangen; einer schwächeren und einer stärkeren Zuwanderung.²⁸

²⁴ Luczak, V. (2014), S. 24.

²⁵ Vgl. ebd.

²⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015), o.S.

²⁷ Statistisches Bundesamt (2015), o.S.

²⁸ Vgl. ebd.

In folgender Tabelle sind Prognosen beider Varianten für die Jahre 2025 und 2050 dargestellt sowie das aktuelle Jahr 2015 als Vergleichswert. Dabei ist die Bevölkerung in drei Altersstufen unterteilt, nämlich in die unter 20-jährigen, die 20- bis 64-jährigen sowie die 65-jährigen und ältere. Angegeben sind die Zahlen in der Größenordnung Million und deren jeweiliger Anteil in Prozent.

Tabelle 1: Bevölkerungsvorausberechnung bei schwächerer Zuwanderung

	65+	Anteil	20-64	Anteil	< 20	Anteil	Gesamt
2015	17,3	21 %	49,4	61 %	14,6	18 %	81,3
2025	19,8	25 %	46,6	58 %	14,1	18 %	80,5
2050	22,7	32 %	37,7	52 %	11,4	16 %	71,9

Quelle: Eigene Abbildung nach: Statistisches Bundesamt (2015), o.S.

Tabelle 2: Bevölkerungsvorausberechnung bei stärkerer Zuwanderung

	65+	Anteil	20-64	Anteil	< 20	Anteil	Gesamt
2015	17,3	21 %	49,4	61 %	14,6	18 %	81,3
2025	19,8	24 %	47,4	58 %	14,4	18 %	81,6
2050	23,2	30 %	40,6	53 %	12,3	16 %	76,1

Quelle: Eigene Abbildung nach: Statistisches Bundesamt (2015), o.S.

Anhand der beiden Varianten wird deutlich, dass die Gesamtbevölkerung, obgleich bei schwächerer oder bei stärkerer Zuwanderung, kontinuierlich schrumpfen wird. Zudem wird eine deutliche Verschiebung der Altersstufen sichtbar. Das bedeutet für die Unternehmen, dass auch deren Belegschaft immer weiter altern wird. Hinzu kommt, dass das Renteneintrittsalter im Zeitraum von 2012 bis 2029 von 65 auf 67 Jahre stufenweise angehoben wird.²⁹ Diese Entwicklungen ver-

²⁹ Vgl. Deutsche Rentenversicherung (o.J.), o.S.

deutlichen die Notwendigkeit eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, mithilfe dessen die Belegschaft auch in höherem Alter gesund erhalten und für jüngere Arbeitnehmer sowie Fach- und Führungskräfte attraktiv gemacht wird.

3.1.2 Wertewandel der Gesellschaft

Jede Generation ist von eigenen Werten und Normen geprägt. Darunter wird verstanden, dass „der Mensch ... in seinem Verhalten nicht nur von Trieben, Regeln und Normen oder durch Institutionen mit Hilfe von Sanktionen gelenkt, sondern ... [vielmehr] von Werten geleitet [wird], die er im Laufe seines Lebens verinnerlicht hat.“³⁰ Die Generation der Nachkriegszeit orientierte sich eher an materieller Sicherheit, welche durch Disziplin und Leistung erreicht werden konnte, wohingegen sich die nachfolgenden Generationen, welche in Zeiten wirtschaftlicher und politischer Stabilität aufgewachsen sind, eher postmaterialistische Werte wie Selbstverwirklichung, Autonomie, Partizipation und Mitbestimmung anstrebten. So hat sich auch die Einstellung zur Arbeit innerhalb der Generationen verändert, wobei nicht zwingend jeder davon betroffen ist.³¹

Die Unterteilung der Nachkriegsgenerationen wird in der Literatur nicht einheitlich gehandhabt. Die meisten Autoren bezeichnen die Jahrgänge, die zwischen Mitte der 1940er und Mitte der 1950er Jahre geboren sind, als Silver Worker und die darauf folgenden Jahrgänge bis Mitte der 1960er Jahre als Babyboomer. Die Generation X schließt sich bis 1980 an, danach folgt die Generation Y, welche auch als Millennials bezeichnet wird, bis Ende der 1990er Jahre. Die darauf folgenden Jahrgänge werden derzeit als Generation Z oder Generation Internet tituliert. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Werte und Einstellungen der drei in den Unternehmen vorherrschenden Generationen, wobei die Silver Worker unter den Babyboomern subsummiert werden. Die Generation Internet ist hier nicht mit aufgeführt, da diese noch nicht hinreichend in den Unternehmen vertreten ist.³²

³⁰ Oppolzer, Alfred (1994), S. 349-350.

³¹ Vgl. ebd.

³² Vgl. Eberhardt, D. (2016), o.S.; Mangelsdorf, M. (2015), S. 13.

Tabelle 3: Charakteristika und Einstellungen der Generationen im Vergleich

	Babyboomer	Generation X	Generation Y
Typ	Konkurrenzverhalten, aus der Masse abheben	flexibel, unabhängig, pragmatisch	sehr hohes Selbstbewusstsein, sind nicht kritikfähig
Denkweise	idealistisch, kollektiv	individualistisch, pessimistisch	pragmatisch, kollektiv, Netzwerke
Verhalten	diszipliniert, teamorientiert, legen Wert auf Beständigkeit, Sicherheitsdenken	global denkend, zynisch, ungeduldig	orientierungslos, sprunghaft, strebt nach Leistung und Sinn, Spaß im (Arbeits-)Leben
Arbeits-einstellung	lebt, um zu arbeiten	arbeitet, um zu Leben	Leben beim Arbeiten
Arbeits-einteilung	macht, was gesagt wird	weiß, was zu tun ist	ohne Mitsprache kein Engagement
Loyalität	loyal zum Unternehmen	loyal zu Kollegen und zum Chef	loyal zu sich selbst

Quelle: Immerschitt, W., Stumpf, M. (2014): S. 9

Die Babyboomer teilen der Arbeit einen hohen Stellenwert zu und stellen dafür ihr Privatleben hinten an. Sie orientieren sich, wie bereits erwähnt, eher an materialistischen Werten und verfügen über ein ausgeprägtes Sicherheitsdenken. Aufgrund ihres traditionellen Familienbildes herrschen bei ihnen, beruflich wie auch privat, klare Hierarchieverhältnisse. Zudem legen sie Wert auf Beständigkeit, Disziplin und Fairness, arbeiten gerne im Team und sind ihrem Unternehmen gegenüber sehr loyal.

Die Generation X steht ihrem Unternehmen, insbesondere ihrem Chef und Kollegen, ebenfalls loyal gegenüber. In ihrer Arbeitseinstellung und ihrem Verhalten unterscheiden sie sich jedoch von den Babyboomern. Sie sind individualistisch, unabhängig und flexibel, sodass sich auch soziale Gruppen formen. „Wichtig ist dieser Generation das Privat- bzw. Familienleben – Kindererziehung ist keine reine Frauensache mehr.“³³ Sie streben somit nach einem Gleichgewicht zwischen Berufs- und Privatleben; einer gesunden Work-Life-Balance.

Die Generation Y verfügt über ein hohes Maß an Selbstbewusstsein. Sie sind, anders als die vorherigen Generationen, nur loyal zu sich selbst, streben nach Leistung und Selbstverwirklichung und haben eine andere Einstellung zur Arbeit. Sie muss ihnen Spaß bereiten und spannend sein, ohne ein gewisses Maß an Mitbestimmung sind sie antriebslos und es fehlt ihnen jegliches Engagement. Zudem suchen sie, „bedingt durch das Internet und ihre Affinität im Umgang mit neuen Medien, ... die direkte Kommunikation“³⁴ auch über die Hierarchieebenen hinweg.³⁵

Das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und Autonomie, also die Orientierung an postmaterialistischen Werten, beschränkt sich jedoch nicht nur auf die Generation Y. Es lässt sich allgemein ein Umdenken erkennen. „Arbeit [wird nicht mehr nur] als bloßes Mittel zum Zweck [gesehen oder] ... als notwendiges Übel ertragen“³⁶, um den Lebensunterhalt zu finanzieren. Sie soll vielmehr sinnhaftig sein und den Menschen die Möglichkeit bieten, sich über ihre Qualifikation und ihr Engagement Anerkennung zu verdienen sowie sich frei zu entfalten.

Daher ist es für Unternehmen von großer Bedeutung, sich mit den unterschiedlichen Wertevorstellungen ihrer Belegschaft auseinander zu setzen, sie zu verinnerlichen, um eine gute Kommunikation zwischen den Generationen sicherzustellen und auch die jüngeren, weniger loyalen Generationen an sich zu binden. Ebenso muss die Gesundheit der älteren Generationen gefördert werden, um deren Arbeitskraft und Knowhow im Betrieb zu erhalten. Dies gelingt über eine

³³ Immerschitt, W., Stumpf, M. (2014), S. 8.

³⁴ Immerschitt, W., Stumpf, M. (2014), S. 8.

³⁵ Vgl. Eberhardt, D. (2016), o.S.; Immerschitt, W., Stumpf, M. (2014), S. 7-9; Mangelsdorf, M. (2015), S. 14-19.

³⁶ Oppolzer, A. (1994), S. 351.

gesunde Work-Life-Balance, welche wiederum durch betriebliches Gesundheitsmanagement gefördert werden kann.³⁷

3.2 Ziele und Nutzeneffekte

Die Förderung einer gesunden und leistungsfähigen Belegschaft sowie die Steigerung der Arbeitgeberattraktivität und des wirtschaftlichen Erfolges lassen sich als Hauptziele des betrieblichen Gesundheitsmanagements deklarieren. Diese können darüber hinaus in ‚harte‘ und ‚weiche Ziele‘ unterteilt werden. Zu den ‚harten Zielen‘ gehören die Reduzierung von Fehlzeiten, die Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie die Verringerung von gesundheitlichen Risikofaktoren. Ebenso die Erhöhung der Produktivität und die Verbesserung der Qualität von Produkten und Leistungen. Zu den ‚weichen Zielen‘ zählen die Steigerung des Engagements und der Motivation der Mitarbeiter sowie deren individuelles Wohlbefinden. Zudem sollen die Arbeitszufriedenheit und -moral erhöht und das Betriebsklima verbessert werden. Auch das Bewusstsein für die Mitverantwortung der eigenen Gesundheit der Mitarbeiter soll gestärkt und deren Lebensqualität erhöht werden.³⁸

Bei Erreichung der Ziele ergeben sich vielfältige Nutzeneffekte für Unternehmen. Die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter, welche in Zeiten des demografischen Wandels ein wichtiger Faktor ist, bleibt erhalten und die Verbundenheit der Mitarbeiter mit dem Unternehmen wird durch Wertschätzung und Investition in deren Gesundheit gestärkt. Auf diese Weise differenziert sich das Unternehmen von seinen Wettbewerbern. Es steigert damit im ‚war of talents‘ seine Attraktivität. Ein weiterer Nutzen besteht in der Erkennung von Schwachstellen und Gesundheitsrisiken, welche mittels BGM entdeckt und beseitigt werden. Ebenso kann ein „BGM ... ein wichtiger Unterstützungsprozess für die Wertschöpfung sein. Denn dadurch können Fehlzeiten ... und damit Störungen des Gesamtsystems vermieden werden.“³⁹ Fällt ein Mitarbeiter krankheitsbedingt aus, ist es nicht selten so, dass ein anderer Mitarbeiter dessen Vertretung übernehmen und zunächst eingearbeitet werden muss, wodurch eine Doppelbelastung entsteht.⁴⁰

³⁷ Vgl. Immerschitt, W., Stumpf, M. (2014), S. 7-9; Oppolzer, A. (1994), S. 351-357.

³⁸ Vgl. Gänslar, S., Bröske, T. (2010), S. 120; Siller, H., Cibak, L. (2014), S. 161-164.

³⁹ Jaeger, C. (2015), S. 409.

⁴⁰ Vgl. Jaeger, C. (2015), S. 409-410; Siller, H., Cibak, L. (2014), S. 161-164.

Nach einer Umfrage der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)⁴¹ war die soziale Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern mit fast 90 Prozent der Hauptgrund für die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, gefolgt von der Unterstützung durch die Krankenkassen mit 46 Prozent sowie hohe Fehlzeiten mit 44 Prozent. Ein schlechtes Betriebsklima war mit gerade einmal neun Prozent kein ausschlaggebendes Kriterium. Die iga weist jedoch darauf hin, dass viele Betriebe die soziale Verantwortung allein deshalb als Hauptargument angebracht haben könnten, weil diese Antwort am sozial vertretbarsten erscheint.⁴²

3.3 Indikatoren und Messverfahren

3.3.1 Indikatoren

Ob die Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung einen Nutzen für das Unternehmen bringen und sich rentieren, lässt sich anhand einiger Indikatoren evaluieren. Im Folgenden wird von harten Kennzahlen und weichen Indikatoren gesprochen, da letzteren nicht immer objektive Größen zugrunde liegen und sie häufig auf subjektiven Empfindungen basieren.

Zu den harten Kennzahlen gehören die Anzahl der Arbeitsunfälle, die Fluktuationsquote, die Personalkosten, die Krankenstände und Arbeitsunfähigkeitszeiten, der Absentismus, die Produktivität und die Qualität der Produkte sowie der Anteil ungestörter Arbeitsstunden. Zu den weichen Indikatoren lassen sich das Betriebsklima, die Arbeitszufriedenheit, das Image des Unternehmens, die Motivation und das Engagement der Mitarbeiter sowie deren Gesundheitszustand und die Identifikation mit dem Unternehmen nennen. Ebenso kann die Teilnehmerquote an den angebotenen Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements Erkenntnisse über deren Wirkungsgrad liefern.⁴³

Im Folgenden werden, zu einem besseren Verständnis, einige Kennzahlen und Indikatoren sowie deren Auswirkungen erläutert.

⁴¹ Die iga wird getragen vom BKK Bundesverband, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, dem AOK-Bundesverband sowie dem Verband der Ersatzkassen e.V. und soll arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren vorbeugen und Präventionsansätze für die Arbeitswelt weiterentwickeln.

⁴² Vgl. Bechmann, S. et al. (2011), S. 15-16.

⁴³ Vgl. Demmer, H. (1995), S. 32-33; Singer, S., Neumann, A. (2010), S. 57-58.

Die Fehlzeiten sind eine wichtige Kennzahl für Unternehmen, da sie neben dem Kostenfaktor Aufschluss über die Arbeitssituation der Mitarbeiter und deren Arbeitszufriedenheit geben. Denn Fehlzeiten von Mitarbeitern haben eine stärkere Belastung der anwesenden Kollegen zur Folge. Sie lassen sich jedoch nicht auf null reduzieren, da sie nicht nur aufgrund von Abwesenheit durch Krankheit zustande kommen. Fehlzeiten bzw. Mehrbelastungen treten auch dann auf, wenn Mitarbeiter im Urlaub sind und vertreten werden müssen. Der größte Anteil an Fehlzeiten ist jedoch krankheitsbedingt. Sie spiegeln den Gesundheitszustand der Belegschaft wider. Treten sie aufgrund von mangelnder Motivation auf, können sie ein Indikator für unbefriedigende Arbeits- und Organisationsbedingungen sein. Es muss jedoch beachtet werden, dass sich die alleinige Anwesenheit von Mitarbeitern am Arbeitsplatz nicht zwangsläufig positiv auf die Produktivität im Unternehmen auswirkt. Geht ein Mitarbeiter trotz Krankheit zur Arbeit, kann dies zu einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit und erhöhten Fehlerquote führen. Informationen über Fehlzeiten kann das Unternehmen entweder aus einer internen Statistik entnehmen oder über die Krankenkasse erfragen.

Die Zahl der Arbeitsunfälle zählt ebenso zu den harten Kennzahlen. Sie gibt Aufschluss über die Arbeitssicherheit im Unternehmen und gilt als Spätindikator, da Arbeitsunfälle in der Regel erst passieren, wenn es an der Sicherheit mangelt. „Arbeitsunfälle mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Werktagen oder auch, wenn der Tod einer Person eintritt, sind meldepflichtig“⁴⁴ gegenüber dem zuständigen Unfallversicherungsträger. Ob ein Betrieb diesbezüglich eher gut oder schlecht dasteht, lässt sich durch konzerninterne oder Branchenvergleiche aufzeigen.

Die Teilnehmerquote an den angebotenen Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements gibt zum einen Aufschluss darüber, welche Zielgruppen erreicht wurden, und zum anderen, wie die Maßnahmen von den Mitarbeitern angenommen wurden. Nehmen nur sehr wenige Mitarbeiter teil, besteht die Möglichkeit, dass nicht ausreichend darüber informiert oder der Nutzen nicht verstanden wurde. Selbst wenn die Maßnahmen von vielen genutzt werden, muss dennoch geschaut werden, ob es sich um die ohnehin motivierten und engagierten

⁴⁴ Singer, S., Neumann, A. (2010), S. 59.

Mitarbeiter handelt oder ob man ebenso diejenigen angesprochen hat, die eher wenig auf ihre Gesundheit achten.

Das Betriebsklima ist ebenfalls ein wichtiger Faktor für die Gesundheit der Mitarbeiter in einem Unternehmen. Es spiegelt sich in Fehlzeiten, Krankenständen, Fluktuation und Anzahl der Beschwerden durch Mitarbeiter wider. Wird es als positiv empfunden, ist eine Akzeptanz gegenüber dem Management vorhanden und Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden besser angenommen. Zudem fördert ein positives Betriebsklima die Motivation und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter. Positiv beeinflussen lässt es sich weniger durch Vorschriften und Verbote als vielmehr durch geschicktes Führungsverhalten, das auf Autonomie und Wertschätzung der Mitarbeiter setzt.⁴⁵

3.3.2 Work Ability Index

„Der Work Ability Index (WAI) kann als ein Frühindikator für Lebens- und Arbeitsqualität, Fehlzeiten, Effizienz und Effektivität von Interventionen im Gesundheitsmanagement fungieren.“⁴⁶ Mithilfe des WAI lassen sich auch Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements hinsichtlich ihrer Sinnhaftigkeit und ihres Nutzens bewerten. Er macht jedoch keine Aussage über Ursachen oder darüber, welche Maßnahme angewandt werden soll.

Der WAI beschreibt die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Diese wiederum beschreibt „die Fähigkeit eines Menschen, eine gegebene Arbeit zu einem bestimmten Zeitpunkt [unter den vorherrschenden Arbeitsbedingungen] zu bewältigen“⁴⁷ Der WAI wird mithilfe eines Fragebogens, bestehend aus zehn Fragen, die in sieben Kategorien unterteilt sind, ermittelt. Dabei werden der Gesundheitszustand, die Leistungsreserven sowie die psychischen und physischen Anforderungen des Mitarbeiters abgefragt. Für jede Antwort wird eine gewisse Anzahl an Punkten vergeben aus denen dann das Gesamtergebnis resultiert. Dieses kann zwischen 7 und 49 Punkten liegen, woraus nach folgender Tabelle das Niveau der Arbeitsfähigkeit des Mitarbeiters abgelesen werden kann.

⁴⁵ Vgl. Singer, S., Neumann, A. (2010), S. 58-62.

⁴⁶ Uhle, T., Treier, M. (2013), S. 258.

⁴⁷ Hasselhorn, H. M., Freude, G. (2007), S. 9.

Tabelle 4: Bewertungsskala der Arbeitsfähigkeit

Punkte	Arbeitsfähigkeit	Ziel von Maßnahmen
7-27	schlecht	Arbeitsfähigkeit wiederherstellen
28-36	mäßig	Arbeitsfähigkeit verbessern
37-43	gut	Arbeitsfähigkeit unterstützen
44-49	sehr gut	Arbeitsfähigkeit erhalten

Quelle: Eigene Abbildung nach: Hasselhorn, H. M., Freude G. (2007): S. 19

Aus der gewonnenen Erkenntnis über das Ziel der jeweiligen Maßnahme lässt sich dann eine Handlungsaufforderung für das betriebliche Gesundheitsmanagement ableiten. Die Wirkung der eingeleiteten Maßnahmen lässt sich durch regelmäßige Wiederholungen der Index-Erhebungen messen. Zu beachten ist jedoch, dass der WAI nur mit Zustimmung des jeweiligen Mitarbeiters eingesetzt werden darf. Die Person, beispielsweise der Betriebsarzt, die den WAI ermittelt, unterliegt der Schweigepflicht und darf die Daten lediglich anonymisiert weitergeben, damit keine Rückschlüsse auf den einzelnen Mitarbeiter gezogen werden können. Eine von vornherein anonymisierte Ermittlung wäre allerdings unwirksam, da so keine gezielten Hilfestellungen gegeben werden können.⁴⁸

3.3.3 Return on Investment

Der Return on Investment (ROI), welcher übersetzt Kapitalverzinsung oder Kapitalrendite bedeutet, „ist eine [betriebswirtschaftliche] Kennzahl aus der Investitionsrechnung, die den Nutzen einer Maßnahme (also die monetäre Bewertung des Ergebnisses einer Intervention) in Beziehung zum investierten Kapital (also den Kosten für die Planung und Durchführung einer Maßnahme ...) setzt.“⁴⁹ In Bezug auf das betriebliche Gesundheitsmanagement können Kosten und Nutzen von Prozessen gegenüber gestellt und in ein Verhältnis gesetzt werden. Die Kostenseite, also das investierte Kapital, beinhaltet Ausgaben für Maßnahmen, Prozesse sowie Personal und der Nutzen setzt sich zusammen aus den Erlösen bzw.

⁴⁸ Vgl. Hasselhorn, H. M., Freude, G. (2007), S. 14; Langhoff, T. (2009), S. 188-191; Uhle, T., Treier, M. (2013), S. 258-259.

⁴⁹ Schraub, E. M., Stegmaier, R., Sonntag, K. (2010), S. 18.

