

„SUCHT AM ARBEITSPLATZ“

Betriebliche Suchtprävention in Österreich

Wolfgang Beiglböck & Senta Feselmayer

Anton-Proksch-Institut, Wien

1. EINLEITUNG

Während in der Bundesrepublik Deutschland betriebliche Alkoholpräventionsprogramme eine mehr als zwanzigjährige Tradition haben (vgl. Bamberg et al. 1998), werden derartige Programme in Österreich erst seit knapp 20 Jahren in breiterem Umfang durchgeführt und von den Unternehmen als sinnvolle Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung angesehen. Dieser Umstand liegt wohl weniger darin begründet, dass österreichische Unternehmen von dieser Problematik weniger betroffen wären als deutsche, sondern darin dass das Problem „Alkohol“ bzw. „Alkoholgefährdung und –abhängigkeit“ in Österreich einem größeren Taboo unterliegen. Dabei spiegelt sich in österreichischen Unternehmen nur die österreichische Gesamtsituation im Umgang mit dieser Problematik wider.

Dies ist umso bedauerlicher, als bereits im Jahr 1901 beim 8. Kongreß gegen den Alkoholismus Themen wie „Die theilweise Entlohnung der Brauereiarbeiter durch Bier“ diskutiert wurden und in den 20er und 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts v.a. von sozialdemokratischer Seite die Arbeiterabstinentenbewegung mit ihrem Leitspruch „ein denkender Arbeiter trinkt nicht und ein trinkender Arbeiter denkt nicht“ eine nicht unbedeutende Rolle spielte. Diese wurde jedoch 1934 durch den faschistischen Ständestaat verboten. Während dieser ständestaatlichen Periode wurden allerdings auch die ersten „ordnungspolitischen“ Präventionsmaßnahmen erlassen, wie etwa das Verbot alkoholisiert ein KFZ zu lenken oder ein Alkoholkonsumverbot für Mittelschüler. Für die folgende Zeit des „dritten Reiches“ von 1938-1945 liegen kaum Studien vor. Sie war jedoch von weiteren ordnungspolitischen Maßnahmen bis zur „Ausmerzung“ Alkoholkranker gekennzeichnet, während gegenüber dem Bierdurst der eigenen Anhänger eine ausgeprägte Toleranz herrschte – vielleicht die Grundlage für die in Österreich auch heute noch oft zu beobachtende ambivalente Einstellung gegenüber Alkohol bzw. Alkoholranke.

Während der folgenden Aufschwungjahre spielte das Thema keine große Rolle – so wurde erst 1961 die erste Entwöhnungseinrichtung für Alkoholranke gegründet. Das erste Interesse v.a. von Großunternehmen entwickelte sich erst vor etwas mehr als 20 Jahren und erfuhr in den letzten Jahren im Zuge der zunehmenden Globalisierung eine gewisse Verstärkung, als das Thema z.B. bei externen Kundenauditing international tätiger Unternehmen eine Rolle spielte.

Die Prävention des Gebrauchs illegaler Drogen und des missbräuchlichen Gebrauch von Medikamenten spielte in den letzten eine eher untergeordnete Rolle und rückte erst in den letzten Jahren vermehrt in den Blickpunkt, als sich auch Kliniken der betrieblichen Suchtprävention zuwandten. Medikamentenmissbrauch spielt in diesem Umfeld eine größere

Rolle – obwohl dies nicht nur für diesen Bereich gelten mag. Obwohl Alkohol mit 340.000 nach Nikotin die am meisten missbrauchte Substanz darstellt, folgen Medikamente mit ca. 110.000 Erkrankten. Bei ca.30.000 Abhängigen von „harten“ illegalen Drogen ist davon auszugehen, dass dies am Arbeitsplatz eine nur untergeordnete Rolle spielt.