Gewinnen, die das Unternehmen durch Produktivitätssteigerungen, verbesserten Arbeits- und Gesundheitsschutz, geringere Krankheitskosten und niedrigere krankheitsbedingte Fehlzeiten erwirtschaftet. Der ROI kann sowohl retrospektiv, das bedeutet im Nachgang an die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements im Rahmen der Evaluation errechnet werden, als auch prospektiv, um im Vorfeld den monetären Nutzen der Maßnahmen abzuschätzen. Unabhängige Studien aus den USA haben einen positiven Nutzen von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements ergeben. So werden Einsparungen bei Krankheitskosten mit einem Verhältnis von 1 : 2,3 bis 1 : 5,9 angegeben und bei Fehlzeiten mit 1 : 2,5 bis 1 : 4,85. Am Beispiel der Fehlzeiten bedeutet das, dass ein Unternehmen für jeden Euro, den es in eine Maßnahme investiert, mindestens 2,5 Euro spart.⁵⁰

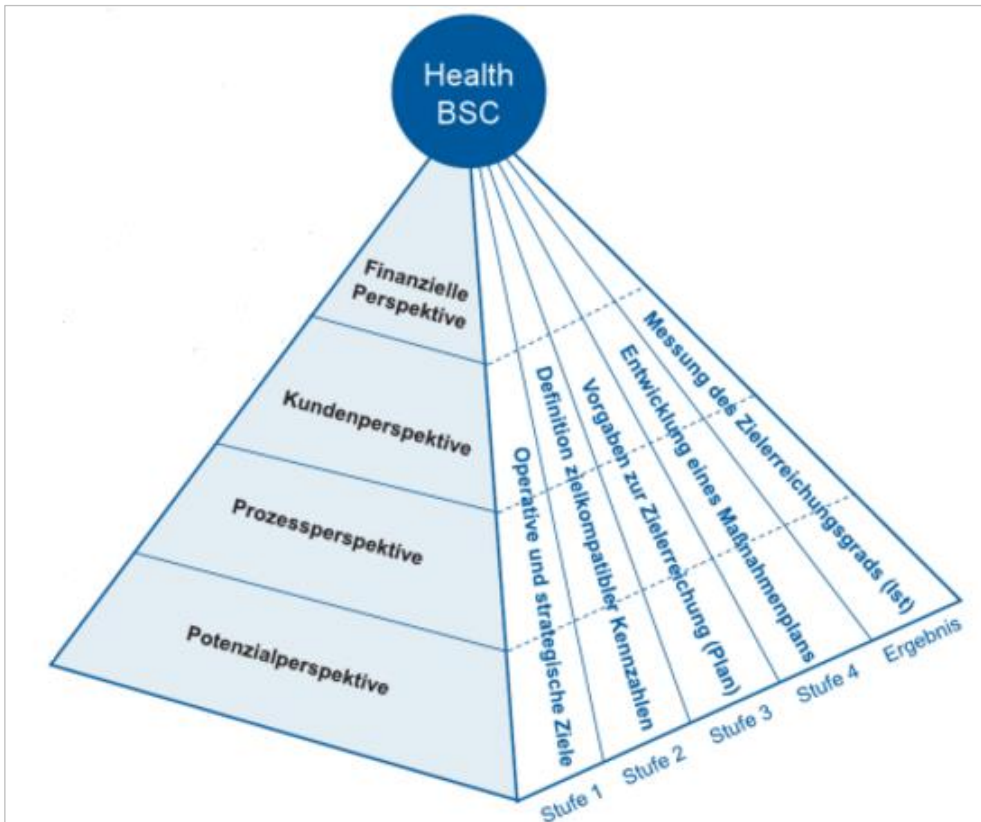
3.3.4 Gesundheits-Balanced Scorecard

Die klassische Balanced Scorecard (BSC) geht auf Kaplan und Norton zurück und stellt ein strategisches Managementsystem dar. BSC lässt sich als ‚mehrdimensionale Zielscheibe‘ übersetzen, die vergangenheitsbezogene Kennzahlen wie die Finanzperspektive mit aktuellen Vorgaben und Zielen in Verbindung mit zukunftsorientierten Maßnahmen verknüpft. Bezogen auf das betriebliche Gesundheitsmanagement werden bei der Gesundheits-BSC normative und strategische Gesundheitsziele mit aussagekräftigen Kennzahlen hinterlegt. Diese enthalten sowohl monetäre als auch nichtmonetäre Kriterien. Ziel ist es, die Fortschritte bis zur Zielerreichung kontinuierlich zu überblicken.

Die Gesundheits-BSC unterscheidet nach den Perspektiven Finanzen, Kunden, Prozesse sowie Lernen und Entwicklung, was auch vielfach als Potenzial bezeichnet wird. Danach ergibt sich folgendes Modell.⁵¹

⁵⁰ Vgl. AOK Bundesverband (2007), S. 48; Kramer, I., Bödeker, W. (2008), S. 5-6.

⁵¹ Vgl. Baumann, R. (2009), S. 124-125; Siller, H., Cibak, L. (2014), S. 179-180; Uhle, T., Treier, M. (2013), S. 241-243.

Abbildung 2: Gesundheits-Balanced Scorecard

Quelle: Eigene Abbildung nach: Uhle, T., Treier, M. (2013): S. 242

Die Basis bildet die Potenzialperspektive. Durch Entwicklung und Förderung der gesundheitsbezogenen Fachkompetenz sowie der Erhöhung der Schulungsinintensität soll die Gesundheit der Mitarbeiter gesteigert werden. Dies kann unter anderem durch die Beteiligung an Arbeitskreisen und Gesundheitszirkeln erreicht werden, wodurch sie lernen, Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Durch Steigerung des Potenzials der Mitarbeiter sinken die Fluktuationsquote sowie die Unfallhäufigkeit und die Mitarbeitergesundheit verbessert sich. Hierdurch reduzieren sich die Krankheitsausfälle, wodurch die Produktionsauslastung sowie die Beteiligungsquote der Mitarbeiter in der Prozessperspektive ansteigen. Zudem verkürzt sich durch optimierte Prozessabläufe die interne

Bearbeitungszeit von Aufträgen. Dies bedeutet in der Kundenperspektive, dass sich die Kundenzufriedenheit erhöht, die Anzahl der Beschwerden zurück geht und sich die Neukundenaufnahme steigert. Für die Finanzperspektive haben diese Entwicklungen eine Kostensenkung und eine Einnahmensteigerung zur Folge, da sich die Fehlzeiten und die Unfallversicherungsbeiträge aufgrund von Arbeitsunfällen reduzieren.

Somit eignet sich die Gesundheits-BSC für die kontinuierliche Überwachung der Zielerreichung. Sie unterstützt jedoch lediglich die Umsetzung eines Konzeptes und ersetzt nicht die Erstellung einer Strategie.⁵²

3.4 Instrumente

Als Instrumente für das betriebliche Gesundheitsmanagement lassen sich der Arbeits- und Gesundheitsschutz, die betriebliche Gesundheitsförderung, die betriebliche Suchtprävention und das betriebliche Eingliederungsmanagement nennen, aus denen sich dann konkrete Maßnahmen und Kennzahlen ableiten lassen.

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz ist für die Unternehmen vom Gesetzgeber verpflichtend geregelt und mittels Verwaltungsakten durchsetzbar. Durch entsprechende Gesetze, wie das Arbeitsschutz- und das Arbeitssicherheitsgesetz, soll die Sicherheit im Betrieb gewährleistet werden. Der Arbeitgeber muss den Arbeitnehmern einen ergonomischen Arbeitsplatz bereitstellen, für eine gesundheitsgerechte Arbeitsorganisation sorgen und die Geräte und Maschinen müssen den Sicherheitsauflagen entsprechen. Zudem muss den Arbeitnehmern, wenn nötig, Schutzkleidung zur Verfügung gestellt werden.⁵³

Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist ebenso wie der Arbeits- und Gesundheitsschutz für den Arbeitgeber verpflichtend geregelt. Gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX sind seit 2004, „unabhängig von der Betriebsgröße, Maßnahmen des BEM durchzuführen, wenn ein Beschäftigter mehr als 42 Tage innerhalb von 12

⁵² Vgl. Baumann, R. (2009), S. 124-125; Uhle, T., Treier, M. (2013), S. 241-243; Wendling, J. (2008), S. 23-24.

⁵³ Vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2011), S. 8.

Monaten arbeitsunfähig ist. Dies gilt sowohl für länger andauernde Arbeitsunfähigkeit als auch für viele aufeinanderfolgende Kurzzeiterkrankungen.⁵⁴ Es dient dazu, die Arbeitsbedingungen für den Beschäftigten so anzupassen, dass dessen Arbeitsfähigkeit möglichst erhalten bleibt und somit ein Arbeitsplatzverlust oder weitere Ausfälle bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vermieden werden. Dieses Angebot der Wiedereingliederung ist für den Arbeitnehmer freiwillig. Stimmt er jedoch zu, ist er zur Mitwirkung verpflichtet.⁵⁵

Die betriebliche Gesundheitsförderung geht über den Gesundheitsschutz hinaus und ist für den Arbeitgeber nicht verpflichtend. Die Krankenkassen hingegen sind nach § 20a SGB V dazu verpflichtet, Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erbringen. Die Maßnahmen „zielen .. darauf ab, gesundheitlichen Belastungen vorzubeugen, Gesundheitspotenziale zu stärken und das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der .. [Arbeitnehmer] zu verbessern.“⁵⁶ Dies gelingt durch gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, Strukturen und Prozesse im Unternehmen sowie durch die Befähigung der Mitarbeiter, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen nachhaltig im Berufs- und Privatleben zu verinnerlichen. Hierdurch steigert sich die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter, wodurch deren Leistungsfähigkeit gesteigert wird, was letztlich der Produktivität des Unternehmens zugutekommt.⁵⁷

Die betriebliche Suchtprävention wird in der Literatur häufig als eine Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung bezeichnet. Sie ist jedoch vielmehr ein Baustein eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements, da sie ebenso in eigenständigen Arbeitskreisen und Gesundheitszirkeln zu organisieren ist. Zudem deckt die BSP, wie bereits erwähnt, die Bereiche von der primordialen bis hin zur tertiären Prävention sowie die Verhaltens- und Verhältnisprävention ab. Es geht also nicht ausschließlich darum, die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern, sondern die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Sucht zu verhindern. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ist somit vielmehr ein Resultat der betrieblichen Suchtprävention.⁵⁸

⁵⁴ Bundesministerium für Gesundheit (2011), S. 8.

⁵⁵ Vgl. Quistorp, C. von (2013), S. 131-132; Sakris, J. (2014), S. 93-95.

⁵⁶ Spicker, I., Schopf, A. (2007), S. 36.

⁵⁷ Vgl. Spicker, I., Schopf, A. (2007), S. 36.-37.

⁵⁸ Vgl. Tielking, K. (2013), S. 126-127.

3.5 Gesetzliche Grundlagen und Richtlinien

3.5.1 Arbeitsschutzgesetz

Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) hat seinen Ursprung im 19. Jahrhundert in der gesetzlichen Unfallversicherung und der Gewerbeordnung von 1869. Es wurde im Jahre 1996 zusammen mit dem Unfallversicherungsgesetz ins Siebte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VII) überführt.⁵⁹

Das Arbeitsschutzgesetz bildet zusammen mit der Ottawa-Charta die Wurzel des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Es ist die gesetzliche Grundlage für die Pflicht des Arbeitgebers, Maßnahmen zur Gewährleistung und Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes durchzuführen. Es beinhaltet die Rechte und Pflichten der Arbeitnehmer und regelt die Überwachung der Einhaltung des Arbeitsschutzes durch die zuständigen Behörden.⁶⁰ Im Folgenden sind die wesentlichen Inhalte des Arbeitsschutzgesetzes kurz aufgeführt:

- 1) Es „dient dazu, Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit [in allen Tätigkeitsbereichen] durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern.“⁶¹
- 2) Um Maßnahmen zur Unfallverhütung sowie zur Beseitigung von arbeitsbedingten Gefahren einzuleiten, zu die der Arbeitgeber verpflichtet ist, muss er zunächst eine Gefährdungsbeurteilung durchführen. Hinzu kommt, dass er für die Planung und Durchführung der Maßnahmen alle erforderlichen Mittel bereitzustellen sowie die Wirksamkeit zu überprüfen hat.⁶²
- 3) Des Weiteren besagt das Gesetz, dass alle Schritte, Ergebnisse sowie Arbeitsunfälle zu dokumentieren sind.⁶³
- 4) Arbeitnehmer können sich auf ihren Wunsch hin während der Arbeitszeit regelmäßig arbeitsmedizinisch untersuchen lassen.⁶⁴

⁵⁹ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (o.J.), o.S.

⁶⁰ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (o.J.), o.S.

⁶¹ § 1 Abs. 1 ArbSchG.

⁶² Vgl. § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 und 2 ArbSchG.

⁶³ Vgl. § 6 Abs. 1 und 2 ArbSchG.

⁶⁴ Vgl. § 11 ArbSchG.

- 5) Es müssen regelmäßige Unterweisungen durch den Arbeitgeber bezüglich Sicherheit und Gesundheitsschutz stattfinden. Diese Aufgaben und Pflichten kann der Arbeitgeber an zuverlässige und qualifizierte Personen delegieren.⁶⁵
- 6) Ebenso stehen die Arbeitnehmer in der Pflicht, auf ihre Sicherheit und ihren Gesundheitsschutz zu achten sowie festgestellte Gefahren und Defizite unverzüglich dem Arbeitgeber aufzuzeigen.⁶⁶

3.5.2 Arbeitssicherheitsgesetz

Das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG), welches im Jahre 1973 verabschiedet wurde, komplettiert das Arbeitsschutzgesetz. Es verpflichtet den Arbeitgeber gemäß § 1 ASiG, „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen, welche ... ihn beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung unterstützen.“⁶⁷ Während die Betriebsärzte speziell in Fragen des Gesundheitsschutzes beraten, sorgen die Fachkräfte für Arbeitssicherheit, wie schon aus ihrem Namen ersichtlich, vor Ort sowohl für Arbeitssicherheit als auch für eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit.⁶⁸ Dabei arbeiten sie eng mit dem Betriebsrat zusammen.

Mit diesen Vorschriften, welche in den Unfallverhütungsvorschriften konkretisiert sind, soll erreicht werden, dass die Richtlinien des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung an die jeweiligen Gegebenheiten des Unternehmens angepasst werden, die Maßnahmen eine möglichst hohe Effektivität erzielen und die gesicherten arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Erkenntnisse in die Umsetzung mit einfließen.⁶⁹

⁶⁵ Vgl. § 12 Abs. 1 und § 13 Abs. 2 ArbSchG.

⁶⁶ Vgl. §§ 15 und 16 ArbSchG.

⁶⁷ § 1 ASiG.

⁶⁸ Vgl. § 3 Abs. 1 und § 5 Abs. 1 ASiG.

⁶⁹ Vgl. § 1 ASiG.

3.5.3 Ottawa-Charta

Die WHO legte mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, welche am 21. November 1986 im kanadischen Ottawa verabschiedet wurde, einen weiteren Grundstein für das betriebliche Gesundheitsmanagement. Sie beruht auf den aus der Deklaration von Alma-Ata erzielten Fortschritten und zielt auf eine ‚Gesundheit für alle‘ ab. Voraussetzung hierfür sind „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.“⁷⁰ Ein weiterer wichtiger Faktor ist jedoch, dass die Menschen lernen, ihre eigene Gesundheit positiv zu beeinflussen, sich selbst als Träger zu sehen. Denn Gesundheit entsteht genau da, wo man lebt und arbeitet. Das heißt, dass auch die Bedingungen und Gefährdungen am Arbeitsplatz Einfluss auf die Gesundheit der Menschen nehmen. Daher müssen auch die Gesundheitsdienste neu ausgerichtet werden. Es muss „ein Versorgungssystem .. entwickel[t] [werden], das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.“⁷¹ Die WHO fordert Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung, damit der Mensch mit seinen Bedürfnissen als eine ganzheitliche Persönlichkeit gesehen wird.

Mit den folgenden drei Kernelementen hat die Weltgesundheitsorganisation mit der Ottawa-Charta einen weiteren Meilenstein für das betriebliche Gesundheitsmanagement gelegt. Jegliche Handlungen und Verhaltensfaktoren sollen so gestaltet werden, dass sie der Gesundheit zuträglich sind, da der Gesundheitszustand einen bedeutenden Einfluss auf die Lebensqualität ausübt. Zudem sollen die Menschen dazu befähigt werden, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten, was nur möglich ist, „wenn sie auf Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.“⁷² Das bedeutet, dass soziale Unterschiede verringert, Informationsdefizite ausgeglichen und weitere Voraussetzungen geschaffen werden müssen, damit eine Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit herrscht. Des Weiteren soll das Zusammenwirken aller Beteiligten, sei es die Regierung,

⁷⁰ Weltgesundheitsorganisation (1986), S. 1-2.

⁷¹ Weltgesundheitsorganisation (1986), S. 4.

⁷² Ebd., S. 2.

der Gesundheitssektor, die Medien oder andere Institutionen, verstärkt koordiniert werden, da Gesundheitsförderung die Vermittlung und Vernetzung unterschiedlichster Interessen aus der Gesellschaft verlangt.⁷³

3.5.4 Luxemburger Deklaration

Die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union ist im November 1997 von den Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes in Luxemburg verabschiedet worden. Sie gibt Handlungsanweisungen für Unternehmen, wie sie mit betrieblicher Gesundheitsförderung die Gesundheit der Mitarbeiter und deren Wohlbefinden verbessern können. Dies soll erreicht werden, indem Arbeitsbedingungen und -organisation verbessert, die Mitarbeiter aktiv beteiligt und ihre persönlichen Kompetenzen gestärkt werden. Damit dies gelingt, muss das Unternehmen ihre Mitarbeiter als Erfolgs- und nicht mehr nur als Kostenfaktor sehen. Die Personalpolitik muss aktiv das Ziel verfolgen, die Gesundheit der Belegschaft zu fördern, den Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Alltag zu integrieren und die Mitarbeiter zu mehr Übernahme von Verantwortung für ihre Gesundheit zu motivieren. Zudem muss ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Arbeitsanforderungen und den Möglichkeiten des Mitarbeiters geschaffen werden, diese zu bewältigen.

Dafür gibt die Luxemburger Deklaration folgende Leitlinien bzw. Qualitätskriterien vor, an denen sich die Unternehmen orientieren sollen:

⁷³ Vgl. ebd., S. 1-6.

Tabelle 5: Leitlinien für betriebliche Gesundheitsförderung

Partizipation	Alle Mitarbeiter im Unternehmen nehmen aktiv teil
Integration	BGM muss in allen Ebenen des Unternehmens integriert, in Entscheidungen mit einbezogen und im Leitbild verankert werden
Projektmanagement	„alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse“ ⁷⁴
Ganzheitlichkeit	Die Maßnahmen sind verhaltens- und verhältnisorientiert, die Risikofaktoren werden reduziert sowie die Schutzfaktoren und Gesundheitspotenziale gestärkt

Quelle: Eigene Abbildung nach: Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (1997): S. 3

Aus der Luxemburger Deklaration gehen ebenfalls Grundlagen für zukünftige Aktivitäten hervor. Zum einen wollen sie die betriebliche Gesundheitsförderung in den Unternehmen noch weiter verbreiten und somit mehr Praxisbeispiele sammeln, die noch unerfahrenen Unternehmen als Anreiz dienen können und zum anderen sollen die Mitarbeiter dazu bewegt werden, mehr Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Damit auch kleine und mittelständische Unternehmen bereit sind, betriebliche Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb zu integrieren, soll speziell auf deren Bedürfnisse und Schwierigkeiten eingegangen werden. Zudem sollen noch weitere Leitlinien entwickelt werden, die die Installation eines effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagements erleichtern.⁷⁵

⁷⁴ Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (1997), S. 3.

⁷⁵ Vgl. Ebd., S. 2-3.

4 Betriebliche Suchtprävention

4.1 Süchte im Betrieb

4.1.1 Alkohol

Alkoholkonsum gehört zu den am weitesten verbreiteten Süchten in Deutschland. Alkoholhaltige Getränke sind nicht verboten, bezahlbar, leicht zu beschaffen und nicht zuletzt gesellschaftlich akzeptiert wie kein anderes Suchtmittel. Zwar ist der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol, auch Ethylalkohol oder kurz Ethanol genannt, „eine farblose, brennbare und brennend schmeckende Flüssigkeit“⁷⁶, bis 2010 stetig gesunken – 1980 betrug er noch 12,9 Liter und 30 Jahre später nur noch 9,6 Liter – in 2013 aber immer noch 9,7 Liter. Danach gehört Deutschland im internationalen Vergleich zu den Ländern mit überdurchschnittlich hohem Konsum. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation belegte Deutschland 2013 im weltweiten Vergleich von 190 Nationen den Rang 23.⁷⁷ Alkoholische Getränke bestehen jedoch nicht aus reinem Alkohol. Um die Alkoholmenge, welche in Gramm angegeben wird, in einem Getränk zu berechnen, ist folgende Formel zu benutzen: Alkoholmenge (g) = Menge in ml x $\frac{\text{Vol.-%}}{100}$ x 0,8

Eine Flasche Bier (0,33 l) enthält umgerechnet 13 g reinen Alkohol, ein Glas Wein (0,21 l) 16 g und ein Glas Whisky (0,02 l) 7 g. Die Deutsche Hauptstellen für Suchtfragen e.V. hat zur Einschätzung des individuellen Risikos, alkoholbedingt zu erkranken, vier Konsumklassen definiert; den risikoarmen, den riskanten, den gefährlichen Konsum und den Hochkonsum, und ihnen folgende Richtwerte zugeteilt. Die angegebenen Mengen sind dabei in Gramm entsprechen einer durchschnittlichen Tagesmenge.⁷⁸

⁷⁶ Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 17.

⁷⁷ Vgl. Robert-Koch-Institut (2015), S. 224.

⁷⁸ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 13-16; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015), S. 2-13.

Tabelle 6: Richtwerte der Alkoholkonsumklassen

Konsumklasse	Männer	Frauen
risikoarm	bis 24 g	bis 12 g
riskant	mehr als 24 g bis 60 g	mehr als 12 g bis 40 g
gefährlich	mehr als 60 g bis 120 g	mehr als 40 g bis 80 g
Hochkonsum	mehr als 120 g	mehr als 80 g

Quelle: Eigene Abbildung nach: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): S. 15

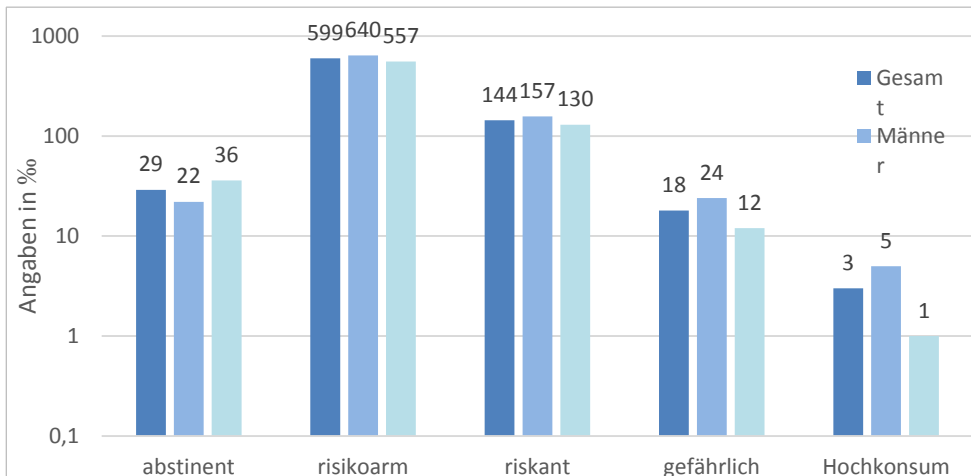
Die Mengenangaben wurden in den letzten Jahren stetig nach unten korrigiert, denn allein die Tatsache, dass nicht von risikofreiem Konsum, sondern lediglich von risikoarmem Konsum gesprochen wird, ist ein Indiz dafür, dass jeder Konsum von Alkohol dem menschlichen Organismus schadet. So werden bereits bei einem Vollrausch Millionen von Gehirnzellen zerstört. Dies wiederum führt auf Dauer zum Abbau der Gedächtnisleistung und der Konzentration bis hin zum Verlust der Intelligenz. Ein gewohnheitsmäßig hoher Alkoholkonsum birgt folglich große Risiken und senkt die Lebenserwartung. Von den inneren Organen wird insbesondere die Leber in Mitleidenschaft gezogen, bei Frauen hormonell bedingt mehr als bei Männern, da sie für den Alkoholabbau im Körper zuständig ist. Bauchspeicheldrüse sowie Magen und Darm können sich ebenfalls entzünden und die Gefahr, an Krebs zu erkranken, steigt. Kommen zudem weitere Risikofaktoren wie Rauchen, ungesunde Ernährung oder Bewegungsmangel hinzu, erhöht sich das Risiko nochmals deutlich.⁷⁹

„Das Bundesministerium für Gesundheit führt seit 1980 in unregelmäßigen Abständen von zwei bis fünf Jahren eine repräsentative Befragung der deutschsprachigen Wohnbevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren zu ihrem Gebrauch

⁷⁹ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 13-16; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015), S. 2-13.

psychoaktiver Substanzen durch[.]⁸⁰ Aus diesem epidemiologischen Suchtsurvey ergab sich, basierend auf 51,6 Millionen Menschen, folgendes Bild. Gefragt wurde, ob in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Alkohol konsumiert wurde.

Abbildung 3: Alkoholkonsum der Bevölkerung nach Risikoeinstufung



Quelle: Eigene Abb. nach: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): S. 17

Diese Angaben legen nahe, dass Alkohol nicht nur ein Problem ist, das in den eigenen vier Wänden auftritt, sondern aufgrund der Menge ebenso am Arbeitsplatz. Studien ergaben, dass etwa elf Prozent der Mitarbeiter täglich Alkohol am Arbeitsplatz konsumieren und sogar 41 Prozent gelegentlich. Zwar ist die Anzahl der betroffenen Mitarbeiter von der Branche und der Tätigkeit abhängig, doch nach Schätzungen des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS konsumiert jeder fünfte bis zehnte Arbeitnehmer so viel Alkohol, dass die Qualität seiner Arbeit darunter leidet. Neben dem Qualitätsverlust ist die Leistungsfähigkeit alkoholkranker Mitarbeiter gegenüber nichtabhängigen Kollegen um 25 Prozent reduziert. Das führt bei einem Jahresgehalt von 50.000 Euro zu Ausfallkosten in Höhe von rund 12.500 Euro. Zudem fehlen sie 16-mal häufiger und erleiden 3,5-mal so

⁸⁰ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 17.

oft einen Arbeitsunfall. Laut dem Gesundheitsreport der Barmer GEK waren alkoholabhängige Arbeitnehmer im Jahre 2011 rund 40 Tage länger krankgeschrieben und dies bei fast allen Krankheitsarten.⁸¹ Die Diagnosen, die bei Alkoholabhängigen am häufigsten auftreten, sind „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol[,] Rückenschmerzen[,] akute Infektionen der Atemwege[,] Verletzungen, hier insbesondere Kopfverletzungen[,] Magen-Darm-Probleme[,] Depressionen [sowie] Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems.“⁸² Hinzu kommt, dass etwa 20 Prozent der alkoholabhängigen Arbeitnehmer gekündigt oder vorzeitig pensioniert werden. So haben Unternehmen mit 1.000 Beschäftigten rund 325.000 Euro Einbußen pro Jahr durch Alkohol und Drogen. Allein „100 alkoholgefährdete bzw. alkoholabhängige Mitarbeiter, so das Ergebnis verschiedener Untersuchungen, verursachen in fünf Jahren über 1,5 Millionen ... [Euro] Kosten.“⁸³ Die Schäden beschränken sich nicht nur auf Unternehmen, sondern belasten die gesamte Volkswirtschaft. So entstehen nach Adams und Effertz (2011) jedes Jahr alkoholbedingte Produktivitätsverluste in Höhe von 16,7 Milliarden Euro. Hinzu kommen Ausgaben des Gesundheitswesens in Höhe von zehn Milliarden Euro, von denen eine Milliarde Euro auf Arbeitsunfälle mit Sachschäden unter Alkoholeinfluss entfällt. Der jährliche Gesamtschaden für die Volkswirtschaft beläuft sich damit auf 26,7 Milliarden Euro.⁸⁴

Nach Jellinek lassen sich Alkoholabhängige in fünf verschiedene Typen unterteilen. Je nachdem, welches Trinkverhalten ein Arbeitnehmer an den Tag legt, kann es für das Unternehmen schwierig sein, die Abhängigkeit aufzudecken.

Der Alpha-Typ, auch Problem- und Konfliktrinker genannt, konsumiert Alkohol in Situationen, für die er keine andere Bewältigungsmöglichkeit sieht wie beispielsweise bei Konflikten mit dem Partner, Enttäuschung, Frustration oder aber auch zur Entspannung. „Er trinkt undiszipliniert, erlebt jedoch keinen Kontrollverlust.“⁸⁵ Da er lediglich psychisch abhängig ist und eigenständig aufhören kann, wird er

⁸¹ Vgl. BARMER GEK (2012), o.S.; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 13-16; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015), S. 2-13; Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 17-20.

⁸² BARMER GEK (2012), S. 9.

⁸³ Teupe, S., Stierle, J. (2014), S. 44.

⁸⁴ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2014), S. 6.

⁸⁵ Bojack, B. (2008), S. 5.

nicht zum Kreis der Süchtigen, wohl aber zu den gefährdeten Konsumenten, gezählt.

Der Beta-Typ, welcher auch als Gelegenheits- oder Gewohnheitstrinker bezeichnet wird, wird ebenso wie der Alpha-Typ nicht als süchtig definiert, da er weder physisch noch psychisch abhängig ist. Er hat seinen Alkoholkonsum unter Kontrolle, trinkt zu besonderen Anlässen große Mengen oder gemütlich vor dem Fernseher, was er jedoch nicht als problematisch erachtet.

Die Alkoholabhängigkeit entwickelt sich beim Gamma-Typ von einer psychischen zu einer physischen Abhängigkeit. Er trinkt, entgegen seiner Vorsätze, bis zum Vollrausch, da er seinen Konsum mengenmäßig nicht mehr kontrollieren kann. Daher spricht man bei diesem Typus auch vom Rauschtrinker. Er besitzt jedoch die Fähigkeit, phasenweise abstinent zu leben. Durch sein häufig aggressives und unkontrolliertes Verhalten kann es für Kollegen leichter sein, seine Erkrankung zu erkennen. Ein vollständiger Alkoholverzicht ist ohne fremde Hilfe nicht mehr möglich.

Beim Delta-Typ, dem sogenannten Spiegeltrinker, ist eine phasenweise Abstinenz nicht mehr möglich. Er konsumiert regelmäßig Alkohol, wenn nötig auch mehrmals am Tag, damit der Alkoholspiegel im Blut nicht so weit absinkt, dass Entzugerscheinungen auftreten. Wird die regelmäßige Alkoholfuhr durch Reisen oder Krankenhausaufenthalte unterbrochen, kann der Spiegeltrinker durch Zittern, Unruhe, Angst, Schwitzen oder Erbrechen erkannt werden. Ansonsten ist es ihm möglich, jahrelang unerkannt zu bleiben.

Der Epsilon-Typ ist trotz Abstinenzphasen, die bis zu mehreren Wochen andauern können, psychisch abhängig. Aufgrund dieser Pausen hält er sich selbst nicht für einen Alkoholiker, daher wird er im Volksmund auch als ‚Quartalssäufer‘ bezeichnet. Es treten jedoch immer wieder grundlos Phasen auf, in denen er sich unkontrolliert bis zur Bewusstlosigkeit betrinkt.

Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass sich bei Frauen ein anderes Trinkmuster ergibt. Daher unterscheidet man bei Frauen zwei Trinkertypen. Der Frauentrinkertyp I führt meist ein normales Leben mit Familie und Erfolg im Beruf. Aufgrund eines mangelnden Selbstwertgefühls und einer fehlenden Problembewältigung, beginnt die Alkoholabhängigkeit meist im Alter von 25 und 35 Jahren. „Massive Schuldgefühle wegen des Alkoholkonsums und Partnerschaftskonflikte

verschlechtern die Situation.“⁸⁶ Bis Außenstehende Kenntnisse von der Erkrankung erlangen, vergeht eine lange Zeit. Bis dahin bleibt die Fassade der geordneten Verhältnisse gewahrt.

Der Frauentrinkertyp II hingegen beginnt bereits im Alter von 15 und 25 Jahren zu trinken, um soziale Kontakte zu anderen aufzubauen. Es kommt jedoch eher zur sexuellen Ausbeutung als zu festen Bindungen. Somit sind die Verhältnisse, beruflich wie privat, sehr instabil, sodass es schnell zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und gesellschaftlichem Abstieg kommt.⁸⁷

4.1.2 Medikamente

„In Deutschland sind zurzeit rund 50.000 verschiedene Arzneimittel im Handel. Von allen verordneten Arzneimitteln besitzen etwa fünf bis sechs Prozent ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial.“⁸⁸ Zu den häufig in der Arbeitswelt missbrauchten Medikamenten zählen Amphetamine, Benzodiazepine und Schmerzmittel. Aufgrund ihres Suchtpotenzials sind sie meist verschreibungspflichtig und unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. sind „rund 1,2 bis 1,5 Millionen Menschen von Benzodiazepinderivaten abhängig, weitere ... 300.000 bis 400.000 von anderen Arzneimitteln.“⁸⁹ Amphetamine können ebenfalls illegal als Drogen missbraucht werden, beispielsweise als Speed oder Crystal, doch in dieser Arbeit werden sie lediglich als eine Substanz in Medikamenten verstanden.

Zu den Schmerz- und Betäubungsmitteln gehören die Opiate und die Opioide. Erstere werden aus den unreifen Samenkapseln des Schlafmohns gewonnen und enthalten Opium oder Opiumalkaloide, insbesondere Morphin, und sind somit rein pflanzlich. Letztere sind voll- oder teilsynthetische Substanzen mit morphinähnlicher Wirkung. Beide wirken entweder peripher oder unmittelbar auf das zentrale Nervensystem, wodurch sie eine starke schmerzstillende Wirkung ent-

⁸⁶ Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 52.

⁸⁷ Vgl. Bojack, B. (2008), S. 5-6; Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 52-53; Mann, K. et al. (2006), S. 54-55.

⁸⁸ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 9.

⁸⁹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (o.J.), o.S.

falten. Unter kontrollierten, therapeutischen Bedingungen stellen sie nur ein geringeres Suchtpotenzial dar. Da sie jedoch Spannungsgefühle und Unlust durch Euphorie und Zufriedenheit ersetzen, haben sie unter diesem Aspekt ein hohes Suchtrisiko, welches größer als das von Alkohol ist. Als Nebenwirkungen können Übelkeit und Erbrechen, Störungen des Magen-Darm-Traktes und der Harnblase bis hin zu schwerer Verstopfung oder Koliken auftreten. Ebenso eine Verengung der Pupillen, ein Abfall der Atemtätigkeit sowie Störungen der Aufmerksamkeit und der Reaktionsfähigkeit. Kurzzeitig kann es auch zu Schwindel und Müdigkeit führen sowie bei einem atypischen Verlauf zu Dysphorie, Angst und Unruhe anstelle der euphorisierenden Wirkung.

Untersuchungen zufolge nehmen rund 60 Prozent der 18- bis 59-jährigen mindestens einmal im Jahr Schmerztabletten. Medikamentenmissbrauch im Sinne einer zu hoch dosierten Eigentherapie, worunter mehr als 15 Tage im Monat gemeint sind, betreiben lediglich ein Prozent der Bevölkerung bzw. fünf bis acht Prozent aller Kopfschmerzpatienten. Eine Überdosierung, als Morphinvergiftung zu verstehen, führt zur Lähmung des zentralen Nervensystems mit Beeinträchtigungen des Atemzentrums bis hin zum Atemstillstand.⁹⁰

Benzodiazepine, unter denen Beruhigungs- und Schlafmittel zu subsumieren sind, werden bei mehreren Indikationen eingesetzt. Sie wirken bei Angst- und Erregungszuständen beruhigend und sedierend. Zudem werden sie häufig bei Schlafstörungen, aber auch Muskelspasmen und zerebralen Krampfanfällen verordnet. Sie sind verschreibungspflichtig und sollten nicht länger als zwei bis vier Wochen verwendet werden, da das Risiko von Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, Unruhe oder Stimmungsschwankungen mit der Dauer der Medikamenteneinnahme zunimmt. Somit treten als Entzugssymptome bei einer Abhängigkeit „meist genau die Beschwerden auf, gegen die das Mittel ursprünglich eingenommen wurde“⁹¹. Studien haben jedoch gezeigt, dass rund ein Drittel der Menschen, die Benzodiazepine einnehmen, dies länger tun als empfohlen. Zwar sinken die Verordnungen von Benzodiazepinen seit einigen Jahren, doch werden

⁹⁰ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 79-95; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 18-23; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2014), S. 1-2; Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 35-36.

⁹¹ Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 30.

stattdessen vermehrt Non-Benzodiazepine, wie Zolpidem oder Zopiclon, die sogenannten Z-Drugs, verschrieben, welche laut WHO ein ähnliches Suchtpotenzial bieten.⁹²

Amphetamine, auch Psychostimulanzien genannt, setzen durch Überwindung der Blut-Hirn-Schranke Catecholamine, sogenannte Neurotransmitter, frei. „Dadurch kommt es zu einer zentralerregenden Wirkung, die zu einer Unterdrückung von Müdigkeitsgefühlen und Schlafbedürfnis führt und ein Gefühl erhöhter Leistungsbereitschaft und Konzentrationsfähigkeit erzeugt.“⁹³ Zudem steigert es bei nicht-ermüdeten Personen die Aktivität, wirkt euphorisierend und erhöht das Selbstvertrauen. Appetitlosigkeit, sexuelle Stimulation sowie Einschlafschwierigkeiten können ebenfalls als Nebenwirkungen auftreten. Eingesetzt werden sie bei Kindern oder Erwachsenen, die am Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, kurz ADHS, leiden, um deren Konzentrations- und Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Weiterhin werden Amphetamine bei Narkolepsie, im Volksmund als Schlafkrankheit bekannt, eingesetzt. Missbräuchlich werden sie als Neuro-Enhancer zum Gehirndoping eingesetzt, um die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz zu erhöhen.

Um festzustellen, wie viele Menschen Amphetamine missbräuchlich verwenden, wurden von unterschiedlichen Unternehmen Befragungen durchgeführt. „Weber und Rebscher weisen jedoch darauf hin, dass Befragungen kritisch zu interpretieren seien, da die Befragten zu sozial erwünschten Antworten tendieren“⁹⁴ so dass die Dunkelziffer höher ist. Denn allein 2011 wurden in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) 7.228 Patienten aufgeführt, die primär wegen Stimulanzien ambulant und stationär behandelt und betreut wurden. Vielfach taucht ein Medikamentenmissbrauch auch nur als Nebendiagnose auf. Im Jahr 2008 befragte die Zeitschrift ‚Gehirn & Geist‘ 170 ihrer Online-Leser zum Thema leistungssteigernde Medikamente. Sechzig Prozent von ihnen wären zur Einnahme bereit, wenn die Substanzen frei erhältlich und ohne Nebenwirkungen wären. Eine weitere Online-Umfrage machte das Wissenschaftsmagazin ‚Nature‘, indem es 1.427 Wissenschaftler aus 60 Ländern zum Gebrauch von leistungssteigernden

⁹² Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 61-73; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 12-15; Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 30-31.

⁹³ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 34.

⁹⁴ Eckhardt, A. et al. (2011), S. 61.

Medikamenten befragte. Unter ihnen hatten bereits 20 Prozent, also jeder Fünfte, ohne eine medizinische Notwendigkeit zu solchen Medikamenten gegriffen. Methylphenidat, ein Wirkstoff, der die kognitiven Fähigkeiten verbessert, wurde in den letzten Jahren weltweit und vor allem in Deutschland deutlich häufiger verordnet. So „stieg ... die Zahl der verordneten Tageseinheiten [allein von 2006 auf 2007] ... um 17,4 % [an].“⁹⁵ Hinweisen zufolge wird dieser Wirkstoff vor allem von Studenten und Prüflingen, „aber auch [von] Berufsgruppen wie Manager, ‚Börsianer‘, Journalisten, Mediziner etc.“⁹⁶ missbräuchlich verwendet. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen der ‚Mainzer-Studie‘ von Franke et al. (2011), die 1.035 Gymnasiasten und Berufsschüler sowie 512 Studenten der Fachrichtungen Medizin, Ökonomik und Pharmazie der Universität Mainz gezielt nach der missbräuchlichen Einnahme von Medikamenten zur Steigerung der kognitiven Fähigkeit befragten. Unter den Schülern betrug der Anteil 1,55 Prozent und unter den Studenten 0,78 Prozent.⁹⁷ Auch die DAK führte 2008 eine repräsentative, online-gestützte Umfrage durch, in der 3.017 Erwerbstätige im Alter von 20 bis 50 Jahren befragt wurden. Hiernach „kennt persönlich nahezu einer von Fünf (18,5 %) mindestens eine Person im Kollegen-, im Freundes- und Bekanntenkreis oder in der Familie, die Medikamente zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit oder zur Aufhellung der Stimmung ohne medizinisch triftige Gründe eingenommen hat bzw. einnimmt.“⁹⁸ Sogar mehr als jedem Fünften (21,4 %) wurde bereits zur Einnahme solcher Medikamente ohne medizinische Notwendigkeit geraten, wobei der Rat bei mehr als der Hälfte der Frauen (54,3 %) von Kollegen, Freunden, Bekannten oder der Familie und zu 33,6 Prozent von einem Arzt kam. Männer hingegen erhielten von der erst genannten Gruppe nur zu 44 Prozent einen Rat und von Ärzten nur zu 21,4 Prozent. Selbst Medikamente eingenommen, sei es mit oder ohne medizinischer Notwendigkeit, haben immerhin 514 Personen, also rund 17 Prozent der Befragten, wobei die Gruppe der Frauen unter ihnen mit 23,5 Prozent im Gegensatz zu den Männern mit 11,5 Prozent rund doppelt so hoch ist. Fragt man nach der Einnahme, die ohne eine medizinische Notwendigkeit geschieht, sind es unter rund 143 Personen nur noch 25,2

⁹⁵ DAK-Forschung (2009), S. 46.

⁹⁶ Ebd.

⁹⁷ Vgl. DAK-Forschung (2009), S. 37-46; DAK-Forschung (2015), S. 41-44; Eckhardt, A. et al. (2011), S. 61-62.

⁹⁸ DAK-Forschung (2009), S. 52.

Prozent der Frauen und 32,3 Prozent der Männer. Beim Großteil der Befragten stehen die Linderung und Therapie einer spezifischen Erkrankung auf Anraten eines Arztes im Vordergrund. Jedoch zeigt der Gesundheitsreport der DAK, dass jede vierte Frau und nahezu jeder dritte Mann der Befragten grundlos Medikamente zur Leistungssteigerung einnimmt. Setzt man diese Ergebnisse nun in Relation zu allen Befragten, betreiben nach Angaben der DAK aus 2008 „rund ... fünf Prozent der aktiv Erwerbstätigen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren“⁹⁹ Neuro-Enhancement. Die Beweggründe und Häufigkeit der Einnahme scheinen jedoch geschlechtsspezifisch zu sein. So nutzen rund die Hälfte der Frauen solche Präparate, um einer depressiven Verstimmung sowie Angst, Nervosität und Unruhe entgegenzuwirken, Männer hingegen eher, um Gedächtniseinbußen wettzumachen, Müdigkeit zu bekämpfen und Konzentrationsstörungen entgegenzuwirken. Um eine Aussage zu aktuellen Entwicklungen zu machen, wurden in 2014 erneut Erwerbstätige im Alter zwischen 20 und 50 Jahren durch die DAK befragt. Von knapp 5.000 Befragten lag der Anteil unter den Nutzern von Medikamenten zum Neuro-Enhancement bei 6,7 Prozent, darunter 3,3 Prozent zur Leistungssteigerung und 4,7 Prozent zur Stimmungsverbesserung und zum Abbau von Nervosität. Hinsichtlich der Geschlechterspezifität in der Verwendung konnte im Gegensatz zu 2008 kein Unterschied mehr festgestellt werden. Männer und Frauen betreiben Gehirndoping zu gleichen Teilen, lediglich die Beweggründe sind weiterhin unterschiedlich. So wollen Männer immer noch eher ihre Leistungsfähigkeit steigern und Frauen ihre Stimmung verbessern und Nervosität abbauen. Einen wichtigen Aspekt lieferte der Gesundheitsreport 2015 durch die Befragung nach der Unmatched Count Technique, kurz UCT-Technik, mit der sich die Dunkelziffer der Verwender bestimmen lässt. Ergebnissen zufolge liegt der tatsächliche Anteil unter den Erwerbstätigen in 2014 nicht bei 6,7 Prozent, sondern bei 12,1 Prozent. Diese Erhöhung um 80 Prozent lässt sich gleichermaßen auf alle Angaben übertragen.¹⁰⁰

⁹⁹ DAK-Forschung (2009), S. 55.

¹⁰⁰ Vgl. DAK-Forschung (2009), S. 52-55; DAK-Forschung (2015), S. 54-62; Kowalski, H. (2013), S. 28.

4.1.3 Tabak

Rauchen birgt eines der größten Gesundheitsrisiken in sich und führt aufgrund seiner Folgeerkrankungen in den meisten Fällen zu einem vorzeitigen Tod und verursacht Kosten sowohl für die Volkswirtschaft als auch für den Arbeitgeber.

Nach Angaben des Mikrozensus 2013 des Statistischen Bundesamtes liegt der Anteil der rauchenden Bevölkerung ab einem Alter von 15 Jahren unter den Männern bei 29,0 Prozent und unter den Frauen bei 20,3 Prozent.¹⁰¹ „An den Folgen des Rauchens sterben allein in Deutschland jedes Jahr[.] zwischen 100.000 und 120.000 Menschen[.]“¹⁰² denn so gut wie jedes Körperorgan wird durch das Rauchen geschädigt. Unter den Lungenkrebsfällen sind rund 90 Prozent darauf zurückzuführen. Ebenso ist das Risiko eines Schlaganfalls gegenüber einem Nichtraucher doppelt so hoch, das Risiko einer Herz-Kreislaufkrankung sogar noch höher. Daneben ist das Rauchen auch für viele weitere Krebsarten ursächlich. Es „schädigt die Augen, den Zahnhalteapparat, den Verdauungstrakt, das Skelett, die Geschlechtsorgane und die Fruchtbarkeit.“¹⁰³ Nach Schätzungen belaufen sich die Kosten für medizinische Versorgung von durch Rauchen verursachte Krankheiten und Gesundheitsprobleme auf 7,5 Milliarden Euro. Rechnet man die Kosten für Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und Todesfälle mit ein, ergeben sich gesamtwirtschaftliche Kosten in Höhe von 21 Milliarden Euro pro Jahr. Denn dadurch, dass Rauchen das Leben um durchschnittlich zehn Jahre verkürzt, sterben viele Raucher bereits im Alter zwischen 35 und 69 Jahren. Nicht einmal 60 Prozent von ihnen erreichen überhaupt das 70. Lebensjahr, wohingegen es unter den Nichtrauchern 81 Prozent sind. Doch nicht nur die Raucher selbst sind von den schädlichen Auswirkungen einer Zigarette oder dergleichen betroffen. Gut drei Viertel des Rauches werden nicht vom Raucher selbst eingeatmet, sondern gelangen direkt in die Raumluft. Bereits bei 90 von den über 4.800 verschiedenen Stoffen, die beim Rauchen freigesetzt werden, wurde eine krebserregende Wirkung festgestellt. „Die Konzentration vieler schädlicher Inhaltsstoffe ist sogar in dem Rauch, der [direkt] an die Umgebung abgegeben wird, höher als im aktiv inhalierten Tabakrauch.“¹⁰⁴ Zudem setzen sie sich ebenfalls an Wänden, Böden

¹⁰¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015), o.S.

¹⁰² Lampert, T., Lippe, E. von der, Müters, S. (2013), S. 802.

¹⁰³ Deutsches Krebsforschungszentrum (2008), S. 1.