1.1. Ausgangslage

1.1.1. Daten

Die Definition „Alkoholgefährdung“ wurde gemäß den Richtlinien der WHO in den größeren österreichischen Repräsentativerhebungen mit 60 Gramm für Männer und 40 Gramm reinem Alkohol bei Frauen angesetzt. 60 Gramm Alkohol entsprechen in etwa 1 ½ Liter Bier oder ¾ Liter Wein. Die Definition „alkoholkrank“ wurde mit 250 Gramm reinem Alkohol pro Tag pro Kopf angenommen. Gemäß dieser Definition sind 28,7 % der Männer und 8,5% der Frauen als alkoholgefährdet (gesamt 18,3%) zu bezeichnen. 5% aller Österreicher über dem 16. Lebensjahr sind demnach als alkoholkrank zu bezeichnen (trinken mehr als 250g Alkohol pro Tag, Uhl, A. et al. 1999). Die Anzahl jener Personen, die primär abstinent leben beträgt insgesamt 12% (bei Männern 6,4%, bei Frauen 17,3 %). In den letzten Jahre scheint sich allerdings ein Trend dahingehend abzuzeichnen, dass die Anzahl der Alkoholgefährdeten Personen rückläufig ist, während die Anzahl der Alkoholkranken stabil bleibt, sich allerdings die Geschlechterverhältnisse zu Ungunsten der Frauen verschieben (Uhl et al. 2004)

In einer Untersuchung aus dem Jahr 1995 wurde versucht die Anzahl der Alkohol mißbrauchenden Arbeitnehmer in österreichischen Unternehmen zu erheben (Eckardstein, D., 1995). 8% der Männer in den untersuchten Unternehmen konsumieren mehr als 60 Gramm reinen Alkohol pro Tag bzw. 1,7% der Frauen. Insgesamt gehen die Autoren davon aus, dass diese Angaben, da mit einem hohen Prozentsatz erwünschter Antworten zu rechnen sei, den internationalen Schätzungen von 5-10% der Mitarbeiter entsprechen.

Betrachtet man den Alkoholkonsum nach Branchen (Uhl, A. et al. 1999) zeigt sich, dass der höchste Konsum bei Arbeitnehmern in der Bauwirtschaft zu finden ist, gefolgt von Sicherheitsdiensten und Beschäftigten in der Gastronomie. Diese lässt jedoch keine Rückschlüsse auf den Konsum direkt am Arbeitsplatz zu.

Alkoholkonsum in Gramm Alkohol pro Tag nach Branchen

	Anzahl	Unkorrigierte Werte	alters- und geschlechtsstandardisierte Werte
Bau- und Bauhilfsgewerbe	85	74.5g	61.5g
Sicherheitsdienst (Polizei, Gendarmerie, Heer, Wachdienste, usw.)	22	63.9g	55.7g
Gastronomie, Hotellerie, Freizeit	41	45.3g	48.0g
Transport, öffentlicher Verkehr	45	57.1g	47.0g
Land- und Forstwirtschaft	62	47.6g	46.5g
anderes Gewerbe	146	45.2g	40.7g
freies Gewerbe	23	37.0g	39.1g
Reinigung, Instandsetzung	41	30.7g	37.5g
Industrieproduktion	139	40.1g	33.7g
Unterricht, Forschung, Beratung	31	29.6g	33.3g
Handel, Verkauf	152	26.3g	32.3g
Sozial- und Gesundheitswesen	52	16.3g	32.0g
Büro-, Verwaltung	231	26.6g	31.6g
Gesamtanzahl der Berufstätigen	1071	39.0g	38.9g

Tab. 1

Betrachtet man nämlich die Branchen nach „alkoholfreundlichen“ und „alkoholfreundlichen“ Unternehmen, so zählen Polizei, Gendarmerie und Wachdienste, gefolgt von Transport zu den alkoholfreundlichsten Arbeitsplätzen. Möglicherweise kommt dem Alkoholkonsum außerhalb der Dienstzeiten in bestimmten Berufsgruppen eine größere Bedeutung zu.

Alkoholfreundliches (freundliches) Arbeitsmilieu (Odds-Ratios)

	Anzahl	Odds-ratio
Sicherheitsdienst (Polizei, Gendarmerie, Heer, Wachdienste, usw.)	22	4.1
Transport, öffentlicher Verkehr	45	2.7
Industrieproduktion	139	2.4
Büro-, Verwaltung	231	1.6
Sozial- und Gesundheitswesen	52	1.6
Reinigung, Instandsetzung	41	1.3
Handel, Verkauf	152	1.1
Unterricht, Forschung, Beratung	31	1.1
Anderes Gewerbe	146	1.0
Bau- und Bauhilfsgewerbe	85	0.6
Gastronomie, Hotellerie, Freizeit	41	0.4
freies Gewerbe	23	0.3
Land- und Forstwirtschaft	62	0.1

(Lesebeispiel für Odds-Ratios: Die Chance, dass jemand im Sicherheitsdienst seinen Arbeitsplatz als „alkoholfreundlich“ beurteilt, ist mit einem Odds-Ratio von 4.1 rund 41mal so groß, wie die Chance, dass jemand in der Land- und Forstwirtschaft sein berufliches Umfeld als „alkoholfreundlich“ klassifiziert.)

Tab. 2

Insgesamt beschreiben nur ca. 9% der befragten Arbeitnehmer ihren Betrieb als „alkoholfreundlich“. Allerdings, kann der folgenden Aufstellung auch entnommen werden, dass Personen, die in einer alkoholfreundlichen Arbeitswelt tätig sind auch deutlich weniger Alkohol konsumieren. Dies könnte einen Hinweis auf die präventive Wirkung solcher

Arbeitsumwelten darstellen. Allerdings wäre auch denkbar, dass Personen mit geringem Alkoholkonsum derartige Arbeitsumwelten anstreben.

Alkoholkonsum in Gramm Alkohol pro Tag in Abhängigkeit von der Haltung des Dienstgebers bzw. der Kollegen zum Alkoholkonsum während des Dienstes

	Anzahl	unkorrigierte Werte	alters- und geschlechts-standardisierte Werte
Alkoholfeindliches Arbeitsmilieu	687	34.0g	35.8g
Neutrales Arbeitsmilieu	240	50.2g	45.9g
Alkoholfreundliches Arbeitsmilieu	90	52.2g	48.3g

Tab. 3

Möglichkeit zum Alkoholkonsum während der Arbeitszeit?

		Anzahl	relative Häufigkeit
alkoholfeindliches Arbeitsmilieu	Alkoholkonsum ist strengstens verboten (auch ein Bier zum Essen)	251	24.6%
	Alkoholkonsum ist zwar nicht ausdrücklich verboten aber kaum möglich	226	22.2%
	Alkoholkonsum wird zwar nicht gern gesehen, aber kleine Mengen (z.B. ein Bier zum Essen) sind möglich	210	20.6%
neutrales Arbeitsmilieu	Alkoholkonsum ist kein Thema - es kümmert sich niemand darum, ob man während der Arbeitszeit Alkohol trinkt	240	23.6%
alkoholfreundliches Arbeitsmilieu	Alkoholkonsum ist unter Kollegen zwar üblich, man wird aber auch voll akzeptiert, wenn man nichts trinkt	63	6.2%
	Alkoholkonsum ist unter Kollegen üblich, man muß sich ständig rechtfertigen, wenn man nichts trinkt	14	1.4%
	Alkoholkonsum ist in meiner Tätigkeit gar nicht vermeidbar (z.B. als Kellner oder bei Weinverkostung mit Kunden)	13	1.3%

Tab. 4

Dazu passt, dass in einer früheren Untersuchung (Schoberberger, R. et al., 1989) 87 % der Betriebe angaben Maßnahmen zur Einschränkung des Alkoholkonsums zu haben. Diese Maßnahmen sind entweder nur kosmetischer Natur („Wir haben ein Alkoholverbot“) oder werden unserer Erfahrung nach kaum kontrolliert, geschweige denn ernst genommen.