¹⁰⁴ Lampert, T., List, S. M. (2010), S. 1.

und Möbeln fest, sodass sie sich nicht allein durch Lüften entfernen lassen. Laut einer Studie vom deutschen Krebsforschungszentrum in 2005 waren mehr als 35 Millionen erwachsene Nichtraucher, unter ihnen etwa 8,5 Millionen am Arbeitsplatz, dem Passivrauch ausgesetzt. Dies spiegelt sich auch in den über 3.300 Todesfällen im Berichtsjahr aufgrund der Folgen des Passivrauchens wider. Zwar konnte mit Einführung der Nichtraucherschutzgesetze in 2007, welche sich auf öffentliche Gebäude, Verkehrsmittel, Schulen, Krankenhäuser und Gastronomische Betriebe beziehen, die Gefahren des Passivrauchens eingedämmt werden, doch nach einer Untersuchung des Robert Koch-Instituts aus 2009 scheint dieses Problem immer noch präsent zu sein. Unter 21.262 befragten Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren gaben 14 Prozent der Frauen und 31 Prozent der Männer an, dass sie von Passivrauch am Arbeitsplatz betroffen sind.¹⁰⁵

4.2 Juristische Gesichtspunkte

Sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer sind gesetzlich dazu verpflichtet, für die Sicherheit am Arbeitsplatz zu sorgen. Dem Arbeitgeber kommt nach dem Arbeitsschutzgesetz und weiteren Verordnungen eine Fürsorgepflicht zu, nach der er für die Sicherheit und Gesundheit der Mitarbeiter Sorge zu tragen und diese über ein ordnungsgemäßes Verhalten am Arbeitsplatz zu unterweisen hat. Ebenso ist der Arbeitnehmer verpflichtet, auf seine Sicherheit und Gesundheit zu achten und festgestellte Gefahren unmittelbar zu melden. Dazu zählen auch Verhaltensauffälligkeiten von Kollegen, die eine Gefahr für die Person selbst oder andere darstellen.¹⁰⁶

Ein grundsätzliches Alkoholverbot am Arbeitsplatz per Gesetz gibt es allerdings nicht. Es ist jedoch eine Nebenpflicht des Arbeitnehmers, sich vor oder während der Arbeitszeit nicht in einen Rauschzustand, sei es durch Alkohol, Medikamente oder andere Drogen, zu versetzen, sodass er seine Arbeitsleistung nicht oder nur teilweise erbringen kann. Ist weder in einer Betriebsvereinbarung noch in einem

¹⁰⁵ Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2005), o.S.; Deutsches Krebsforschungszentrum (2008), S. 1-2; Kröger, C., Nowak, M., Heilmann, K. (2011), S. 123-127; Lampert, T., List, S. M. (2010), S. 1-3; Lampert, T., Lippe, E. von der, Müters, S. (2013), S. 802-803.

¹⁰⁶ Vgl. Gutmann, J. (2014), S. 103-107; Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 70-73.

Einzelarbeitsvertrag ein Alkoholverbot ausgesprochen, so ist der Genuss von Suchtmitteln am Arbeitsplatz, „soweit es die Art .. [der] Tätigkeit zulässt und .. [der Mitarbeiter] nicht sich oder andere gefährdet“¹⁰⁷ nicht untersagt. Ein generelles Alkoholverbot besteht lediglich für Jugendliche unter 16 Jahren aufgrund des § 31 Jugendarbeitsschutzgesetz.¹⁰⁸ Selbst wenn der Konsum von Alkohol, Medikamenten oder Drogen durch eine Betriebsvereinbarung untersagt ist, liegt die Beweislast beim Arbeitgeber, um juristische Schritte einleiten zu können. Zeigt ein Arbeitnehmer Auffälligkeiten, so darf ein Alkohol- oder Drogentest nur mit dessen Einverständnis und der des Betriebsrates durchgeführt werden. Andernfalls muss ein Zeugenbeweis beispielsweise durch Vorgesetzte, Betriebsrat oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit erbracht werden. Ist die Arbeitsfähigkeit eines Mitarbeiters aus Sicherheitsgründen nicht mehr gegeben, muss dieser seinen Arbeitsplatz umgehend verlassen. Der Arbeitgeber hat in diesem Fall dafür Sorge zu tragen, dass der Betroffene unbeschadet nach Hause gebracht wird. Die Kosten für den Heimtransport hat der Arbeitnehmer selbst zu tragen. Ob ein Anspruch auf Lohnfortzahlung für die ausgefallene Arbeitszeit besteht, richtet sich nach dem Verschulden des Mitarbeiters. Liegt eine Alkoholabhängigkeit vor, trifft ihn kein Verschulden, da diese nach Auffassung des Bundesarbeitsgerichts eine Krankheit im medizinischen und juristischen Sinne ist. Liegt dieser Tatbestand jedoch nicht vor und ist das Fehlverhalten aufgrund von Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch entstanden, besteht nach allgemeiner Rechtsauffassung kein Anspruch auf Lohnfortzahlung.¹⁰⁹

Eine ähnliche Differenzierung muss bei der Kündigung des Arbeitnehmers vorgenommen werden. Hier wird zwischen der verhaltensbedingten Kündigung – der Arbeitnehmer wäre in der Lage, sein Verhalten zu ändern, wenn er nur wollte – und der personenbedingten Kündigung – der Arbeitnehmer ist nicht in der Lage, sein Verhalten zu ändern, selbst wenn er wollte – zu unterscheiden. Erstere kommt zum Tragen, wenn keine Abhängigkeit im medizinischen Sinne besteht. Bevor eine verhaltensbedingte Kündigung wirksam wird, muss der Arbeitgeber den Arbeitnehmer zunächst abmahnen. Wie oft und ob überhaupt abgemahnt

¹⁰⁷ Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 72.

¹⁰⁸ Vgl. Feser, H. (1997), S. 24-25.

¹⁰⁹ Vgl. Feser, H. (1997), S. 25-28; Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 72-81.

werden muss, liegt in der Schwere der Tat. In der Regel wird in mehreren Schritten vorgegangen. Der Mitarbeiter kann zunächst mündlich auf sein Fehlverhalten aufmerksam gemacht werden, indem eine Verwarnung ausgesprochen wird. Tritt erneut ein Fehlverhalten auf, hat der Arbeitgeber die Möglichkeit, eine Abmahnung zu erteilen. Generell ist sie an keine Form gebunden, sollte aber aufgrund der Darlegungs- und Beweislast des Arbeitgebers schriftlich erfolgen. Zudem muss aus ihr zweifelsfrei zu entnehmen sein, zu welchem Zeitpunkt, an welchem Ort und unter welchen Umständen der Arbeitnehmer sich falsch verhalten hat und welche Konsequenzen ein weiteres Fehlverhalten nach sich zieht, damit eine Kündigungsandrohung ausgesprochen wird. Gegebenenfalls können bis zu einer Kündigung noch weitere Abmahnungen ausgesprochen werden.¹¹⁰

Die personenbedingte Kündigung ist bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht ebenso wie eine Kündigung aus krankheitsbedingten Gründen nach deren Grundsätzen in drei Stufen vorzunehmen. In der ersten Stufe wird geprüft, ob eine negative Prognose hinsichtlich des weiteren Krankheitsverlaufs vorliegt. Dies ist der Fall, wenn der Arbeitnehmer entweder zum Zeitpunkt der Kündigung eine Therapie oder ambulante Behandlung verweigert oder diese in ihrem Verlauf ohne triftige Gründe abbricht. In der zweiten Stufe ist festzustellen, ob eine erhebliche Beeinträchtigung der betrieblichen Interessen besteht. Diese liegt beispielsweise vor, wenn der Betriebsablauf durch die Fehlzeiten des Mitarbeiters gestört und eine Einarbeitung eines Kollegen oder eine Neueinstellung einer Hilfskraft nicht möglich ist. Gleiches gilt, wenn die finanziellen Belastungen, sei es durch Lohnfortzahlung oder durch Überbrückungsmaßnahmen für das Unternehmen nicht tragbar sind. Ebenso ist dies der Fall, wenn die Alkohol-, Medikamenten- oder Drogensucht eine erhebliche Gefahr für die Kollegen darstellt. Die dritte Stufe beinhaltet eine umfassende Interessensabwägung, wobei die betrieblichen Belange, die Krankheitsursachen, die Dauer des bestehenden Arbeitsverhältnisses sowie das Alter und bestehende Unterhaltspflichten des Betroffenen berücksichtigt werden. Maßgeblich sind jedoch die arbeitsplatzbezogenen Kriterien. Führen „die infolge der festgestellten negativen Prognose zukünftig zu erwartenden erheblichen Beeinträchtigungen betrieblicher Belange wirtschaftlicher oder sonstiger Art zu einer billigerweise nicht mehr hinzunehmenden Belastung

¹¹⁰ Vgl. Croset, P., Dobler, M. (2012), S. 22-23; Franke, B., Burgmer, C. (2008), S. 192-193; Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 82; Lieb, M., Jacobs, M. (2006), S. 128-129.

des Arbeitgebers“¹¹¹, ist eine personenbedingte Kündigung sozial gerechtfertigt.¹¹²

4.3 Strategien und Maßnahmen

4.3.1 Arbeitskreis Gesundheit

Der Arbeitskreis (AK) Gesundheit ist ein zentrales Steuerungsorgan, das „für eine umfassende Vorbereitung, Planung, Durchführung und Optimierung betrieblicher Suchtprävention, Hilfe und Nachsorge“¹¹³ verantwortlich ist. Die Mitglieder setzen sich aus unterschiedlichen Bereichen des Unternehmens zusammen, um einen umfassenden Überblick zu erhalten. Neben einem Moderator gehören dem Arbeitskreis Gesundheit unter anderem die Unternehmensleitung, Betriebs- bzw. Personalrat, der Betriebsarzt, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Vorgesetzte aus verschiedenen Bereichen, Sozial- und Suchtberater sowie die Schwerbehindertenvertretung an. Zudem können zusätzlich externe Berater, wie die der Krankenkasse oder der Berufsgenossenschaften, hinzugezogen werden.

Zu den Aufgaben des Arbeitskreises Gesundheit zählt zunächst die Bestandsaufnahme, um gezielt Maßnahmen anbringen und deren Wirksamkeit bewerten zu können. Hierzu können Arbeitsunfähigkeitsdaten analysiert, Mitarbeiter befragt und Gesundheitszirkel eingerichtet werden. Im Bereich der Suchtprävention kann beispielsweise der bisherige Umgang mit Alkoholproblemen, das Vorhandensein von Informationsmaterial zu Suchtmitteln oder Kursen zur Raucherentwöhnung überprüft werden. Basierend auf den gesammelten Erkenntnissen wird ein Konzept zur Planung und Durchführung von geeigneten Maßnahmen entworfen, welche dann in einem weiteren Schritt, unter Orientierung an den Leitlinien der Luxemburger Deklaration, durchgeführt werden. Die Kontrolle der Umsetzung erfolgt gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Gesundheitszirkeln. Bei auftretenden Schwierigkeiten werden von diesen Lösungs- und Verbesserungsvorschläge erarbeitet, über die der Arbeitskreis Gesundheit dann entscheidet. Um einen Überblick über erzielte Erfolge zu erhalten, werden zu Beginn

¹¹¹ Bundschuh, P., Thies, K. (2014), S. 39.

¹¹² Vgl. Bundschuh, P., Thies, K. (2014), S. 30-49; Wien, A. (2009), S. 110-111.

¹¹³ Feser, H. (1997), S. 55.

Ziele vereinbart, anhand derer zu jeder Zeit der Grad der Zielerreichung bestimmt werden kann.

Als weitere Aufgaben sind die Information und Aufklärung der Mitarbeiter zu nennen, also die Kommunikation im Unternehmen, sowie die Gesundheitsberichterstattung und gegebenenfalls das Erstellen einer Betriebsvereinbarung.¹¹⁴

4.3.2 Bestimmung des Ist-Zustandes

4.3.2.1 Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten

Zwar führen die meisten Unternehmen interne Statistiken zu Krankenständen, doch enthalten diese keine Angaben zu Diagnosen. Um gezielt Maßnahmen einleiten zu können, besteht die Möglichkeit mit einer Krankenkasse zusammenzuarbeiten, da dieser Informationen über „Häufigkeiten und Verteilungen der gemeldeten Krankheitsfälle, ihre[r] Dauer und ... der dazugehörige[n] Krankheitsdiagnose“¹¹⁵ vorliegen. Zudem verfügt diese über branchengleiche und branchenübergreifende Vergleichsdaten sowie über Daten ihrer Mitglieder, aus denen aussagekräftige Durchschnitts- und Prognosewerte errechnet werden können.

Eine Krankenkasse, die auf Wunsch für Unternehmen eine Krankenstandsanalyse durchführt, ist zum Beispiel die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Rheinland-Pfalz. Sie bietet Unternehmen, bei denen mindestens 50 Mitarbeiter bei der AOK Rheinland-Pfalz versichert sind, verschiedene Auswertungsmöglichkeiten an. Die Mindestgrenze von 50 AOK-Versicherten besteht aus Datenschutzgründen, da sonst Rückschlüsse auf einzelne Mitarbeiter möglich wären. Zudem muss eine Abstimmung zwischen der Unternehmensleitung und dem Betriebs- bzw. Personalrat stattfinden, da es sich um sensible Daten handelt. Als Analysemöglichkeit kann zwischen drei Ausführlichkeitsstufen gewählt werden; dem Kurzprofil, dem Betriebsprofil und dem Gesundheitsbericht. Ausgewertet werden kann zum Beispiel der Krankenstand des Unternehmens im Vergleich zur Branche und dem Durchschnitt der AOK Rheinland-Pfalz. Dies gibt unter anderem

¹¹⁴ Vgl. Amt für Arbeitsschutz Hamburg (2006), S. 1-2; Feser, H. (1997), S. 55-58; Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 96-97.

¹¹⁵ Gerstner, A., Schambortski, H., Wilhelm, M. (2008), S. 186.

Aufschluss über den „prozentuale[n] Anteil der Arbeitszeit .., der durch Arbeitsunfähigkeit im Betrieb verloren geht.“¹¹⁶ Zudem können die häufigsten Krankheitsarten, die im Unternehmen auftreten, mit den Durchschnittswerten der AOK-Versicherten verglichen werden. Liegt die Diagnosegruppe der psychischen Erkrankungen stark über dem Durchschnitt, kann dies ein Indikator für eine zu hohe Stressbelastung im Unternehmen sein, sodass Maßnahmen zur Stressreduktion eingeleitet und Seminare zum Umgang mit Stress angeboten werden können. Ebenso kann der Krankenstand nach Alter mit Branchenwerten und AOK-Daten verglichen werden. So lassen sich durch die Krankenstandsanalyse Erkenntnisse über den Gesundheitszustand der Mitarbeiter gewinnen und mithilfe der Suchtprävention gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen schaffen und die Gesundheit fördern.¹¹⁷

4.3.2.2 Mitarbeiter-Befragung

Die Befragung der Mitarbeiter ist ein nützliches Instrument, um schnell einen groben Überblick über die Situation im Unternehmen zu erhalten und belastende Arbeitsbedingungen zu erkennen. Aus Datenschutzgründen ist diese Art der Befragung, ebenso wie die Krankenstandsanalyse der Krankenkasse, erst ab einer Mitarbeiteranzahl von 50 Beschäftigten zulässig. In einem einheitlichen Fragebogen kann die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit den Arbeitsbedingungen und ihrer Führungskraft abgefragt werden, ebenso das Stressempfinden und das Anforderungsniveau in Bezug auf den Leistungsdruck. Zudem kann, wenn noch nicht vorhanden, der Wunsch nach Präventionsangeboten, Rückenschulungen, Nichtrauchertrainings, Suchtpräventionsprogrammen oder Stressseminaren abgefragt werden. Auch das Wissen der Mitarbeiter über Suchtmittel und der Umgang mit süchtigen Kollegen kann in Erfahrung gebracht werden. So erhält der Arbeitskreis Gesundheit einen Überblick über den Wissensstand der Mitarbeiter und die Arbeitsbedingungen, um basierend auf den Ergebnissen Maßnahmen zu erarbeiten. Ein Nachteil an anonymisierten Befragungen ist jedoch, dass bei Mängeln kein Rückschluss auf den jeweiligen Bereich oder Arbeitsplatz zu ziehen ist, sodass nur generelle Maßnahmen eingeleitet werden können. Genauere Auskünfte

¹¹⁶ Wendling, J. (2008), S. 28.

¹¹⁷ Vgl. Gerstner, A., Schambortski, H., Wilhelm, M. (2008), S. 186-187; Wendling, J. (2008), S. 27-30.

zu den jeweiligen Problemfeldern lassen sich über Arbeitssituationserfassungen oder Gesundheitszirkel bekommen.¹¹⁸

4.3.2.3 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind Ableger des Arbeitskreises Gesundheit und setzen sich aus fünf bis acht Mitarbeitern eines Bereichs oder einer Abteilung zusammen, geleitet von einem Moderator. Je nach Modell – Düsseldorfer oder Berliner – arbeiten hier ausschließlich Mitarbeiter oder aber Mitarbeiter und Vorgesetzte zusammen. Beim Berliner Modell setzt sich der Gesundheitszirkel nur aus Mitarbeitern derselben hierarchischen Ebene zusammen. Dies hat den Vorteil, dass ein Erfahrungsaustausch stattfinden kann, ohne dass dabei Konsequenzen durch die Führungskraft zu befürchten sind. Der Nachteil liegt jedoch darin, dass die Kompetenz von Entscheidungsträgern fehlt und somit eine schnelle Umsetzung nicht gewährleistet ist. Beim Düsseldorfer Modell arbeiten hingegen Vorgesetzte und Mitarbeiter direkt zusammen. Mithilfe von Gesundheitszirkeln können so beispielsweise hohe Arbeits- und Stressbelastungen, welche Süchte begünstigen, identifiziert und gezielt Verbesserungsvorschläge an den Arbeitskreis Gesundheit weitergeleitet werden. Ebenso kann in Gesundheitszirkeln ein schlechtes Betriebsklima, was sich ebenfalls negativ auf die Gesundheit der betroffenen Mitarbeiter auswirkt, thematisiert werden.¹¹⁹

4.3.3 Information und Aufklärung

Ein wichtiges Kernelement der betrieblichen Suchtprävention ist die Information und Aufklärung der Arbeitnehmer über den Gebrauch und die Wirkung von Suchtmitteln sowie deren Risiken für die eigene Person, aber auch für das Umfeld. Denn die Mitarbeiter übernehmen das neu gewonnene Wissen und die erlernten Verhaltensweisen auch in ihre Freizeit. In Bezug auf Alkohol soll über die gesundheitlichen Risiken von regelmäßigem Konsum informiert werden, da selbst kleine Mengen dem Körper auf Dauer schaden. Zudem soll den Mitarbeitern verdeutlicht werden, dass Alkoholabhängigkeit eine anerkannte Krankheit ist und Betroffene auf eine Therapie angewiesen sind. Dann sollte über die Punktnüchternheit, also das Alkoholverbot vor und während der Arbeitszeit, gesprochen

¹¹⁸ Vgl. Wendling, J. (2008), S. 30-31; Wienemann, E., Schumann, G. (2011), S. 14-15.

¹¹⁹ Vgl. Amt für Arbeitsschutz Hamburg (2006), S. 2-4; Demmer, H. (1995), S. 28-29; Gerstner, A., Schambortski, H., Wilhelm, M. (2008), S. 198-200.

werden sowie über die Co-Abhängigkeit. Hierbei versuchen beispielsweise Mitarbeiter alkoholbedingtes Fehlverhalten ihrer Kollegen zu vertuschen, um diese vor den Konsequenzen zu schützen. Tatsächlich schaden sie damit aber den Betroffenen, da so eine frühzeitige Behandlung verhindert wird. Zudem soll über Beratungs- und Hilfeangebote zur Reduzierung des Alkoholkonsums sowohl im Betrieb als auch extern informiert werden. In Bezug auf Medikamente soll vor allem über deren unterschätzten Konsum am Arbeitsplatz berichtet werden. Der Konsum von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln wird durch zu hohe Belastungen am Arbeitsplatz und im privaten Umfeld begünstigt. Auch wird aufgrund des hohen Leistungsdrucks in der Gesellschaft zunehmend zu leistungssteigernden Medikamenten, wie beispielsweise Ritalin, gegriffen. Hier müssen die Beschäftigten für Risiken und Gefahren einer Abhängigkeit sensibilisiert werden. Als Alternative zur Medikamenteneinnahme sollten über eine gesunde Work-Life-Balance informiert und Seminare zum Umgang mit bzw. zum Abbau von Stress angeboten werden. In Bezug auf den Tabakkonsum sollten die Risiken und Folgeerkrankungen für die eigene Person, aber auch für das Umfeld durch den Passivrauch erläutert und Nichtrauchertrainings angeboten werden.

Ebenso wichtig ist es, die Mitarbeiter und Vorgesetzten für das Erkennen einer Suchtmittelabhängigkeit zu sensibilisieren. Alkoholiker können zum Beispiel in mehreren Bereichen auffällig werden; im Sozialverhalten, in der Arbeitsleistung, im äußeren Erscheinungsbild und im Gesundheitsverhalten. Anzeichen können beispielsweise eine Alkoholfahne, zitternde Hände, glasige Augen, Gleichgewichtsstörungen, unsaubere Sprache, aggressives Verhalten, Rückzug und Beschränkung auf wenige Vertrauenspersonen, unentschuldigtes Fehlen, Unzuverlässigkeit sowie Überziehen der Pausen und unregelmäßiger Arbeitsbeginn sein. Eine Medikamentenabhängigkeit ist hingegen nur schwer zu erkennen. Betroffene zeigen häufig keine großen Auffälligkeiten und die Einnahme kann im Verborgenen erfolgen. „Die Diagnose der Medikamentenabhängigkeit ist wegen der in der Regel kontrollierten Verschreibung (dadurch weder Dosissteigerung noch Absetzen mit Entzugserscheinungen) schwierig zu stellen und wird meist erst durch die Entzugserscheinungen beim Absetzen des Medikamentes deutlich.“¹²⁰

¹²⁰ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013), S. 4.

Für die Aufklärung der Mitarbeiter bieten sich eine Vielzahl von Möglichkeiten an. Das Spektrum der Informationskanäle reicht von Aushängen am Schwarzen Brett über Flyer und Poster sowie Newsletter und Artikel in der Mitarbeiterzeitung bis hin zum Intranet. Die größte Tiefenwirkung und Nachhaltigkeit versprechen Informationsveranstaltungen und Gesundheitstage.¹²¹

4.3.4 Die Rolle der Führungskräfte

4.3.4.1 Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung

Im Umgang mit suchtkranken Mitarbeitern spielt die gesundheitsgerechte und gesundheitsfördernde Mitarbeiterführung eine entscheidende Rolle. Denn die Art der Führung hat einen erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Motivation der Mitarbeiter und kann somit den Konsum von Suchtmitteln beeinflussen. „So zeigt ... eine Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung, dass Mitarbeiter, die mit ihrem Vorgesetzten unzufrieden sind, deutlich mehr Krankheitstage haben.“¹²² Eine ähnliche Korrelation zwischen Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit bringt eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) hervor. So leiden die Mitarbeiter aufgrund des steigenden Drucks auf die Unternehmen nicht mehr klassisch an physischen Beschwerden, sondern vielfach an psychischen. Laut Mitarbeiterumfragen empfinden rund 30 Prozent die ständige Aufmerksamkeit bzw. Konzentration sowie den hohen Termin- und Leistungsdruck sowie knapp 25 Prozent das hohe Arbeitstempo als sehr belastend. Auf die Frage, wie die Arbeitsbedingungen verbessert werden könnten, antworten rund 35 Prozent, dass sie sich mehr Einsatz von ihrem Vorgesetzten sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas wünschen. Rund 28 Prozent vermissen ein Angebot an Gesundheitskursen im Unternehmen sowie Informationen über gesunde Verhaltensweisen. Knapp 19 Prozent sprechen sich für klärende Gespräche mit dem Vorgesetzten aus. Diese Ergebnisse verdeutlichen den engen Zusammenhang vom Verhalten der Führungskraft und der Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter. So nehmen bereits Lob und Anerkennung sowie die Einbeziehung der Beschäftigten in Entscheidungen „positiven Einfluss auf die

¹²¹ Vgl. Feser, H. (1997), S. 68-72; Soyka, M. (2016), S. 128; Wienemann, E., Schumann, G. (2011), S. 16-21.

¹²² Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 92.