Nach Seidl (1989) beträgt der sich aus diesen Zahlen ergebende jährliche Verlust eines Unternehmens pro 1000 Mitarbeiter 3 Millionen öS (ca. 218.000 EURO). Pro Arbeitstag entsteht österreichischen Unternehmen ein alkoholbedingter Schaden von 40 Millionen öS (ca. 2.9 Millionen EURO). Bezogen auf die gesamte Volkswirtschaft in Österreich sind dies 10 Milliarden öS (ca. 72,7 Millionen EURO) pro Jahr. Offizielle Statistiken gehen von nur einem geringen Einfluss des Alkohols bei der Entstehung von Arbeitsunfällen aus. Dies könnte jedoch auch darin begründet liegen, dass Rehabilitationsmaßnahmen durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht gedeckt sind, wenn der Unfall in einem intoxikierten Zustand erfolgt ist.

Die Betriebsausfallkosten die durch alkoholgefährdete Mitarbeiter österreichischen Unternehmen entstehen wurden im Rahmen mehrerer Fallstudien mit 12% bis 25% im Jahr vor einer Entwöhnungsbehandlung berechnet (Schneider, S. 1991). Dies ergibt bei 5-10% Betroffenen Mitarbeitern einen Ausfall von 1,25-2,5% der Lohn- und Gehaltssumme per anno.

Für den Bereich der anderen Drogen/Medikamente stehen keine verlässlichen Daten zur Verfügung. Sie können nur aufgrund der o.a. Verhältnisse geschätzt werden.

1.1.2 Rechtsgrundlagen

Die Rechtsgrundlagen betreffend betrieblicher Suchtprävention finden sich in vielen verschiedenen Gesetzen – wie dem Angestelltengesetz, dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, der Gewerbeordnung, dem Ärztegesetz etc.- wieder.

So legen suchtspezifische Regelungen z.B. fest, dass sich ArbeitnehmerInnen durch Alkohol, Medikamente und Suchtgifte nicht einen Zustand versetzen dürfen, in dem Sie sich oder andere gefährden. Weiters wurden auch Schutzmaßnahmen für Nichtraucher am Arbeitsplatz definiert. Bauarbeiter dürfen in diesem Zustand die Baustelle gar nicht betreten. In den Pausen ist der Konsum allerdings erlaubt, wobei sie sich nicht eine Zustand versetzen dürfen, der Sie oder andere gefährdet. Ausbildnern ist die Lehrberechtigung zu entziehen, wenn sie einer Sucht, insbesondere der Trunksucht, verfallen sind. Ärzten kann bei Vorliegen einer Sucht sogar vorübergehend die Berufsberechtigung entzogen werden. Weitere Regelungen legen die höchst zulässige Promillezahl bei professionellen Fahrzeuglenkern im Personenverkehr.

Während je nach Betriebsgröße Mindestzeiten für professionelle Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner geregelt sind, wird dies jedoch meist nur im klassischen Sinne der Unfallprävention oder der Prävention unmittelbarer Berufserkrankungen verstanden.

Eine weitere Argumentationshilfe für die Einrichtung suchtpreventiver Maßnahmen am Arbeitsplatz besteht auch in der gesetzlich festgelegten Fürsorgeverpflichtung der Arbeitgeber.

Die o.a. Zahlen sollten aufhorchen lassen, spiegeln sie doch nicht nur ein gewaltiges Ausmaß von menschlichem Leid wider, sondern lassen auch erahnen, welche psychologischen Probleme und Führungsprobleme am Arbeitsplatz entstehen.

Als Behandlungseinrichtung für Suchtkranke war das Anton-Proksch-Institut meist nur mit den Folgen der unzureichenden oder kaum vorhandenen Suchtprävention am Arbeitsplatz konfrontiert. Der Anteil der arbeitslosen Patienten war zeitweise zehnmal höher, als es der österreichischen Arbeitslosenquote entsprach. Dies zeigt, dass in vielen Unternehmen jahrelanges Zusehen und Ignorieren und in der Folge Kündigung den einzigen Umgang mit Suchtproblemen darstellte. Daher sah das Anton-Proksch-Institut Handlungsbedarf neben anderen Präventionsprojekten auch in diesem Bereich aktiv zu werden. Im Laufe der letzten 20 Jahre wurde daher ein Präventionskonzept entwickelt, das alle Bereiche der Prävention bis hin zur Behandlung bereits erkrankter Mitarbeiter/-innen eines Unternehmens abdeckt. Dieses auf österreichische Unternehmen abgestimmte Konzept stellt eine Besonderheit dar, da nicht nur Mitarbeiter des Institutes als externe Berater das Unternehmen bei der Implementierung entsprechender Präventionsprogramme begleiten, sondern auch im Bedarfsfall niederschwellig eine qualifizierte, multiprofessionelle stationäre und/oder ambulante Behandlung anbieten können. Dabei sind einige organisatorische und therapeutische Richtlinien einzuhalten, auf die wir nach der Darstellung des „Kalksburger Modelles der Suchtprävention“ näher eingehen wollen.

3. KALKSBURGER MODELL DER SUCHTPRÄVENTION

3.1. „Vorbereitungsphase“

3.1.1. Dysfunktionaler Umgang

Da Sucht – nicht nur in Österreich – ein ausgesprochen tabuisiertes Thema ist, findet sich in österreichischen Unternehmen meist ein ausgesprochen dysfunktionaler Umgang mit Suchtproblemen.

Jahrelanges Zuschauen beziehungsweise Wegschauen sind Strategien, die zwar aus der Ratlosigkeit und der „erlernten Hilflosigkeit“ der Führungskräfte verständlich sind (Fuchs et al. 1998), aber im Regelfall zu einer Eskalation der Problematik führen. Kündigungen sind zwar auch eine vorübergehende Lösung der Problematik, jedoch der nächste alkoholranke Mitarbeiter kommt bestimmt. Bis zur Kündigung ist allerdings auch mit einer massiven persönlichen Belastung der Mitarbeiter und Führungsproblemen zu rechnen. Da die Entwicklung einer Alkoholkrankheit zwischen 6 Jahren (bei Frauen) und 12 Jahren (bei Männern) dauert, kann man sich die finanzielle aber auch menschliche Belastung des Unternehmens und aller Beteiligten wohl gut vorstellen.

Wenn das Suchtproblem bei einem Mitarbeiter nicht mehr zu übersehen ist, wird meist nicht die zuständige Führungskraft aktiv, sondern es kommt zu einem Delegieren an die „zuständigen Fachkräfte“, sprich Betriebsarzt oder Betriebsrat und/oder Personalabteilung. Diese sind jedoch mit der Situation überfordert. Der Betriebsarzt kennt nur den Mitarbeiter und seine medizinische Situation, aber nicht die Probleme die direkt am Arbeitsplatz auftreten, der Betriebsrat ist von seiner Funktion her genötigt sich schützend vor den Mitarbeiter zu stellen, während die Personalabteilung in diesem Stadium der Entwicklung nur mehr massive disziplinarische Maßnahmen setzen kann. Wie wir später sehen werden, kann das Problem dann nicht mehr in seiner Gesamtheit gesehen werden. Eine effiziente Hilfe für den betroffenen Mitarbeiter ist so nicht mehr möglich.

Eine andere dysfunktionale Vorgangsweise besteht im Abschieben des „unbequemen Mitarbeiters“ in mehr oder weniger offiziell definierte „Sozialabteilungen“.

So landen qualifizierte Juristen beim Aktenkopieren und –ordnen und es entwickeln sich in bestimmten Abteilungen, da alle Mitarbeiter mit Suchtproblemen dorthin versetzt werden, beeindruckende Trinkunsitten.