Reduzierung von gesundheitlichen Belastungen[.] ... Zudem [fördern sie] die Motivation und Produktivität ... [der] Beschäftigten.“¹²³ Des Weiteren kommt Führungskräften eine Doppelrolle zu. Sie sollen zum einen trotz hoher Belastungen auf ihre eigene Gesundheit achten und somit als Vorbild für ihre Mitarbeiter dienen und zum anderen durch eine gesundheitsförderliche Führung auf die Gesundheit der Mitarbeiter achten. Somit ist es besonders in Zeiten der Globalisierung und steigendem Wettbewerbsdrucks wichtig, den Führungskräften den Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und dem Wohlbefinden und der Gesundheit der Mitarbeiter zu verdeutlichen. Denn je größer der Stress und die Belastungen sind, desto eher wird versucht, dies mit Suchtmitteln zu kompensieren.¹²⁴

4.3.4.2 Qualifizierung für Mitarbeitergespräche

Wie eben dargelegt kommt den Führungskräften in der betrieblichen Suchtprävention eine elementare Rolle zu. Je näher sie in Kontakt mit dem Betroffenen stehen, desto eher werden sie bei diesem Auffälligkeiten erkennen. Daher ist es von großer Bedeutung, dass sie den Grund und die Notwendigkeit ihres Eingreifens verstehen und sich den Folgen einer Co-Abhängigkeit bewusst sind. Ebenso müssen sie sowohl über betriebsinterne als auch externe Beratungs- und Hilfsangebote Bescheid wissen sowie die Konsequenzen bei Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz kennen.

Um richtig agieren zu können, müssen Führungskräfte für Ihre Rolle in der betrieblichen Suchtprävention qualifiziert und sensibilisiert werden. Einen wichtigen Baustein stellen hierbei die Fürsorge-, Klärungs- und Stufengespräche dar, mit denen auch ein einheitlicher Umgang mit suchtmittelabhängigen Mitarbeitern im Unternehmen gewährleistet werden soll. Im Fürsorgegespräch wird der Betroffene zunächst auf seine Auffälligkeiten hingewiesen; gleichzeitig wird ihm Unterstützung seitens des Unternehmens angeboten. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden beim Betroffenen lediglich persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme festgestellt. Ein Zusammenhang mit Suchtmitteln kann noch nicht hergestellt werden. Wird das auffällige Verhalten, bei dem arbeitsvertragliche oder

¹²³ Zok, K. (2011), S. 32.

¹²⁴ Vgl. Franke, F., Felfe, J. (2011), S. 11-12; Heinze, G., Reuß, M. (2004), S. 92-94; Zok, K. (2011), S. 27-35.

dienstrechtliche Pflichten vernachlässigt werden, auch nach dem Fürsorgegespräch beibehalten, wird der Mitarbeiter zu einem Klärungsgespräch gebeten. In diesem werden Hintergründe geklärt, ein zukünftiges Verhalten und weitere Schritte vereinbart. Zudem werden gezielt Unterstützung- und Beratungsangebote aufgezeigt und nach sechs bis acht Wochen ein Termin für ein Rückmeldegespräch vereinbart. Wird der Arbeitnehmer erneut auffällig, erfolgt eine Intervention nach einem Stufenplan, welcher fünf Stufengespräche vorsieht. Voraussetzung hierfür ist ein Verstoß gegen arbeitsvertragliche oder dienstrechtliche Pflichten, die im Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch stehen. Im ersten Stufengespräch wird der Betroffene erneut auf die Unterstützung hingewiesen. Folgen keine weiteren Auffälligkeiten, bleibt es für ihn ohne arbeitsrechtliche Konsequenzen. Kommt es jedoch zu einer erneuten Pflichtverletzung, folgen drei weitere Stufengespräche, bis im Fünften ein letztmaliges Hilfsangebot unterbreitet wird. Willigt der Betroffene in keine Therapie ein, kann dies ein Kündigungsverfahren bzw. disziplinarrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Das Beispiel macht deutlich, wie wichtig es ist, aufgrund der Komplexität im Umgang mit Suchtmittelabhängigen, die Führungskräfte intensiv zu schulen.¹²⁵

¹²⁵ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (o.J.), o.S.; Feser, H. (1997), S. 80-82; Wienemann, E., Schumann, G. (2011), S. 48-52.

5 Praxisbeispiele

5.1 Voith GmbH

Die Voith GmbH wurde bereits im Jahre 1867 gegründet und ist seither ein Familienbetrieb. Das Unternehmen agiert weltweit, hat heute mehr als 20.000 Beschäftigte und ist mit Standorten in über 60 Ländern der Welt vertreten.¹²⁶ „Mit einem breiten Portfolio aus Anlagen, Produkten und Industrieleistungen bedient Voith fünf ... Märkte: Energie, Öl & Gas, Papier, Rohstoffe sowie Transport & Automotive.“¹²⁷ Bereits 1975 war dem damaligen Personaldirektor die Notwendigkeit einer betrieblichen Suchtprävention bewusst. Im Stammwerk in Heidenheim, welches noch heute der Firmensitz ist, arbeiteten 4.160 Mitarbeiter, einige von ihnen auch in Wechselschicht. Um den Alkoholmissbrauch einzudämmen und dessen Ursachen auf den Grund zu gehen, wurde ein Arbeitskreis aus Arbeitgebervertretern, Betriebsräten, Mitarbeitern der Sozialberatung und externen Beratern gegründet. Zudem sollten die alkoholbedingten Kosten reduziert werden, die durch erhöhte Fehlzeiten, verminderte Leistungsfähigkeit sowie Mehrbelastung der Kollegen verursacht wurden. Zielsetzung des Arbeitskreises war es, den „Kranken und Gefährdeten adäquate Hilfen anzubieten[,] ein gutes Betriebsklima zu schaffen [und] die Mitarbeiter insgesamt gesund zu erhalten.“¹²⁸ Zur Erreichung der Ziele wurden folgende Maßnahmen eingeleitet. Es wurde eine Helfergruppe als soziales Netzwerk gebildet, die zwischen dem Vorgesetzten und dem alkoholkranken Mitarbeiter vermittelt. Für ihre Aufgaben und den Umgang mit den Betroffenen wurde die Helfergruppe gesondert geschult. Ebenso erhielten die Führungskräfte eine Schulung, um ein besseres Verständnis für die Suchthematik zu erlangen und auffälliges Verhalten schneller zu erkennen. Zudem wurden sie für die Ansprache der Betroffenen sensibilisiert. Unterstützend hierfür wurde eine Betriebsvereinbarung geschlossen, in der der Umgang mit suchtkranken Mitarbeitern vereinbart wurde. Hiernach wird eine Kündigung erst dann ausgesprochen, „wenn Betroffene [im Rahmen des Stufenplans] mindestens zwei betriebliche Hilfsangebote abgelehnt haben.“¹²⁹ Des Weiteren sollte der Alkoholkonsum durch Erhöhung der Bierpreise innerhalb des Unternehmens

¹²⁶ Vgl. Voith GmbH (o.J.), o.S.

¹²⁷ Voith GmbH (o.J.), o.S.

¹²⁸ Demmer, H. (1995), S. 56.

¹²⁹ Demmer, H. (1995), S. 57.

sowie Information und Aufklärung der Mitarbeiter reduziert werden. Mithilfe der eingeleiteten Maßnahmen wurden deutlich weniger alkoholbedingte Kündigungen ausgesprochen und der Konsum an alkoholischen Getränken konnte im Betrieb reduziert werden. Um die Gesundheit der Mitarbeiter kontinuierlich zu verbessern, wurde im Jahre 1982 ein weiterer Arbeitskreis gebildet, der sich mit der Arbeitszufriedenheit und dem Betriebsklima beschäftigt. Durch Gruppengespräche zwischen kranken Mitarbeitern, Vorgesetzten und Kollegen sowie einer stichprobenhaften Befragung der Gesamtbelegschaft hat sich ergeben, dass rund 80 Prozent der krankheitsfördernden Faktoren auf zwischenmenschlichen Problemen basieren und „die Qualität von Verständigung und Zusammenarbeit maßgeblich vom Verhalten der Vorgesetzten geprägt wird.“¹³⁰ Aus diesen Erkenntnissen resultierten dann sogenannte Klimagespräche, in denen sich Mitarbeiter und Vorgesetzte regelmäßig austauschen, um durch Kommunikation das Betriebsklima und somit die Arbeitszufriedenheit langfristig zu verbessern. Auch heute noch beschäftigt sich das Unternehmen viel mit der Gesundheit der Mitarbeiter, sodass die Häufigkeit der Arbeitsunfälle je einer Million geleisteter Arbeitsstunden im Geschäftsjahr 2013/2014 von 2,3 im Vorjahr auf 2,0 reduziert werden konnte. Zudem bieten sie Arbeitsmodelle an, um die Bereiche Familie und Beruf besser miteinander zu vereinbaren und hierdurch den Stress zu reduzieren.¹³¹

5.2 Mittelständischer Maschinenbaubetrieb X

Mithilfe des mittelständischen Maschinenbaubetriebes X können die Kosten, die ein alkoholkranker Mitarbeiter verursacht, und der wirtschaftliche Nutzen, den eine betriebliche Suchtprävention erzielt, veranschaulicht werden.

Ein Mitarbeiter fiel aufgrund seiner Alkoholabhängigkeit im Jahre 1995 insgesamt an 56 Arbeitstagen aus, wovon der Arbeitgeber für 42 Tage, also anteilig 75 Prozent, den Lohn weiter gezahlt hat, wodurch „ein Verlust in Höhe von 29.757,00 DM [für den Betrieb] entstanden ist.“¹³² Dieser Betrag setzt sich aus folgenden Positionen zusammen:¹³³

¹³⁰ Ebd., S. 59.

¹³¹ Vgl. Demmer, H. (1995), S. 56-60; Voith GmbH (o.J.), o.S.

¹³² Feser, H. (1997), S. 20.

¹³³ Ebd., S. 20-21.

Tabelle 7: Kosten, Verluste und Schäden einer Alkoholabhängigkeit

1.	Personalkosten: Stundenlohn Gesetzliche Sozialkosten (25 Prozent)* Personalkosten/Stunde	22,00 DM <u>5,50 DM</u>	27,50 DM
2.	Fixkosten/entgangener Gewinn: Durchschnittlicher Umsatz/Stunde Abzüglich Materialkosten Abzüglich variable Gemeinkosten** Anteil Fixkosten, einschließlich Gewinn Davon Personalkosten/Stunde Fixkosten/entgangener Gewinn/Stunde	132,00 DM - 42,00 DM <u>- 15,00 DM</u> 75,00 DM - 27,50 DM	47,50 DM
3.	Gesamtkosten der Ausfallstunde		75,00 DM
4.	Verlust: Lohnfortzahlungstage: 56 x 75% x 7,8 Stunden/Tag x 75,00 DM/Stunde Tage ohne Lohnfortzahlung: 56 x 25% x 7,8 Stunden/Tag x 47,50 DM/Stunde		24.570,00 DM <u>5.187,00 DM</u>
5.	Gesamtverlust [des] alkoholranke[n] Mitarbeiter[s]		<u>29.757,00 DM</u>

Quelle: eigene Darstellung.

Anmerkungen:

* Renten-, Arbeitslosen-, Kranken-, Pflegeversicherung, Berufsgenossenschaft

** anteilige Kosten für Verwaltung und Sonstiges

Dieses Beispiel führt lediglich die Kosten, Verluste und Schäden einer Alkoholkrankheit (KA) auf, wobei die Kosten für die verminderte Leistungsfähigkeit und soziale Konflikte zwischen den Mitarbeitern, wodurch sich das Betriebsklima und

das Image des Unternehmens verschlechtern, noch nicht mit einberechnet wurden. Zudem treten in Unternehmen noch weitere Süchte auf, die ebenfalls Kosten verursachen. Diese setzen sich aus Kosten für Medikamente (KM), Drogen (KD) und Tabak (KT) zusammen. Fasst man diese Komponenten nun zu einer Gesamtkostenrechnung für das Unternehmen (GK) zusammen, ergibt sich folgende Gleichung für den Suchtmittelmissbrauch: $GK = KA + KM + KD + KT$. Dem sind noch die Investitionskosten für ein Suchtpräventionsprogramm, Hilfe und Nachsorge (SHN) hinzuzufügen. Diese setzen sich für ein mittelständisches Unternehmen aus Kostenpositionen für die Einrichtung der technischen Voraussetzungen sowie einer internen Suchtberatung zusammen. Hinzu kommen Aufwendungen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz, „die stundenweise Freistellung von Mitarbeitern des Arbeitskreises Gesundheit und zugehöriger Gesundheitszirkel“¹³⁴ sowie Kosten für die Information und Aufklärung der Mitarbeiter durch Schulungen und Informationsmaterial. So ergibt sich für eine Kosten-Nutzen-Bewertung folgende Gleichung: $\frac{GK+SHN}{Auswirkungen}$

Im Zähler stehen die Gesamtkosten für den Substanzmittelmissbrauch zusammen mit den Investitionskosten für ein betriebliches Suchtprogramm und im Nenner die positiven Auswirkungen wie ein besseres Betriebsklima und eine höhere Leistungsfähigkeit. Nach Lemmer (1988) gehen „allein die alkoholbedingten Ausfallkosten ... nach erfolgreicher Behandlung um durchschnittlich ca. 60 Prozent zurück.“¹³⁵ Aufgrund der Eigenart von Abhängigkeitserkrankungen lässt sich die Rentabilität mithilfe von Zeitreihenberechnungen über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren darstellen, wobei bereits ab dem dritten Investitionsjahr ein Erfolg zu verzeichnen ist. Aufgezeigt werden kann dies an der Fortführung des vorherigen Beispiels. Geht man nun anstatt von einem Mitarbeiter von 2.000 Mitarbeitern aus, von denen rund fünf Prozent an 56 Arbeitstagen durch ihre Alkoholabhängigkeit ausfallen, so entsteht ein Gesamtverlust in Höhe von 2.975.700 DM im Jahr. Geht man ferner davon aus, dass das Unternehmen über einen Zeitraum von fünf Jahren jährlich ca. zehn Prozent dieser Summe, also insgesamt rund 1.500.000 DM, in ein betriebliches Suchtprogramm investiert, das seine Wirkung erst ab dem dritten Jahr entfaltet, indem es den jährlichen Verlust im dritten Jahr um 40 Prozent, im vierten Jahr um 50 Prozent und im fünften Jahr um 60

¹³⁴ Feser, H. (1997), S. 21.

¹³⁵ Ebd., S. 22.

Prozent reduziert, dann ergibt sich für das Unternehmen insgesamt eine Verlustverringerung (Gewinn) in Höhe von 4.463.550 DM, denen Investitionskosten in Höhe von 1.500.000 DM entgegen stehen, was eine Rendite oder Wirtschaftlichkeit in Höhe von 297,57 Prozent bedeutet. Tabellarisch stellt sich diese Rechnung wie folgt dar:¹³⁶

Tabelle 8: Rendite von Suchtprävention

1. Jahr	0 DM
2. Jahr	0 DM
3. Jahr	1.190.280 DM
4. Jahr	1.487.850 DM
5. Jahr	1.785.420 DM
	<u>4.463.550 DM</u>
Investitionen	1.500.000 DM
Wirtschaftlichkeit in Prozent	297,57 %

Quelle: eigene Darstellung.

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass sich die Investition in eine betriebliche Suchtprävention für dieses Unternehmen deutlich rentiert hat. Dabei könnte bei laufender Qualitätssicherung mit einer weiter steigenden Rentabilität gerechnet werden. Auch sind bei diesem Beispiel „die zum 01.10.1996 gesetzliche neu geregelte Lohnfortzahlung im Krankheitsfall“ sowie Unterstützungsleistungen seitens der Krankenkasse und anderen Trägern noch unberücksichtigt geblieben, wodurch weitere Einsparungen möglich wären.¹³⁷

¹³⁶ Feser, H. (1997), S. 22.

¹³⁷ Vgl. Ebd., S. 20-23.

5.3 Deutsche Bahn

In einem so großen Verkehrsunternehmen wie der Deutschen Bahn (DB) ist eine betriebliche Suchtprävention aufgrund der weitreichenden Folgen eines Unfalls von hoher Bedeutung, denn bis zu 30 Prozent aller Arbeitsunfälle in Deutschland passieren unter Alkoholeinfluss. Von den rund 196.000 Beschäftigten im Inland wird eine hohe Einsatzbereitschaft, Flexibilität und Mobilität erwartet, was es ihnen nicht einfach macht, Privat- und Berufsleben in Einklang zu bringen. Um der Gefahr eines Suchtmittelmissbrauchs zur Kompensation psychischer Probleme entgegen zu wirken, wurde bereits 1996 das gesetzlich bestehende Suchtmittelverbot für Fahrzeugführer durch einen Tarifvertrag auf alle Arbeitnehmer der DB ausgeweitet. Bei einem Verdacht kann für den Betroffenen ein Test oder eine ärztliche Untersuchung angeordnet werden. Zudem wurde in einer Konzernbetriebsvereinbarung der genaue Umgang mit abhängigen Mitarbeitern festgelegt. Es wird stufenweise interveniert, die Beschäftigung ist während der Therapie gesichert. Wird eine anschließende Probezeit von 18 Monaten ohne Auffälligkeiten überstanden, werden Hinweise auf eine Abhängigkeit aus der Personalakte gestrichen.

Der ganzheitliche Ansatz der betrieblichen Suchtprävention entwickelte sich über die Jahre hinweg stetig weiter, sodass immer mehr präventive Maßnahmen eingeführt wurden. Auszubildenden, Mitarbeitern, Führungskräften und Interessenvertretungen werden Schulungen über den verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln sowie die Sensibilisierung für auffällige Kollegen angeboten. Es werden Informationszeitschriften und audiovisuelle Medien hergestellt und verbreitet, um über Gefahren und Risiken aufzuklären. Zudem werden ehrenamtliche, dem Betrieb angehörige Suchthelfer ausgebildet und unterstützt, ebenso wie die betrieblichen Selbsthilfegruppen. Koordiniert werden diese Maßnahmen vom ‚Netzwerk Prävention‘, welches von verschiedenen Partnern im Konzern gemeinsam getragen wird. Darüber hinaus organisiert dieses Netzwerk Gesundheitstage, an denen beispielsweise mit Hilfsmitteln wie der Rauschbrille die Gefahren von Suchtmitteln während der Arbeit verdeutlicht werden. Es finden von

Mitarbeitern initiierte Theateraufführungen zum Thema Suchtprävention statt sowie weitere Aktionen und Maßnahmen zu den „Themenfelder[n] gesunde Ernährung, sportliche Betätigung und den Umgang mit psychischen Belastungen[.]“¹³⁸

Aufgrund des hohen Aufkommens an Beratungen zum Thema Sucht und psychischen Belastungen wurde Anfang 2012 zusätzlich zum ‚Netzwerk Prävention‘ eine niederschwellige, telefonische Beratung eingerichtet. Diese wird vom Mitarbeiter-Unterstützungsteam (MUT) geführt; beraten wird zu allen psychosozialen Themen. Dies führte dazu, dass im Jahre 2012 doppelt so viele neue Beratungsfälle aufkamen wie in den Jahren zuvor. Nach dem MUT-Jahresbericht 2012 war Alkohol mit 3.930 Fällen der häufigste Beratungsanlass, gefolgt von psychischen und familiären Problemen mit 2.542 bzw. 1.911 Beratungsfällen sowie 1.882 Trauma-Beratungen. Zu illegalen Drogen wurden 183 und zu Medikamenten immerhin noch 60 Mitarbeiter beraten. Dies führte dazu, dass es bei der DB „seit vielen Jahren ... keinen Verkehrsunfall oder sonstigen schweren Betriebsunfall gegeben [hat], bei dem ein Suchtmittelmissbrauch ... für den Unfall verantwortlich war oder auch nur zufällig im Rahmen der routinemäßigen Ermittlungen durch die Behörden festgestellt wurde.“¹³⁹ Ein weiterer Indikator für den Erfolg der betrieblichen Suchtprävention der DB ist die überdurchschnittlich hohe Abstinenzquote von rund 80 Prozent. Durchschnittlich 65 Prozent schaffen es nach der ersten Therapie, weitere 15 Prozent nach einem Rückfall. Dies spiegelt sich auch in den wenigen suchtmittelbedingten Kündigungen wider.¹⁴⁰

¹³⁸ Gravert, C. (2013), S. 245.

¹³⁹ Ebd., S. 244.

¹⁴⁰ Vgl. Deutsche Bahn AG (2015), o.S.; Gravert, C. (2013), S. 243-250.

6 Empirische Untersuchung

6.1 Das Experteninterview

Das Experteninterview ist eine Methode der empirischen Sozialforschung. Es wird „als qualitatives Instrument der Datenerhebung klassifiziert ... [und ist] durch soziale Interaktion zwischen dem Interviewer und dem Befragten gekennzeichnet.“¹⁴¹ Gegenstand des Interviews sind die Erfahrungen und das Wissen des Experten zu einem bestimmten Thema und nicht der Befragte selbst. Es sollen also Informationen und Erfahrungswerte aus der betrieblichen Praxis beschafft werden. Durch die direkte Interaktion zwischen den Interviewpartnern bietet sich die Möglichkeit, während des Gesprächs auf Antworten näher einzugehen und nachzuhaken. So kommt eine natürliche Gesprächsatmosphäre zustande. Dennoch sollte dem Experteninterview ein Leitfaden mit zuvor erarbeiteten Fragen zugrunde liegen, an dem sich der Interviewer orientieren kann und die Gefahr reduziert wird, dass wichtige Aspekte vergessen werden. Somit dient er „als zentrales Steuerungsinstrument[, der] ... das Gespräch inhaltlich ... strukturier[t,]“¹⁴² wobei die Fragen und deren Formulierung jederzeit an die Gesprächssituation angepasst werden können. So können Aspekte, die vom Interviewer nicht bedacht wurden, ebenfalls erfasst werden.¹⁴³ Aufgrund dieser Rahmenbedingungen wurde das Experteninterview neben der Literaturrecherche als weitere Methode zur Informationsbeschaffung gewählt.

6.2 Auswahl des Interviewpartners

Der Interviewpartner wurde aufgrund folgender Aspekte ausgewählt. Es sollte ein direkter Bezug zur Praxis bestehen, sodass Erfahrungswerte vorhanden sind und ein breites Wissen über die Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen besteht. Kriterien wie Alter, Geschlecht oder Position im Unternehmen waren bei der Wahl des Interviewpartners nicht relevant. Von Bedeutung war lediglich, dass bereits viele Unternehmen bei der Etablierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements mit Schwerpunkt Suchtprävention betreut wurden. Da

¹⁴¹ Brink, A. (2013), S. 132 (andere Hervorhebung im Original, d. Verf.).

¹⁴² Brink, A. (2013), S. 133.

¹⁴³ Vgl. Brink, A. (2013), S. 131-134; Fischer, T. E. (2006), S. 16-17; Mayer, H. O. (2013), S. 37-38.

das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF-Institut), welches im Jahre 1996 von der AOK Rheinland/Hamburg gegründet wurde, jährlich mehr als 500 Unternehmen begleitet, fiel die Wahl auf dieses Institut. Zum Interview hat sich die Mitarbeiterin Nicole Lazar bereit erklärt. Sie ist Diplom-Psychologin und besitzt fundierte Kenntnisse in der Errichtung einer betrieblichen Suchtprävention. Da Frau Lazar im BGF-Institut am Standort Köln und nicht in Hamburg arbeitet, wurde das Interview telefonisch durchgeführt.¹⁴⁴

6.3 Gewonnene Erkenntnisse

Mithilfe des Experteninterviews lassen sich einige der bereits getroffenen Aussagen untermauern. Nach Frau Lazar sind etwa fünf Prozent aller Beschäftigten alkoholabhängig, etwa 20 bis 30 Prozent sind Raucher. Genaue Angaben zur Medikamentenabhängigkeit liegen ihr nicht vor, da Mitarbeiter, die diese Suchtmittel missbrauchen, kaum Auffälligkeiten zeigen und somit selten in der Statistik auftauchen. Aus diesem Grund ist es für Unternehmen wichtig, ein betriebliches Gesundheitsmanagement mit der Sparte der betrieblichen Suchtprävention im Betrieb zu etablieren. So sollten Mitarbeiter und Vorgesetzte über die Risiken und Folgen des Suchtmittelkonsums aufgeklärt und auf geltende Unfallverhütungsvorschriften hingewiesen werden, wonach man bei Auffälligkeiten Meldung machen soll.¹⁴⁵ Im Gegensatz zu der Auffassung einiger Autoren werden nach Frau Lazar in den Unternehmen weniger die Mitarbeiter als vielmehr die Führungskräfte geschult im Hinblick auf Auffälligkeiten von Suchterkrankungen und den richtigen Umgang nach dem Stufenmodell, wie es vielfach in den Betriebsvereinbarungen festgelegt ist.¹⁴⁶ Zudem erwähnt sie die große Bedeutung der frühzeitigen Intervention, denn bislang begibt sich ein Alkoholkranker erst nach etwa 7 bis 9 Jahren in eine Therapie. Aufgrund dieses großen Zeitfensters ist die Gesundheit des Betroffenen schon stark geschädigt und es treten vermehrt Probleme im beruflichen wie auch privaten Umfeld auf. Bedingt wird diese Dauer bis zum Antritt der Behandlung durch Co-Abhängigkeiten von Freunden, Kollegen und auch Vorgesetzten. Daher ist es wichtig, die gesamte Belegschaft über die

¹⁴⁴ Vgl. Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (o.J.), o.S.

¹⁴⁵ Vgl. Lazar, N. (2016), Z. 92-122, Interview.

¹⁴⁶ Vgl. Ebd., Z. 145-156, Interview.

Betriebsvereinbarung und den korrekten Umgang bei Auffälligkeiten zu informieren.¹⁴⁷

Es ist ebenfalls wichtig, bei der Einführung einer betrieblichen Suchtprävention alle Mitarbeiter zu informieren und die Gründe für deren Einführung zu kommunizieren. Auch die Beteiligung aller ist von hoher Bedeutung, da es sonst zu Spannungen kommen kann, falls sich eine Partei, beispielsweise der Betriebsrat, der nicht zur Mitarbeit im Arbeitskreis Gesundheit eingeladen wurde, übergangen fühlt. Zudem müssen die Beschäftigten den Nutzen der eingeführten Maßnahmen verstehen und positive Erfahrungen sammeln, damit diese gut angenommen werden. Grundsätzlich sind die Maßnahmen, die abhängig vom Bedarf des Unternehmens eingeleitet werden, unabhängig von der Betriebsgröße. So können sich nach Frau Lazar mehrere kleine Unternehmen zusammenschließen, um so auch größere Maßnahmen, wie Gesundheitstage, durchzuführen.¹⁴⁸

Als Hauptgrund für die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements nennt Frau Lazar die Senkung des Krankenstandes, wobei vermehrt auch der demografische Wandel und das Image des Unternehmens eine Rolle spielen. Aufgrund des Fachkräftemangels und der Problematik, neue Auszubildende zu finden, wollen sie die Gesundheit ihrer Mitarbeiter fördern, um somit auch einen Vorteil gegenüber den Wettbewerbern zu haben. Neben dem Krankenstand, welcher nach den Fällen, der Dauer und den Diagnosen aufgeschlüsselt werden kann, ist auch die Zufriedenheitsanalyse der Mitarbeiter bei der Evaluation von Bedeutung. Problematisch ist hierbei nur, dass diese zunächst am Anfang und dann nach ein bis zwei Jahren wiederholt werden sollten, damit sich die Ergebnisse vergleichen lassen, doch vielen Unternehmen ist die Befragung ihrer Mitarbeiter schlicht und einfach zu teuer. Sie legen den Fokus eher auf den Krankenstand als auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter. Wichtig ist auch, dass ein betriebliches Gesundheitsmanagement immer ganzheitlich angelegt sein sollte. Es sollte in die Prozesse integriert und der Arbeitskreis im Unternehmen fest verankert sein, damit eine Nachhaltigkeit erzeugt wird. Denn Erfolge des betrieblichen Gesundheitsmanagements, insbesondere der betrieblichen Suchtprävention, sind immer mittel- und langfristig zu sehen.¹⁴⁹ Ob ein Erfolg eintritt, hängt auch

¹⁴⁷ Vgl. Lazar, N. (2016), Z. 242-262, Interview.

¹⁴⁸ Vgl. Ebd., Z. 295-332, Interview.

¹⁴⁹ Vgl. Ebd., Z. 336-394, Interview.

immer von vielen Faktoren ab. Frau Lazar beziffert den durchschnittlichen Return on Investment von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit 1 : 2,7, aber sie gibt auch zu bedenken, dass es auch Fälle gegeben hat, in denen die Maßnahmen erfolglos verlaufen sind. In der Mehrzahl handelt es sich um Fälle, in denen die Unternehmen in eine wirtschaftliche Krise geraten sind und es zu Entlassungen kam. Durch die Angst vor weiteren Entlassungen konnten die Maßnahmen bei den verbliebenen Mitarbeitern keinen Erfolg erzielen, unter anderem hatte sich in diesen Fällen auch der Krankenstand nicht verbessert. Generell lässt sich jedoch sagen, dass sich Effekte erst nach einem Jahr zeigen. Vereinzelt können diese auch früher eintreten, wie beispielsweise bei der Einführung eines neuen Kommunikationssystems wie den Rückkehrgesprächen. Messen lassen sich diese Effekte über die Arbeitsunfähigkeitsquote, welche der gängigste Indikator ist, aber auch über Zufriedenheitsaspekte wie das Betriebsklima, welche sich über die Befragung der Mitarbeiter erheben lassen. Ein Vergleich der Bewerberquoten wäre ebenfalls denkbar.¹⁵⁰

¹⁵⁰ Vgl. Lazar, N. (2016), Z. 413-458, Interview.

7 Schlussbetrachtung

Abschließend kann konstatiert werden, dass sich ein betriebliches Gesundheitsmanagement, insbesondere eine betriebliche Suchtprävention, sowohl für Unternehmen als auch für die Gesellschaft lohnt. Suchtmittelabhängigkeiten verursachen einerseits hohe Kosten und beeinträchtigen andererseits den Erfolg eines Unternehmens. So fehlen Beschäftigte, die Alkohol im problematischen Bereich konsumieren, 16-mal häufiger als ihre nicht abhängigen Kollegen. Zudem sind sie 3-mal öfter und in der Regel auch länger krankgeschrieben als diese. Auch ihr Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, ist erhöht und ihre Leistungsfähigkeit um rund 25 Prozent reduziert. Dies hat für Unternehmen eine erhöhte Fehlerquote zur Folge, worunter die Produktivität oder auch die Qualität der Produkte leiden. Ähnliche Auswirkungen hat auch der Missbrauch von Medikamenten. Durch den steigenden Leistungsdruck und das hohe Arbeitstempo besteht die Gefahr, dass Arbeitnehmer zu leistungssteigernden Medikamenten greifen. Dies kann zu einer Abhängigkeit führen und sogar in einem Teufelskreis enden, wenn morgens Aufputzmittel eingenommen werden und abends zu Schlafmitteln oder zu Alkohol gegriffen wird, um die jeweils entgegengesetzte Wirkung zu erzielen. Auch der Tabakkonsum sollte nicht unterschätzt werden. Rauchen senkt die Lebenserwartung erheblich und stellt sowohl für den Raucher selbst, als auch für die Passivraucher eine enorme Gefahr da. So gut wie jedes Körperorgan wird dabei geschädigt und das Risiko für eine Krebserkrankung oder einen Schlaganfall ist deutlich erhöht. Daher ist es von großer Bedeutung, die Beschäftigten in einem Unternehmen über die Risiken und Folgen von Suchtmitteln aufzuklären. Schon in Anbetracht des demografischen Wandels ist es für Unternehmen wichtig, ihre Mitarbeiter lange gesund zu erhalten, damit die ältere Belegschaft ihre Erfahrungen an die jüngere weiter geben kann. Hierfür ist es sinnvoll, dass sich Unternehmen auch mit den Wertunterschieden der im Unternehmen vertretenen Generationen auseinandersetzen und für eine Unternehmenskultur sorgen, die die Kommunikation fördert und sich damit positiv auf das Betriebsklima auswirkt. Eine entscheidende Rolle spielen hierbei die Führungskräfte. Sie tragen über die Art und Weise ihrer Führung viel zur Mitarbeiterzufriedenheit bei. So haben Umfragen ergeben, dass sich die Arbeitnehmer mehr Lob, Anerkennung und Mitspracherecht von ihren Vorgesetzten wünschen. Führungskräfte, die um ihren Einfluss wissen und einen gesundheitsförderlichen Führungsstil pflegen, tragen

zur Zufriedenheit der Mitarbeiter bei, was deren Motivation und Engagement erhöht und letztlich auch den Unternehmenserfolg. Zudem wird damit die Bindung der Mitarbeiter an ihren Arbeitgeber gefestigt, was insbesondere in Zeiten des Fachkräftemangels und globalen Wettbewerbs von zunehmender Bedeutung ist.

Diese Aspekte verdeutlichen die Notwendigkeit einer betrieblichen Suchtprävention. Dass sich diese für ein Unternehmen lohnt, lässt sich anhand einiger Kennzahlen und Indikatoren aufzeigen. Ein Beispiel hierfür ist der Return on Investment. In der Fachliteratur wird der Erfolg bei Krankheitskosten mit einem ROI von 1 : 2,3 bis 1 : 5,9 angegeben und bei Fehlzeiten beträgt die Spanne 2,5 bis 4,85. Zudem werden durch die Einführung eines BGM sowohl Arbeitsbedingungen als auch Betriebsabläufe verbessert. Über Zufriedenheitsanalysen durch Mitarbeiterumfragen können zudem Erkenntnisse über das Betriebsklima und eingeleitete Maßnahmen gewonnen werden. Für eine kontinuierliche Beobachtung der Entwicklung, empfiehlt es sich, die Mitarbeiter in regelmäßigen Zeitabständen zu befragen. Problematisch hierbei ist, dass viele Unternehmen eher gewillt sind, in solche Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements investieren, die kurzfristige Erfolge versprechen. Ein ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement sollte jedoch mittel- und langfristig angelegt sein.

Die Maßnahmen sollten gleichermaßen die Ansätze der Verhaltens- und Verhältnisprävention berücksichtigen. Je früher Probleme durch Prävention angegangen werden, desto geringer sind sowohl die Kosten der Maßnahmen selbst, als auch die Verluste, die mit den Folgen der Süchte verbunden sind. Daher ist es wichtig, schon frühzeitig in ein BGM, speziell in eine betriebliche Suchtprävention, zu investieren. Hierbei spielen auch die Politik und die Krankenkassen eine entscheidende Rolle. So existieren Suchtprogramme zumeist nur in großen Unternehmen, doch die Basis der Wirtschaft bilden die kleinen und mittelständischen Unternehmen, die verstärkt über die Notwendigkeit einer Suchtprävention aufgeklärt werden müssen. Zudem sollten ihnen mehr Anreize gegeben werden, Süchte im Betrieb frühzeitig zu bekämpfen. Bislang vergehen noch mehrere Jahre, bis sich ein alkoholabhängiger Mitarbeiter in Behandlung begibt. In dieser Zeit entstehen sowohl dem Unternehmen, als auch der Volkswirtschaft erhebliche Kosten, von denen ein Großteil auf Folgeerkrankungen zurückzuführen ist. Es ist wichtig, nicht nur die Führungskräfte über alle Hierarchieebenen hinweg, sondern auch die gesamte Belegschaft zu schulen und aufzuklären, damit Auffälligkeiten

schneller erkannt werden. Zudem sollten den Betroffenen adäquate Hilfs- und Unterstützungsleistungen im Betrieb angeboten werden. Denn die Mitarbeiter zählen zu den wichtigsten Erfolgsfaktoren eines Unternehmens.

Da eine Investition in die Gesundheit der Mitarbeiter nicht nur zum Erfolg des Unternehmens beiträgt, sondern der gesamten Gesellschaft zugutekommt, ist es auch aus volkswirtschaftlicher Sicht wünschenswert, in jedem Betrieb Suchtprävention zu betreiben.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, Thomas (2010): Personelle Vielfalt und BGM – Integration zweier Managementsysteme – geht das?, in: Badura, Bernd et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen, Berlin Heidelberg 2010, S. 47-56.
- Amt für Arbeitsschutz Hamburg (2006): Arbeitskreis Gesundheit und Gesundheitszirkel, Hamburg 2006.
- AOK Bundesverband (2007): Wirtschaftlicher Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Unternehmen. Ergebnisse einer Managementbefragung, Bonn 2007.
- ArbSchG (2015): Arbeitsschutzgesetz vom 07.08.1996 (BGBl. I S. 1246) mit allen späteren Änderungen in der Fassung vom 31.08.2015. In: BGBl. I S. 1474.
- ASiG (2013): Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom 12.12.1973 (BGBl. I S. 1885) mit allen späteren Änderungen in der Fassung vom 20.04.2013. In: BGBl. I S. 868.
- BARMER GEK (2012): Gesundheitsreport 2012. Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit, o.O. 2012.
- Baumanns, Rolf (2009): Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement. Nutzen für Unternehmen und Mitarbeiter. Eine Evaluation, Diss., Stuttgart 2009.
- Bechmann, Sebastian et al. (2011): Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Umfrage und Empfehlungen, in: Initiative Gesundheit und Arbeit (Hrsg.), iga-Report 20, 2., aktualisierte Aufl., o.O. 2011, S. 15-16.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2011): Ratgeber Betriebliches Gesundheitsmanagement. URL: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw_ratgeber/RGM15-Ratgeber-Betriebliches-Gesundheitsmanagement_Download.pdf?__blob=publicationFile, Abruf am 03.01.2016.

- Bojak, Barbara (2008): Co-Abhängigkeit am Arbeitsplatz, in: Wismarer Diskussionspapiere 2008, o.Jg., Nr. 08, S. 5-6.
- Brink, Alfred (2013): Anfertigung wissenschaftlicher Arbeiten. Ein prozessorientierter Leitfadens zur Erstellung von Bachelor-, Master- und Diplomarbeiten, 5., aktualisierte und erweiterte Aufl., Wiesbaden 2013.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (o.J.): Arbeitsschutzgesetz. URL: <http://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/arbschg.html>, Abruf am 17.12.2015.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): Unternehmen unternehmen Gesundheit. Betriebliche Gesundheitsförderung im Fokus der kleinen und mittleren Unternehmen, 2. Aufl., Berlin 2011.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Prävention. URL: http://www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/p-q/praevention.html, Abruf am 23.12.2015.
- Bundschuh, Peter, Thies, Kathrin (2014): Krankheit und weitere personenbedingte Kündigungsgründe, Münster 2014.
- Büssing, André, Glaser, Jürgen, Höge, Thomas (2003): Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, in: Meifert, Matthias T., Kesting, Mathias (Hrsg.), Gesundheitsmanagement im Unternehmen, Konzepte – Praxis – Perspektiven, Berlin 2003, S. 101-102.
- Croset, Pascal, Dobler, Markus (2012): Die rechtssichere Abmahnung. Ein Leitfadens für die Personalabteilung und Geschäftsführung, 1. Aufl., Wiesbaden 2012.
- DAK Forschung (2009): Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz, Hamburg 2009.
- Demmer, Hildegard (1995): Betriebliche Gesundheitsförderung – von der Idee zur Tat, in: WHO-Europa, Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), Europäische Serie zur Gesundheitsförderung, Nr. 4, Kopenhagen/Essen 1995, S. 32-33.

- Deutsche Bahn AG (2015): Mitarbeiter in Zahlen. URL: http://www.deutschebahn.com/de/konzern/konzernprofil/zahlen_fakten/mitarbeiter.html, Abruf am 18.01.2016.
- Deutsche Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention e.V. (2015): Definition der Präventionsmedizin. URL: <http://www.dgmp.de/wir-ueber-uns/definition-der-paeventionsmedizin.html>, Abruf am 23.12.2015.
- Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. (2014): Integriertes Gesundheitsmanagement – Konzept und Handlungshilfen für die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen, Bd. 107, Düsseldorf 2014.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 1, 5., vollständig überarbeitete und neugestaltete Aufl., Hamm 2013.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): Medikamente. Basisinformationen, überarbeitete und neugestaltete Aufl., Hamm 2013.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 5, Hamm 2013.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2014): Alkohol am Arbeitsplatz. Die Auswirkungen von Alkoholkonsum, Hamm 2014.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015): Alkohol. Basisinformationen, 12., aktualisierte Aufl., Hamm 2015.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (o.J.): Psychotrope Medikamente. URL: <http://www.dhs.de/datenfakten/medikamente.html>, Abruf am 07.01.2016.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (o.J.): Qualifizierung von Personalverantwortlichen. URL: <http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de/themen/intervention/qualifizierung-von-personalverantwortlichen.html>, Abruf am 12.01.2016.
- Deutsche Rentenversicherung (o.J.): Wann Sie in Rente gehen können. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/1_Lebenslagen/05_Kurz_vor_und_in_der_Rente/01_Kurz_vor_der_Rente/03_Wann_Sie_in_Rente_gehen_koennen/Wann_Sie_in_Rente_gehen_koennen_node.html, Abruf am 21.12.2015.

- Deutsches Krebsforschungszentrum (2005): Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen- Deutschland muss handeln. URL: http://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2005/dkfz_pm_05_71.php, Abruf am 10.01.2016.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2008): Gesundheitsschäden durch Rauchen und durch Passivrauchen, Heidelberg 2008.
- Diedrich, Laura, Fischer, Sebastian, Scheske, Stefanie (2015): Klein und gesund: Betriebliches Gesundheitsmanagement in Kleinen und Mittleren Unternehmen, in: Rössler, Wulf et al. (Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement. Herausforderung und Chance, 1. Aufl., Bd. 2, Stuttgart 2015, S. 33-34, 45-46.
- Eberhardt, Daniela (2016): Generationen zusammen führen. Mit Millennials, Generation X und Babyboomern die Arbeitswelt gestalten, Freiburg 2016.
- Eckhardt, Anne et al. (2011): Human Enhancement, Zürich 2011.
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (1997): Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. URL: <https://www.wko.at/Content.Node/Profitness/Uns-geht-s-gut---Betriebliche-Gesundheitsfoerderung/LuxemburgerDeklaration.pdf>, Abruf am 18.12.2015.
- Feser, Herbert (1997): Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern, Bd. 26, Heidelberg 1997.
- Fischer, Tim E. (2006): Unternehmenskommunikation und Neue Medien, Diss., Wiesbaden 2006.
- Franke, Birgit, Burgmer, Christoph (2008): ZDF WISO: Meine Rechte im Job, Frankfurt/Main 2008.
- Franke, Ralf, Felfe, Jörg (2011): Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“, in: Badura, Bernhard et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit, Berlin Heidelberg 2011, S. 3-12.

- Gänsler, Siegfried, Bröske, Thorsten (2010): Die Gesundheitsarbeiter. Warum Gesundheit der entscheidende Erfolgsfaktor in Unternehmen ist, Hamburg 2010.
- Gerstner, Alexandra, Schamborski, Heike, Wilhelm, Matthias (2008): Instrumente des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, in: Schamborski, Heike (Hrsg.), Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz. Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe, 1. Aufl., München 2008, S. 185-208.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (o.J.): Arbeitsschutz. URL: <http://www.gbe-bund.de/glossar/Arbeitsschutz.html>, Abruf am 17.12.2015.
- Gravert, Christian (2013): Suchtprävention in Verkehrsunternehmen am Beispiel der Deutschen Bahn, in: Badura, Bernhard et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?, Berlin Heidelberg 2013, S. 243-250.
- Gutmann, Joachim (2014): Personalmanagement, 1. Aufl., o.O. 2014.
- Hasselhorn, Hans Martin, Freude, Gabriele (2007): Der Work Ability Index – ein Leitfaden, Dortmund/Berlin/Dresden 2007.
- Heinze, Gerhard, Reuß, Marion (2004): Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch im Betrieb. Arbeitsschutz – Arbeitsrecht – Prävention – Rehabilitation, 2., aktualisierte Aufl., Berlin 2004.
- Immerschitt, Wolfgang, Stumpf, Marcus (2014): Employer Branding für KMU. Der Mittelstand als attraktiver Arbeitgeber, Salzburg 2014.
- Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (o.J.): 20 Jahre BGF. URL: <http://www.bgf-institut.de/>, Abruf am 20.01.2016.
- Jaeger, Corinna et al. (2015): Handlungsfeld „Gesundheit aktiv gestalten“, in: Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e.V. (Hrsg.), Leistungsfähigkeit im Betrieb. Kompendium für den Betriebspraktiker zur Bewältigung des demografischen Wandels, Berlin 2015, S. 409-410.
- Kirchner, Wilhelm (2014): Betriebliche Gesundheitsförderung und Sozialberatung am Beispiel der LVM Versicherung, in: Stierle, Jürgen, Vera, Antonio (Hrsg.), Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Unternehmenserfolg durch Gesundheits- und Leistungscontrolling, Stuttgart 2014, S. 448.

- Kowalski, Heinz (2013): Neuroenhancement – Gehirndoping am Arbeitsplatz, in: Badura, Bernhard et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2013. Verdammte zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?, Berlin Heidelberg 2013, S. 27-34.
- Kramer, Ina, Bödeker, Wolfgang (2008): Return on Investment im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. Die Berechnung des prospektiven Return on Investment: eine Analyse von ökonomischen Modellen, in: Initiative Gesundheit und Arbeit (Hrsg.), iga-Report 16, 1. Aufl., o.O. 2008, S. 5-6.
- Kröger, Christoph, Nowak, Monika, Heilmann, Katharina (2011): Der Stellenwert von Tabakkonsum in der betrieblichen Suchtprävention, in: Giesert, Marianne, Wendt-Danigel, Cornelia (Hrsg.), Doping am Arbeitsplatz. Problembewältigung und Leistungssteigerung um jeden Preis?, Hamburg 2011, S. 123-130.
- Lampert, Thomas, Lippe, Elena von der, Müters, Stephan (2013): Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt 2013, 56. Jg., S. 802-808.
- Lampert, Thomas, List, Sabine M. (2010): Gesundheitsrisiko Passivrauchen, in: GBE Kompakt, o.Jg., 3/2010, S. 1-6.
- Langhoff, Thomas (2009): Den demographischen Wandel im Unternehmen erfolgreich gestalten. Eine Zwischenbilanz aus arbeitswissenschaftlicher Sicht, Berlin 2009.
- Lieb, Manfred, Jacobs, Matthias (2006): Arbeitsrecht, 9., neu bearbeitete Aufl., Heidelberg/München/Landsberg 2006.
- Luczak, Vanessa (2014): Die Bedeutung des demografischen Wandels, in: Stierle, Jürgen, Vera, Antonio (Hrsg.), Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Unternehmenserfolg durch Gesundheits- und Leistungscontrolling, Stuttgart 2014, S. 24-35.
- Mann, Karl et al. (2006): Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Ein Manual zur Pharmako- und Psychotherapie, Köln 2006.

- Mangelsdorf, Martina (2015): Von Babyboomer bis Generation Z. Der richtige Umgang mit unterschiedlichen Generationen im Unternehmen, Offenbach 2015.
- Mayer, Horst Otto (2013): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung, 6., überarbeitete Aufl., München 2013.
- Moock, Jörn (2015): Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung zur individuellen und systemischen Stärkung der Arbeitswelt, in: Rössler, Wulf et al. (Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement. Herausforderung und Chance, 1. Aufl., Bd. 2, Stuttgart 2015, S. 56-74.
- Oppolzer, Alfred (1994): Wertewandel und Arbeitswelt, in: Gewerkschaftliche Monatshefte 1994, o. Jg., S. 349-357.
- Quistorp, Cornelia von (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement, in: Sauer, Josef et al. (Hrsg.), Arbeitsschutz von A – Z 2014, 8. Aufl., Freiburg 2013, S. 131-132.
- Rimbach, Astrid (2013): Entwicklung und Realisierung eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern. Betriebliches Gesundheitsmanagement als Herausforderung für die Organisationsentwicklung, 1. Aufl., München 2013.
- Robert-Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin 2015.
- Rudow, Bernd (2014): Die gesunde Arbeit. Psychische Belastungen, Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation, 3., aktualisierte und erweiterte Aufl., München 2014.
- Sakris, Jan (2014): Betriebliche Gesundheitsförderung bei älteren Mitarbeitern. Die Anwendung salutogenetischer Prinzipien im Unternehmen, Hamburg 2014.

- Schraub, Eva Maria, Stegmaier, Ralf, Sonntag, Karlheinz (2010): Evaluation und Nutzenbestimmung von betrieblichem Gesundheitsmanagement, in: Sonntag, Karlheinz et al. (Hrsg.), Arbeit, Gesundheit, Erfolg. Betriebliches Gesundheitsmanagement auf dem Prüfstand: Das Projekt BiG, Heidelberg 2010, S. 17-19.
- Siller, Helmut, Cibak, Lubos (2014): Betriebswirtschaftliche Aspekte von Gesundheit und betrieblichem Gesundheitsmanagement, in: Stierle, Jürgen, Vera, Antonio (Hrsg.), Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Unternehmenserfolg durch Gesundheits- und Leistungscontrolling, Stuttgart 2014, S. 161-180.
- Singer, Stefanie, Neumann, Anett (2010): Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration, in: Esslinger, Adelheid Susanne et al. (Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg, Wiesbaden 2010, S. 57-62.
- Soyka, Michael (2016): Medikamentenabhängigkeit: Entstehungsbedingungen – Klinik – Therapie, Stuttgart 2016.
- Spicker, Ingrid, Schopf, Anna (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste, Wien 2007.
- Statistisches Bundesamt (2015): Pressemitteilung Nr. 153 vom 28.04.2015: Neue Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland bis 2060. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/04/PD15_153_12421.html, Abruf am 21.12.2015.
- Statistisches Bundesamt (2015): Pressemitteilung Nr. 353 vom 24.09.2015: 81,2 Millionen Einwohner am Jahresende 2014 – Bevölkerungszunahme durch hohe Zuwanderung. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15_353_12411.html, Abruf am 21.12.2015.
- Statistisches Bundesamt (2015): Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen und Geschlecht. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/GesundheitszustandRelevantesVerhalten/Tabellen/Rauchverhalten.html>, Abruf am 10.01.2016.

- Stierle, Jürgen, Vera, Antonio (2014): Gesundheitsmanagement und Gesundheitscontrolling – Einführung und Überblick, in: Stierle, Jürgen, Vera, Antonio (Hrsg.), Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Unternehmenserfolg durch Gesundheits- und Leistungscontrolling, Stuttgart 2014, S. 4-5.
- Teupe, Sigrid, Stierle, Jürgen (2014): Erscheinungsformen und Ursachen von Krankheiten, in: Stierle, Jürgen, Vera, Antonio (Hrsg.), Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Unternehmenserfolg durch Gesundheits- und Leistungscontrolling, Stuttgart 2014, S. 43-45.
- Tielking, Knut (2013): Ökonomische Aspekte der betrieblichen Suchtprävention, in: Badura, Bernhard et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?, Berlin Heidelberg 2013, S. 125-131.
- Trautner, Christoph (2006): Medizinische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann et al. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4., vollständig überarbeitete Aufl., Weinheim 2006.
- Uhle, Thorsten, Treier, Michael (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen, 2., überarbeitete Aufl., Berlin 2013.
- Voith GmbH (o.J.): Daten & Fakten. URL: <http://voith.com/de/konzern/daten-fakten-96.html>, Abruf am 16.01.2016.
- Voith GmbH (o.J.): Verantwortung für Mitarbeiter. URL: <http://voith.com/de/konzern/nachhaltigkeit/mitarbeiter-608.html>, Abruf am 16.01.2016.
- Weltgesundheitsorganisation (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>, Abruf am 17.12.2015.
- Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1, Abruf am 17.12.2015.
- Wendling, Jochen (2008): Werkzeugkasten für ein zukunftsorientiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Oder die Antwort auf die Frage ,Warum sich BGM für Unternehmen lohnt, Hamburg 2008.

Wien, Andreas (2009): Arbeitsrecht. Eine praxisorientierte Einführung, 1. Aufl., Wiesbaden 2009.

Wienemann, Elisabeth (2008): Betriebliches Gesundheitsmanagement und die Rolle der Führungskraft, in: Lauterbach, Matthias (Hrsg.), Gesundheitscoaching. Strategien und Methoden für Fitness und Lebensbalance im Beruf, 2. Aufl., Heidelberg 2008, S. 238-246.

Wienemann, Elisabeth, Schumann, Günter (2011): Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ein Leitfaden für die Praxis, 2., aktualisierte und ergänzte Aufl., o.O. 2011.

Zok, Klaus (2011): Führungsverhalten und Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter – Analyse von WIdO-Mitarbeiterbefragungen, in: Badura, Bernhard et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit, Berlin Heidelberg 2011, S. 27-35.

Anhang: Experteninterview

Experteninterview (telefonisch)

Am 07.01.2016 mit Frau Nicole Lazar

Dipl. Psychologin und Fachberaterin beim Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung in Köln

1 Hoppenstedt: Dann würde ich einfach einmal direkt starten und mit der ersten
2 Frage beginnen und die wäre: Wie hoch ist denn der prozentuale Anteil an
3 süchtigen Arbeitnehmern in Unternehmen?

4 Lazar: Also meiner Kenntnis nach sind es fünf Prozent aller Beschäftigten,
5 allerdings vor allem bezogen auf Alkoholabhängigkeiten. Für die anderen Zahlen
6 sind es immer schwierig konkrete Zahlen zu erhalten.

7 Hoppenstedt: Wenn wir von süchtigen Arbeitnehmern sprechen, beziehen Sie da
8 dann auch den Tabakkonsum mit ein oder sind es hauptsächlich Alkohol und
9 andere Drogen?

10 Lazar: Genau, das alles was so zusagen so in den – ja – Nikotin ist für mich
11 eigentlich nochmal besonders zu sehen, weil das Thema so von – lassen Sie
12 mich überlegen – 20 bis 30 Prozent aller Beschäftigten sind momentan noch
13 Raucher. Also da sehen Sie schon, wo da der Unterschied ist, weil Alkohol und
14 Haschisch-Konsum oder Medikamente usw. natürlich entsprechend verbreiteter
15 ist. Ach Quatsch, nicht so verbreitet, wie Alkohol, nein falsch, wie Rauchen. Da
16 sind die Zahlen ganz anders.

17 Hoppenstedt: Und ist es Ihrer Meinung nach auch abhängig von der Branche,
18 welche Süchte, sage ich mal, auftreten und ob sie überhaupt auftreten?

19 Lazar: Also man sagt ja, süchtig kann jeder werden, vom Vorstandsvorsitzenden
20 bis zum kleinen, ja ich sage mal, Empfangsdame. Es gibt vielleicht, also früher
21 sagte man zum Beispiel die Baubranche ist für Alkoholabhängigkeit prädestiniert,
22 dieses Feierabendbier. Ich glaube, dass das zurückgeht, weil eben auch dort im,
23 gerade im Baugeschäft, mit denen hatte ich dann auch manchmal so
24 Präventionsangebote. Weil man sagt, wir können uns das nicht mehr leisten,

25 dass die Leute betrunken auf einer Baustelle auftauchen, von wegen die, die es
26 von Vorschriften bzw. die Kontrollen auf Baustellen haben zugenommen von den
27 Berufsgenossenschaften oder auch die Bauherren, wenn da was passiert, also
28 die achten viel mehr wie früher, also vor 20 Jahren, noch darauf wie eben, wie,
29 ja, wie der Umgang mit solchen Mittelchen sind.

30 Hoppenstedt: Und haben Sie auch schon etwas davon mitbekommen, dass
31 beispielsweise, ich sag jetzt mal, man sagt ja generell vielleicht, dass
32 Führungskräfte mehr unter diesem Leistungsdruck stehen, dass man da
33 mitbekommt, dass die dann eher medikamentenabhängig sind als
34 alkoholabhängig?

35 Lazar: Also, von wegen, also, man sagt ja immer so die, die zum Beispiel in den
36 Krankenhäusern, da ist die Medikamentenabhängigkeit höher, weil die eben
37 einen leichteren Zugang zu diesen Mitteln haben. Zu Schmerzmitteln etc. Ich
38 würde jetzt nicht das auf Führungskräfte, also auf die hierarchische Stufe so
39 ableiten können, vor allem, weil Medikamentenabhängigkeit so viel schwerer
40 noch zu erkennen ist als eine Alkoholabhängigkeit. Weil beim Alkohol natürlich
41 die Fahne als erstes Warnsignal sogar sehr deutlich ist und auch eine
42 Wesensveränderung und Auffälligkeiten im Verhalten sind sehr viel leichter und
43 einfacher festzustellen als das Thema, wenn ich Medikamente nehme,
44 Schmerzmittel etc. Also deswegen, dieses Thema ist auch vielleicht, die, die
45 Zahlen für die, für den Alkoholmissbrauch tatsächlich repräsentativer als das,
46 was die für Medikamente haben. Das sind ja häufig denn auch nur Schätzwerte
47 – Annäherungen – und meine Erfahrung ist, dass auch das, was dann eben die
48 Betriebe eher um, wie sagt man, ja, umtreibt sich mit dem Thema auseinander
49 zusetzen, wenn sie eben allenfalls zwei Fälle mal hatten, wo es zu einem
50 Alkoholmissbrauch bzw. zu einer Abhängigkeit gekommen ist. Weil das, was mit
51 Medikamenten, das ist, man merkt vielleicht, dass der Mensch, der Mitarbeiter,
52 sich verändert, merkwürdig ist, unkonzentrierter ist oder total aufgedreht, aber es
53 ist schwieriger eben auch für Führungskräfte und zu erkennen, dass da was
54 vorliegt.

55 Hoppenstedt: OK, das heißt, es gibt jetzt nicht – also – haben Sie so
56 Kriterienkataloge für Führungskräfte oder für auch die Mitarbeiter, wo man
57 vielleicht schauen könnte; ok bei dem Mitarbeiter habe ich einen Verdacht? Was

58 gibt es da so für Kriterien, um zu schauen, ob da vielleicht eine Abhängigkeit in
59 Bezug auf Alkohol oder Medikamente besteht?

60 Lazar: Genau, es gibt Checklisten sagt man so. Man muss natürlich vorsichtig
61 sein, weil wir als oder auch als Führungskräfte, wir können ja keine Diagnose
62 stellen, das kann nur der Arzt. Wir können aber Hinweise finden, dass sich etwas
63 verändert, also dass wäre zum Beispiel, dass die Fehlzeiten, sei es die AU-
64 Zeiten, sich erhöhen. Häufig kurzfristige Arbeitsunfähigkeitszeiten kommen. Also
65 ich rufe morgens an, ich kann nicht kommen oder aber sogar die Frau ruft an
66 „Mein Mann kann nicht kommen“, weil der vielleicht eben aufgrund seines
67 Alkoholkonsums oder anderen Missbrauchs einfach nicht in der Lage ist, sich ins
68 Auto zu setzen. Dann Überziehung von Pausenzeiten. Der Mensch kommt nicht
69 aus der Pause oder verschwindet auch während der Arbeitszeit, um halt eben
70 entsprechend sein Gläschen Alkohol da zu trinken; Wein, Bier und Schnaps. Es
71 ist so, dass die Fehler zunehmen. Man macht mehr Fehler, die Qualität der Arbeit
72 lässt nach. Man ist langsamer – das sind so Zeichen. Dass rund um die
73 Arbeitsleistung Veränderungen stattfinden. Es kann aber auch sein, dass man
74 tatsächlich versucht, vielleicht an der Kleidung, also man wird nachlässiger, man
75 vernachlässigt seine – quasi – die Körperhygiene. Oder aber man sieht dem
76 Mitarbeiter in letzter Zeit immer so einen roten Kopf oder erweiterte Pupillen oder
77 man verändert, ich meine, das sind ja schon sehr deutliche, dieses Lallen oder
78 Unsicherheit im Gang, also dass was wir auch alle so quasi aus unserem
79 Allgemeinwissen wissen, erkennen oder vielleicht selber erfahren haben, wie
80 man dann unter Alkohol so auftritt. Was haben wir noch, manchmal ist es aber
81 auch so, dass man Überangepasstheit hat. Das gerade diejenigen, die
82 tatsächlich ein Alkohol- oder Suchtproblem haben, ihre Leistung erfüllen und gute
83 Beschäftigte sind. Nie zu spät kommen, weil die wollen ja nicht auffallen. Auch
84 solche Tendenzen gibt es, also es nicht immer so ganz einfach zu erkennen.

85 Hoppenstedt: Das heißt, wenn Sie jetzt sage ich mal so in einem Unternehmen
86 sind und da auch so Suchtförderung mit anbieten oder versuchen, das zu
87 etablieren, das heißt, dann werden alle Mitarbeiter in die Richtung geschult und
88 nicht nur explizit Führungskräfte? Also dass man alle mal so ein bisschen darauf
89 aufmerksam macht: „Hey, wenn euch irgendwas auffällt...“

90 Lazar: Also wir empfehlen das Thema Sucht zu besprechen und zum Beispiel in
91 Betriebsversammlungen vielleicht die Mitarbeiter mal zu informieren, warum

92 dieses Thema Sucht auch für jeden Beschäftigten ein Thema, also auch, wenn
93 ich selbst gar nicht betroffen bin. Es gibt da tatsächlich gesetzliche Vorschriften,
94 die Unfallverhütungsvorschriften, wo ich auch als Mitarbeiter angehalten bin,
95 wenn ihm irgendetwas auffällt, sozusagen davon Meldung zu machen. Nicht, um
96 den anderen in die Pfanne zu hauen, sondern um halt Unfälle zu vermeiden und
97 dann nicht nur den Mitarbeiter, der selbst sozusagen den Missbrauch durchführt
98 und abhängig ist, ja zu sagen, zu schützen sondern auch das Umfeld. Wenn
99 jemand zum Beispiel alkoholisiert oder unter Medikamenten so einen
100 Gabelstapler führt oder in der Produktion irgendwo steht und da, wenn er
101 alkoholisiert ist, auch andere damit vielleicht in Gefahr bringt weil er eben einfach
102 Abstände nicht richtig abschätzt oder zu große Risiken eingeht, dann ist dass
103 eine Gefahr auch für andere und deswegen ist dass ein Argument, da möglichst
104 frühzeitig auch einzugreifen und solche Themen mal anzusprechen, was eben
105 und da so eine Aufklärung in der Betriebsversammlung wäre ganz sinnvoll oder
106 das man auf einem Gesundheitstag, wenn man eben das im betrieblichen
107 Rahmen machen möchte zum Beispiel eben auch sich hinstellt mit dieser, was
108 so typisch ist, hier mit der Rauschbrille, dass kennen Sie vielleicht auch, das ist
109 so eine Skibrille, wo man eben mal symbolisiert und zeigen kann, was passiert
110 denn eigentlich, wenn ich Alkohol getrunken habe mit meiner Wahrnehmung und
111 welche... Ich bin jetzt klarem Verstand, aber was kann dann eben, wie ist meine
112 Wahrnehmung verzerrt und dass ich dann nicht so ganz fit bin und Unfälle
113 provoziere, wäre dann ein Thema. Also dass man schon so eine Aufklärung
114 macht oder auch bei den Arbeitsunterweisungen darauf hinweist, hier ist strenges
115 Alkoholverbot vor, während und nach der Arbeit. Ihr müsst also nüchtern
116 kommen. Wir möchten eben, dass ihr nichts mitbringt, hier nichts verkauft und
117 auch nichts nimmt. Ich glaube, dass man über solche Spielregeln im Betrieb
118 nachdenkt und die auch immer wieder auch bei, ja darauf hinweist, dass wir das
119 möchten, ist gut oder auch das man, dass der Betrieb, überhaupt überlegt, wie
120 gehen wir überhaupt mit dem Thema Alkohol um. Dieses Thema, ja, es fängt
121 schon an bei Jubiläen wird, dann die Flasche Sekt oder die... Überreicht oder
122 Flasche Wein oder gehen wir eher auf andere Präsente. Oder wenn wir
123 Betriebsfeiern haben, wie wird da mit Alkohol umgegangen? Also niemand hat
124 was gegen das Thema... zum Bier trinken, aber zu sagen, wenn wir da eben
125 klare Spielregeln haben, dann können wir vielleicht auch leichter mit diesem
126 Thema umgehen, so wenn wir Sachen auf der anderen Seite einfordern. Ich hatte

127 mal eine, ach hier so ein Pflegeheim, und die haben für ihre Bewohner, ich sage
128 jetzt mal, hier so ein Sommerfest vereinbart oder gemacht und da wurde auch
129 Alkohol ausgeschenkt für die Bewohner, aber auch die Pfleger und Pflegerinnen,
130 die sind zum Teil in ihrer Freizeit gekommen und haben da auch ihr Bier
131 mitgetrunken. Haben aber nachher geholfen die Bewohner sozusagen auf ihre
132 Zimmer wieder zurück zu bringen und die sozusagen dann zurückzuführen oder
133 auch zu begleiten und dann war so die Diskussion; ja dann dürfen die aber auch
134 nichts trinken. Die kommen zwar in ihrer Freizeit, aber wenn sie da natürlich die
135 Treppe hochfallen, das ist dann so eine Grauzone. Was passiert dann? Oder die
136 stürzen mit einem Bewohner oder stolpern und die haben Alkohol getrunken.
137 Was passiert dann? Wie sind die denn haftbar dann zu machen? Also es gab
138 große Diskussionen, da dann zu überlegen, sollen dann, dürfen die, dann noch
139 mittrinken oder sollen die nicht mittrinken, also wie wollen wir mit diesem Thema
140 dann umgehen? Denn für die Bewohner wurde tatsächlich auch Alkohol in der
141 Kantine verkauft und je leichter greifbar solche Mittel sind, auch während der
142 Arbeitszeit, umso schwerer ist natürlich dann so ein generelles Verbot
143 durchzusetzen, dass ich dann trotzdem nichts trinken darf. Ja, also so richtige
144 Schulungen für Mitarbeiter tatsächlich sind eher selten, wenn dann eher dass sie
145 sich für die Führungskräfte, also was ist dann das Thema, warum sollen sich
146 Führungskräfte und müssen sich Führungskräfte mit diesem Thema
147 auseinandersetzen. Was sind Warnsignale. Dann wird häufig geschult zu der
148 Betriebsvereinbarung, die so als Basis dann in den meisten Betrieben erarbeitet
149 wird oder erarbeitet wurde. Betriebsvereinbarung eben häufig auf Basis des
150 sogenannten Stufenmodells, um halt klarzumachen, wenn Auffälligkeiten
151 bestehen, kann ich den Mitarbeiter ansprechen und kann ich den einmal
152 ansprechen, zweimal, dreimal und was für arbeitsrechtliche Konsequenzen
153 folgen daraus. Also das ist so und da werden die Führungskräfte eben im Hinblick
154 auf die Umsetzung geschult, auch auf die Gesprächsführung und das ist dann
155 meistens auch in dieser Betriebsvereinbarung, die halt so als Handlungskonzept,
156 als Basis dient, niedergeschrieben.

157 Hoppenstedt: Das heißt, die betriebliche Suchtprävention, die ist zwar
158 Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements aber es gibt nicht, nicht
159 alle Unternehmen, sage ich mal, nehmen das auch gleich an, weil sie der
160 Meinung sind, dass dieses Thema bei ihnen einfach nicht präsent im
161 Unternehmen ist.

162 Lazar: Genau, das ist für uns nicht wichtig genug oder es gab noch keine
163 Auffälligkeiten. Ja das ist weil, häufig ist dann, wird es zum Thema, wenn
164 tatsächlich mal was passiert ist.

165 Hoppenstedt: Genau, das ist ja meistens so, dass man erst Maßnahmen ergreift,
166 wenn tatsächlich ein Vorfall war, aber halt nicht dieses typisch präventive – sage
167 ich mal. Da wäre jetzt noch zu vorhin eine Frage, Sie hatten gesagt, wenn da
168 beispielsweise irgendwelche Auffälligkeiten sind, wenn die Arbeitnehmer
169 irgendetwas feststellen oder die Führungskräfte, wie ist das dann, wenn man
170 mitbekommt, jemand geht immer betrunken zur Arbeit oder der wirkt stark so als
171 hätte er irgendwas konsumiert. Kann der Arbeitgeber den dann zum Arzt
172 schicken oder irgendwelche Kontrolle anordnen? Was sind da so die
173 Möglichkeiten?

174 Lazar: Also zum einen, dass der Mitarbeiter nicht beschäftigt wird, wenn er
175 alkoholisiert ist und das ist häufig so, weil eben in der Arbeitsordnung drin steht,
176 also sollte drin stehen, dass man nicht alkoholisiert oder unter Drogen arbeiten
177 darf. Und er muss aufgrund der Unfallverhütungsvorschriften, auch wenn es da
178 nicht explizit drin ist, darf der ihn eigentlich nicht arbeiten lassen. Das heißt, der
179 muss den ansprechen und sagen, ich habe – am Besten mit einem Zeugen noch
180 dazu holen, da gilt auch tatsächlich so der... da gibt es so einen speziellen
181 juristischen Begriff der mir gerade nicht einfällt, aber dieser erste Eindruck, meine
182 Lebenserfahrung, die als Basis eigentlich gilt und sagt „Ich habe den Eindruck,
183 Sie sind unter Alkohol und ich möchte gerne, dass, also ich kann Sie so nicht
184 arbeiten lassen. Und ich werde dafür sicherstellen oder ich werde Sie jetzt nach
185 Hause bringen.“ Man ist etwa verpflichtet, als Vorgesetzter, wenn man davon
186 weiß, den Mitarbeiter auch tatsächlich bis zur Wohnungstür nach Hause zu
187 bringen. Der darf nicht alleine nach Hause fahren, wenn ihm was passiert, ist der
188 Vorgesetzte mit haftbar zu machen. Und wenn der unter Alkohol oder Drogen
189 oder sonst was steht. Und dann wird ihm der Tag meistens auch, das ist jetzt
190 allerdings zu juristisch, ich bin keine Juristin und da bin ich immer so ein bisschen,
191 eigentlich darf ich dazu keine Aussage machen, aber wird auch in vielen
192 Arbeitsordnungen oder Betriebsvereinbarungen ist dann festgehalten, dass dann
193 dieser Arbeitstag dann halt auch nicht als Arbeitszeit angerechnet wird, wird nicht
194 bezahlt und die Taxikosten oder die Transportkosten werden ihm dann noch in
195 Rechnung gestellt. Was in diesen zugrunde liegenden Betriebsvereinbarungen

196 steht dann noch häufig drin, dass empfehlen wir, wenn der Mitarbeiter den
197 Eindruck hat „Nee, das stimmt ja gar nicht. Ich bin gar nicht alkoholisiert. Du willst
198 mir nur was unterstellen!“, dann kann man anbieten tatsächlich einen Alkoholtest
199 oder ein Drogen-Screening durchzuführen. Teilweise hatten die Unternehmen
200 solche, ja wie heißt es, diese Pustegeräte, um dann direkt vor Ort, wenn da ein
201 Arbeitsmediziner ist oder so eine Erste-Hilfe-Kraft, konnte man dann eben so
202 einen Test durchführen oder aber man sagte „Ok, dann fahren wir zusammen
203 zum Arzt oder zum Krankenhaus.“ So ein Test muss man natürlich bezahlen als
204 Arbeitgeber und sagen wir machen jetzt mal einen Alkoholtest, um halt da
205 sicherstellen zu können. Das ist halt das, was man so macht. Man kann ihn ja
206 natürlich nicht zwingen zum, zum, quasi da so einen Alkohol, sich halt Blut
207 abnehmen zu lassen oder dieses Gerät zu benutzen mit dem Atemalkohol.

208 Hoppenstedt: Verständlich, aber das wirkt ja auch so ein bisschen verdächtig für
209 den Arbeitnehmer, wenn er sagt „Ich habe keinen Alkohol getrunken, möchte
210 aber keinen Test machen“. Da muss man sich natürlich schon fragen „Warum?“.

211 Lazar: Genau, und man kann und das ist ja dieses Thema mit diesen
212 Betriebsvereinbarungen, in so eine stufenweise Druck, konstruktiven Druck sagt
213 man immer so schön, auf den Beschäftigten ausführen, wenn er nämlich erst das
214 erste Mal auffällig ist, dass man auch, man kann nie sagen oder sollte nie sagen
215 „Sie haben Alkohol...“, „Sie sind alkoholkrank“, „Sie haben abhängig“ oder man
216 sollte eher sagen „Ok, ich habe den Eindruck, dass Sie Ihre Verhaltensweisen –
217 da sollte man dann immer schön beschreiben, was denn da aufgefallen ist – mit
218 vielleicht erhöhten Alkoholkonsum zu tun haben und ich würde Sie bitten, das
219 mal abzuklären für sich, sich beraten zu lassen“. So das ist die erste Stufe. Dann
220 in der zweiten Stufe am Besten einen Teilnehmer dazu nehmen, vielleicht sogar
221 den Betriebsrat oder dann in der dritten, also das wird dann immer so ein
222 bisschen, da kommen immer mehr Leute dazu, so sagt man in diesen
223 Stufenmodellen. Unter anderem auch der vielleicht der Betriebsarzt, der
224 nächsthöhere Vorgesetzte, der Personalchef usw. um halt auch deutlich zu
225 machen, dass das ein ernstzunehmendes, also es wird immer ernster, solche
226 Gespräche und nach dem zweiten, dritten Gespräch werden dann auch, wo man
227 ihn nicht nur darauf hinweist „Klären Sie das ab!“, beim zweiten Gespräch, naja,
228 ich möchte eigentlich jetzt einen Nachweis, dass Sie bei so einer Beratungsstelle
229 waren und dann gab es auch, wenn sie nicht hingehen, gibt es auch

230 Abmahnungen. Bis zu der Voraussicht tatsächlich gekündigt zu werden, wenn er
231 sein Verhalten, also wenn er nicht, sozusagen einsichtig ist und sagt „Ja klar ich
232 habe, ich bin alkoholkrank oder ich habe eine Medikamentenabhängigkeit – das
233 stimmt“. Dann ist man geschützt, weil das ist eine anerkannte Krankheit und
234 wenn nicht, dann eben, kommen diese Fehlverhalten, die dann dazu führen, dass
235 man tatsächlich gekündigt wird. Manchmal muss man das machen, um halt so
236 weit den Druck zu haben, dass derjenige einsieht, dass er tatsächlich ein Problem
237 hat, eine Abhängigkeit, damit er in die Behandlung geht. Und in vielen
238 Betriebsvereinbarungen ist dann auch mit aufgenommen, dass er, das hört sich
239 jetzt natürlich am Anfang immer so ganz schlimm an, er wird gekündigt, aber die
240 Aussicht, wenn er tatsächlich dann in die Therapie gegangen ist und hat sich ein
241 halbes Jahr vielleicht auch außerhalb bewährt, also ist dann trocken, dass er
242 dann auch wieder eingestellt werden kann. Denn viele Leute warten viel zu lange
243 mit der Behandlung und dann ist da viel Porzellan und auch Gesundheit
244 beschädigt und die kommen immer schwerer aus dieser Suchtspirale heraus.
245 Also im Durchschnitt sagt man, glaube ich, ich habe so zahlen im Kopf, 7-9 Jahre
246 bis jemand tatsächlich in die Behandlung geht bei Suchtproblematik. Da kann
247 man eigentlich schon sehen, da ist viel in der Familie schon kaputt gegangen,
248 auf der Arbeit, er macht nicht so einen guten Job wahrscheinlich wie jemand der
249 nicht abhängig ist und die Kollegen stehen da wahrscheinlich ihm auch nicht
250 mehr so positiv gegenüber, also, je frühzeitiger man eingreift, umso besser.
251 Machen viele nicht, weil wir als Kollegen, Chef, häufig so eine Art Co-
252 Abhängigkeit mitentwickeln und versuchen, ihn erst einmal zu schützen und dann
253 zu kontrollieren und dann eben in diese Vorwurfshaltung kommen.

254 Hoppenstedt: Genau, man versucht ja erst einmal selber ihm irgendwie zu helfen,
255 obwohl man ihm eigentlich besser helfen würde, wenn man ihn in die Therapie
256 bringt, anstatt ihn vor einer Kündigung zu bewahren, sage ich mal.

257 Lazar: Genau, und da muss man eben deutliche Worte sagen und auch ihm
258 Konsequenzen aufzeigen und wie gesagt, ich bin so ein Freund von, dass man
259 eine Betriebsvereinbarung hat oder eine Vereinbarung was man machen kann,
260 damit ganz klar auch für alle anderen Beschäftigten deutlich ist, wenn ich ein
261 Suchtproblem habe, dann komme ich in diesen Prozess rein und ich muss was
262 tun.

263 Hoppenstedt: Jetzt noch einmal mehr wieder in Richtung des Allgemeinen. Klar
264 die Suchtprävention ist jetzt der eine Teil des betrieblichen
265 Gesundheitsmanagements, was werden da noch so für Maßnahmen gemacht?
266 Und sind diese dann auch immer unternehmensspezifisch?

267 Lazar: Ja, also was sie kennen oder welche Motivation das Unternehmen
268 mitbringt, was möchten Sie machen. Wenn man sagt, wir gehen ja eigentlich von
269 so einem optimalen Prozess aus, dass man sagt, BGM sollte eigentlich mit einer
270 Analysephase anfangen, um zu schauen, wo sind eigentlich unsere
271 Problembereiche oder wo sind psychische Belastungen oder körperliche
272 Belastungen. Welche Wünsche, Ideen haben auch die Beschäftigten? Dass man
273 dann Ziele vereinbart, um zu sagen: „OK, wo möchten wir jetzt ansetzen? Was
274 möchten wir eigentlich auch mit unserem Projekt erreichen?“ Das man dann nach
275 dieser Analyse auch aufgrund der Daten und Situationsanalysen, die man dann
276 hat, sagt, welche Maßnahmen bieten sich an, die durchführt, kontrolliert, welchen
277 Effekt sie gehabt haben und dann eben nachbessert oder damit sich zufrieden
278 gibt. Und dann eben wäre es schön, wenn es einen Steuerungskreis geben
279 würde, einen Arbeitskreis Gesundheit, ein Steuerungsgremium, die halt quasi die
280 Planung übernehmen und die Entscheidungsgewalt haben, auch die
281 Kommunikation zu den Beschäftigten, um zu sagen, ok wir informieren auch was
282 wir machen und warum wir das machen. Und auch Mitarbeiter selbst mit da drin
283 sitzen, die halt aus erster Hand auch mal sagen können, wie vielleicht bestimmte
284 Maßnahmen, die jetzt halt am grünen Tisch geplant sind, auch wie die da so
285 angekommen sind. Ja genau, und dazu auch interne Experten sagen wir dazu,
286 Betriebsrat wäre schön, wenn einer da wäre, also, nein, wenn der, der da ist auch
287 mit involviert sind, also Sprecher oder Schwerbehindertenbeauftragte,
288 Betriebsarzt, vielleicht ein oder zwei Vorgesetzte, ein zwei Mitarbeiter, vielleicht
289 der BEM-Beauftragte – muss aber nicht – und dass die so alle am Tisch sitzen
290 und halt dann auch jemand von der Geschäftsführung ist auch sehr wichtig, der
291 halt dann auch Maßnahmen direkt absegnen kann oder auch nicht. Der muss ja
292 das Geld zur Verfügung stellen und die Zeit vor allem auch für die Beschäftigten.

293 Hoppenstedt: Und wie wird dieses Angebot in der Regel von den Arbeitnehmern
294 angenommen?

295 Lazar: Ach es kommt darauf an, weil, das ist ja das optimale. Manchmal ist es
296 auch so, dass der Betrieb einfach nur einen Gesundheitstag machen möchte.

297 Also es ist immer von bis. Manche Betriebe sind am Anfang sehr kritisch und
298 sagen ja was soll das Ganze, jetzt muss ich hier auch noch turnen sage ich mal,
299 wenn wir so ein Rückentraining durchführen oder Stressseminar, aber manchmal
300 sind die ganz begeistert, manchmal sind die Teilnehmer, also manchmal müssen
301 die erstmal warm werden mit dem Ganzen und sagen ok das hat ja Sinn und
302 Zweck. Ich denke, es kommt immer so darauf an, dass man gut auch informiert
303 und kommuniziert warum und wieso das Ganze, was kommt auf die Mitarbeiter
304 zu und dass man eben auch so, vielleicht Dinge erstmal anbietet, um die Leute
305 da ihren eigenen Nutzen auch fest klarzumachen. Was bringt mir das Ganze für
306 mich.

307 Hoppenstedt: Und Sie haben ja gesagt, dass dort relativ viele aus dem
308 Unternehmen zusammen kommen, der Betriebsarzt, der BEM-Beauftragte,
309 Vorgesetzte, Unternehmensleitung, heißt das, es muss eine gewisse
310 Betriebsgröße auch vorhanden sein, damit man das Ganze überhaupt auf die
311 Beine gestellt werden kann? Oder ist die Betriebsgröße da relativ unabhängig?

312 Lazar: Das ist relativ unabhängig, das ist natürlich dann... Betriebe die eher quasi
313 das Thema angehen, tatsächlich aus unserer, also ich kann jetzt ja nur für unsere
314 Kunden sprechen, ja halt eine gewisse Größe schon haben und da sind, die
315 wollen auch alle beteiligt werden. Würde man jemanden übergehen, die sind
316 dann auch eingeschnappt, zum Beispiel der Betriebsarzt, der möchte vielleicht
317 auch Dinge mit einbringen, die er aus Beratungsgesprächen hat, also die sollte
318 man schon mit an einen Tisch bekommen, damit, weiß nicht, so interne
319 Strömungen oder politische Geschichten da im Betrieb hat, die dann halt so ein
320 bisschen quer laufen. Also wir haben auch Betriebe, die haben ich sage jetzt mal,
321 die sind für mich eben so klein, die haben 80 und die haben jetzt eben kein
322 Steuerungsgremium in dem Sinne. Also der Chef und seine Assistentin, die
323 managen das Ganze und die überlegen und machen in Beratung mit uns zum
324 Beispiel als Externe dann Angebote. Also das muss nicht immer diesen großen
325 Rahmen haben, das kann auch ganz klein sein und es gibt auch kleine – wenn
326 Sie mal gucken auf unserer Homepage, da sind die Gesundheitspreisträger, also
327 zum Beispiel auch mal so ein kleinerer Schreinereibetrieb. Oder wir machen jetzt
328 momentan so Projekte, wo wir versuchen, mehrere kleine Betriebe zusammen
329 zu fassen im oberbergischen, in so einem, das ist so ein Gewerbegebiet, um halt
330 zu sagen, ok die haben vielleicht nur 4 oder 5 oder 10 Mitarbeiter, aber wenn die

331 sich zusammenschließen dann können die ja doch zum Beispiel so einen
332 Gesundheitstag für, die gesamten, für 50 oder 60 Leute anbieten an einem Tag.
333 Das kann der einzelne kleine Betrieb vielleicht nicht leisten, aber wir versuchen
334 die dann eben zusammen zu fassen oder zur Kooperation zu bewegen, damit die
335 eben auch so in den Genuss dieser Leistung kommen können.

336 Hoppenstedt: Und aus welcher Intension heraus machen das die meisten
337 Unternehmen? Es gibt ja welche, die machen das vielleicht einfach, um bei ihren
338 Mitarbeitern besser dar zu stehen, also aus Imagegründen oder macht der
339 Großteil das, damit die wirklich allgemein die Gesundheit der Mitarbeiter
340 verbessern, um auch Krankenstände usw. zu reduzieren?

341 Lazar: Also ich glaube die größte, also meine Erfahrung sagt eigentlich, die
342 Arbeitsunfähigkeitsquote, wenn die sehr hoch ist oder höher ist oder aus Sicht
343 des Unternehmens zu hoch ist, ist immer noch so die erste, also das erste Motiv.
344 Das man sagt, ok woher kommt unser hoher Krankenstand und was können wir
345 tun. Das ist leider, was heißt leider aber, ich würde mir mehr wünschen natürlich
346 auch wenn Leute sagen ok wir haben eigentlich, wir sind im Normalmaß, aber wir
347 möchten was damit tun, damit die Mitarbeiter vor dem Hintergrund des
348 demografischen Wandels auch lange fit bleiben. Oder aber wir möchten uns, das
349 haben wir jetzt inzwischen auch, quasi so eine Art Ableger, zu sagen, wir
350 möchten auch damit Werbung machen, denn wir konkurrieren hier um Lehrlinge
351 und Fachpersonal und wenn wir uns mit dem Thema Gesundheit und so
352 auseinander setzen, ist das auch etwas was vielleicht mehr Bewerber zu uns
353 bringt. Also da kommen wir in diese Image-Sachen rein. Also das geht jetzt, das
354 Thema Gesundheit, ist denke ich mir aber auch sowas, was jetzt in den Betrieben
355 häufig ankommt, also deswegen auch mehr diese Image und demografischer
356 Wandel als Motiv gesehen wird, um halt auch das Fachpersonal zu halten.

357 Hoppenstedt: Das heißt, wenn man das Ganze dann auch so ein bisschen
358 bewerten möchte, ob sich das für ein Unternehmen rentiert. Klar, da werden dann
359 auch so Kriterien, wie der Krankenstand, wie viel Kosten die für die
360 Lohnfortzahlung usw. ausgeben, was gibt es da noch für Parameter, ob man
361 überhaupt für das Unternehmen überprüfen kann, hat sich das Ganze im
362 Endeffekt für mich gelohnt? Hat sich das rentiert oder wie wird das am Ende
363 bewertet?

364 Lazar: Ja, das ist schwierig tatsächlich. Also Krankenstand ist natürlich immer so
365 das erste, und vielleicht auch dann bestimmte Unterkriterien die im Krankenstand
366 da dann noch differenziert werden können wie „Wie haben sich die
367 Arbeitsunfähigkeitstage im Büro im Bereich der Muskel-Skeletterkrankungen
368 verändert?“, Tage und Fälle oder in der Länge also was können wir da feststellen.
369 „Wie sind die Beschwerden beim Betriebsrat?“ oder wir bieten auch im Vorfeld
370 auch oder zum Einstieg eines Projektes Mitarbeiterumfragen durchzuführen, um
371 halt Zufriedenheitsaspekte zu erfassen und das wäre dann schön, wenn man
372 dann nach ein oder zwei Jahren dann auch tatsächlich das noch einmal
373 überprüfen würde, inwieweit hat sich das denn auch verändert. Aber da muss
374 man sich auch und das ist so ein bisschen, wobei es bei vielen Unternehmen
375 dann richtig mangelt, weil sie sagen ja gut eine Umfrage ist auch teuer und
376 deswegen nehmen wir davon Abstand. Es wäre aber auch, nicht nur der
377 Krankenstand sollte da im Fokus sein, viele Parameter sind halt einfach die
378 Zufriedenheitsaspekte mit einer Mitarbeiterumfrage zu erfassen wäre schön aber
379 es machen nicht viele Unternehmen, muss man sagen. Die sagen, ok das Geld
380 stecken wir dann lieber in Maßnahmen für die Beschäftigten.

381 Hoppenstedt: Sie sagen jetzt ja so nach ein bis zwei Jahren, dass man da noch
382 einmal eine Umfrage macht und schaut, wie hat sich das Ganze verändert.
383 Bleiben die Unternehmen denn solange überhaupt am Ball, also sagen sie, ok
384 wir wollen das wirklich über so einen langen Zeitraum beobachten oder geht es
385 da für die meisten mehr um diese kurzfristigen Erfolge?

386 Lazar: Also Gesundheitsförderung kann nicht kurzfristig wirken. Das muss man
387 sich da ruhig abschminken, dass man da eben sagt, wenn wir eine Maßnahme
388 haben, habe ich sofort am nächsten Tag eine Veränderung des Krankenstandes.
389 Deswegen Gesundheitsmanagement kann immer mittel- und langfristig Erfolge
390 erzielen und da ist die Frage, wie man es definiert. Da wir eben die
391 Arbeitsunfähigkeitsdaten immer jahresweise erheben oder früher auch schon
392 einmal halbjahresweise, das geht so ein bisschen zurück, weil die Zahlen dann,
393 aber das hat was mit der Statistik zu tun, die sind häufig nicht so aussagekräftig
394 wie Jahresdaten. Deswegen immer so eine jahresweise Blickwinkel. Die Frage
395 ist, und da geht es um Projekte die tatsächlich, wir sagen dazu ganzheitlich
396 angelegt sind und auch eine Nachhaltigkeit erzeugt werden soll indem man eben
397 auch mit die Prozesse beachtet und auch Gesundheitsmanagement, wie sagt

398 man, da auch, hier verankert werden soll und auch da dieser Arbeitskreis eben
399 auch für eine gewisse längere Zeit etabliert werden soll und natürlich gibt es auch
400 Unternehmen die wollen einfach nur ein Rückentraining machen. Oder nur einen
401 Gesundheitstag oder die wollen nur ein Stressseminar. Und da sind die
402 Evaluation, da kann man einfach, klar wir machen auch nach diesen
403 Einzelmaßnahmen so, quasi Erhebungen, wie waren die Rückenbeschwerden
404 vorher und nachher, da gibt es einen Eingangsfragebogen, zum Beispiel, und
405 zum Abschluss und das ist die subjektive sozusagen Rückmeldung, die man
406 dann hat. Also eine subjektive Bewertung. Das kann man, das lässt man auch
407 machen. Also so eine Art der Evaluation. Es ist immer so schwer zu sagen. Es
408 gibt, ja, es gibt auch nur Unternehmen die halt so Einzelmaßnahmen haben
409 wollen, aber ich finde immer schon vielleicht besser, vielleicht kommen die aber
410 auch über diese Einzelmaßnahmen dazu, zu sagen, ok das waren jetzt
411 Einzelmaßnahmen, das war schön und nett, oder ist gut angekommen, lass uns
412 doch mal gucken was wir sonst noch machen können.

413 Hoppenstedt: Und von ihrer Erfahrung her, wie lange dauert es, bis sich so etwas
414 wirklich für ein Unternehmen rentiert?

415 Lazar: Oh je, das ist schwierig! Ich glaube das kann man nie so sagen. Wenn Sie
416 möchten, gucken Sie mal bei der iga. Da gibt es einen iga-Report, die haben sich
417 mit der Rentabilität von Projekten beschäftigt. Wir sagen immer für einen
418 investierten Euro, kriegen Sie 2,7 zurück. Die Frage ist ja, an welchen Kriterien
419 mache ich das fest und wie sind die Rahmenbedingungen sonst. Wir haben ganz
420 tolle Projekte, wo wir gesagt haben eigentlich ist das ein super Geschichte, es
421 kommt auch gut an und wir sehen, dass eigentlich auch die Rückenbeschwerden
422 müssten zurück gehen, aber dann gibt es eine wirtschaftliche Krise. Dann spielen
423 da noch weitere Faktoren zum Beispiel auf den Krankenstand ein oder auf die
424 Zufriedenheit der Mitarbeiter, dass da Entlassungen sind oder
425 Umstrukturierungen, Werke, Bereiche, wie sagt man, geschlossen werden usw.
426 Und dann müsste man das eigentlich, die guten betrieblichen Maßnahmen im
427 Krankenstand sehen, aber man sieht es eben nicht, weil die anderen Aspekte
428 das überlagern. Und dann ist es immer so schwierig. Oder wir haben tatsächlich,
429 weil wir natürlich, ja, das ist es eben. Es ist dann eben schwieriger, dass dann
430 eben so eins zu eins festzustellen. Aber wenn Sie diesen iga-Projekt, da sagt
431 man, ich glaube man muss Geduld haben und ich denke mir, Effekte darf man

432 sich erst nach einem Jahr, wie sagt man, sichtbare, was unsichtbar, was heißt –
433 nicht unsichtbar – aber was so ist wenn man zum Beispiel ein neues
434 Kommunikationssystem eingeführt haben, wie die Rückkehrgespräche, da sind
435 häufig die Effekte schon früher spürbar. Nur die werden häufig eben nicht
436 irgendwie in qualitativ, nein, quantitativ irgendwie festgehalten. Oder weil man
437 eben häufig eben, man muss ja immer eine Eingangsmessung und eine
438 Ausgangsmessung und das wird ja dann häufig nicht gemacht und deswegen ist
439 es dann immer so schwierig. Viele sagen, ja das hat super funktioniert und ist gut
440 eingeschlagen, die Leute freuen sich, dass sie jetzt auch einmal mehr Zeit für
441 einander haben und mehr miteinander sprechen und da gab es auch schon
442 einige Hinweise, wo es Problembereiche bei uns im Themenfeld gab, was
443 Aspekte sind, die bei uns krank machen und da haben wir direkt schon was
444 umgesetzt, aber dann ist es, wenn die dann neue, weiß ich nicht, Ameise
445 bekommen oder einen neuen Hubwagen, eben schwer, dass dann tatsächlich so
446 zu sagen, zu sagen, ah ok und deswegen haben wir fünf Arbeitsunfähigkeitstage
447 weniger gehabt. Das wird dann halt, also ich finde es dann eben so schwer, das
448 kann man in der Menge sehen und über die Dauer, aber nicht über so kurzfristige
449 Sachen.

450 Hoppenstedt: Das heißt, Sie hatten jetzt ja angesprochen, von wegen das rentiert
451 sich, für einen eingesetzten Euro bekommt man 2,7 Euro zurück, das heißt, das
452 ist ja dieser Return on Investment. Gibt es da noch andere Messverfahren oder
453 Kennzahlen in dem Sinne, mit denen man da eine Bewertung durchführen kann?

454 Lazar: Wir sagen, wir stellen halt diese Zufriedenheitsaspekte gegenüber, also
455 das heißt, entsprechend, wenn wir eine Mitarbeiterumfrage machen oder wir
456 haben so eine kleinen Befragungen, den BGF-Monitor auch entwickelt, wo wir
457 sagen, ok, das waren so die Zufriedenheitswerte am Anfang des Projektes und
458 das sind sie am Ende oder in der Mitte und das hat sich eben positiv verändert.
459 Zwanzig Prozent sagen das Betriebsklima hat sich positiv verändert. Daran kann
460 man sowas festmachen, aber es ist auch schwierig, auch da gibt es so mit
461 Kennzahlen, man versucht es immer wieder aber ich glaube die
462 Arbeitsunfähigkeitsquote ist immer noch das was man so am gängigsten macht.
463 Oder Bewerberquote könnte man noch mit dazu nehmen.

464 Hoppenstedt: Ok. Ich denke Sie haben mir jetzt meine Fragen weitestgehend,
465 also nein, eigentlich ist alles beantwortet.

466 Lazar: Wenn Sie noch Fragen haben, rufen Sie noch einmal an. Oder Ihnen
467 etwas unklar geworden ist oder gewesen war, dann melden Sie sich ruhig noch
468 einmal!

469 Hoppenstedt: Ja, das werde ich! Vielen, vielen Dank, dass Sie sich die Zeit
470 genommen haben!



Institut für **Gesundheit & Soziales**
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

FOM – eine Hochschule, viele Möglichkeiten.

Die mit bundesweit über 35.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

ifgs

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de/ifgs



Unter dem Titel »FOM forscht« gewähren Hochschullehrende der FOM Einblick in ihre Projekte. Besuchen Sie den Blog unter fom-blog.de