Ein weiterer inadäquater Umgang ist das sogenannte „co-abhängige“ Verhalten, das sich auch in dem eben erwähnten „Delegieren“ manifestiert. Diese geschieht ja meist aus der Absicht heraus dem Mitarbeiter zu helfen und ihm den Arbeitsplatz zu erhalten. Dabei wird allerdings übersehen, dass man mit dieser Vorgangsweise eigentlich dazu beiträgt, dass sich die Alkoholproblematik noch weiter verschärft. Dieses co-abhängige Verhalten kann in einem Unternehmen vielfältig Erscheinungsbilder annehmen. Dazu gehört auch jener Kollege, der für einen Alkoholkranken mehr Arbeit übernimmt und ihm so kurzfristig hilft den Arbeitsplatz zu erhalten. Langfristig verhindert er jedoch, dass der Alkoholiker sich mit seiner Krankheit auseinandersetzen muß. Solange jemand meine Arbeit erledigt, sehe ich keinen Grund etwas gegen meine Arbeitsunfähigkeit zu tun.

Letztendlich wird jeder als Co-Alkoholiker bezeichnet, der mit Alkoholabhängigen lebt oder arbeitet, das Problem als solches erkannt hat, aber aus welchen Gründen auch immer eine Konfrontation damit vermeidet. Meist geschieht dies aus Unsicherheit, oft aber auch in bester Absicht. Man versucht zu helfen, hilft aber auf die falsche Art. Üblicherweise wird Co-Alkoholismus wie folgt definiert: Als Co-Alkoholiker wird der bezeichnet, der es einem Alkoholiker in bester Absicht mangels Abgrenzung ermöglicht, dass dieser sein Trinkverhalten nicht ändern muß.

Co-Alkoholiker können Kollegen, Vorgesetzte oder Betriebsärzte sein. Wir können beim Co-Alkoholismus 3 verschiedene Phasen unterscheiden, die durch verschiedenen Reaktionsweisen gekennzeichnet sind:

1. Bemutterungsphase

Sie zeichnet sich durch Nachsicht und Verständnis aus, man hört hier meistens Sätze wie: "Er ist ja ein netter Kerl, nur schade, dass er trinkt" oder "Vielleicht trinkt er ein bißchen zuviel, aber das machen wir ja alle, wenn wir Probleme haben"

2. Helferdrangphase

Im Vordergrund steht eine gewisse Erwartungshaltung, man toleriert und entschuldigt noch Fehler, spricht diese auch an und verknüpft damit die Erwartung, dass der Betroffene in Zukunft weniger trinken solle. Der Abhängige verstrickt den Kollegen oder Vorgesetzten in seine Probleme mit seiner Ehe und seinen Schulden, so dass das ursprüngliche Anliegen - nämlich die Alkoholproblematik anzusprechen - in den Hintergrund tritt. In dieser Phase werden Versprechungen seitens des Alkoholkranken abgegeben, die nicht mehr eingehalten werden können. Trotz Bemühen wird sich jedoch an der Alkoholabhängigkeit nichts ändern. Dieser Teufelskreis aus Helfen-Frustration - noch mehr Helfen - noch mehr Frustration usw. entwickelt sich spiralenartig zur dritten Phase der sogenannten

3. Aussonderungsphase

Hier besteht die einzige Lösung oft darin, dass man den betroffenen Mitarbeiter ausgrenzt, die oben erwähnte Frustration läßt nur mehr eine Kündigung zu. Diese Entwicklung kann wohl weder im Sinne des Arbeitgebers, noch des Arbeitnehmers sein.

Obwohl schwer nachzuvollziehen gehört zu den ineffizienten Maßnahmen auch ein, meist noch dazu zu rasch ausgesprochenes, Alkoholverbot, falls es als einzige Maßnahme der Suchtprävention durchgesetzt wird. Im Regelfall ist der einzige Effekt des Entfernens der Bierautomaten und des Verbot von alkoholischen Getränken bei Betriebsfeiern ein massiver Widerstand seitens der Belegschaft und damit verschiebt sich der Alkoholkonsum „in den Untergrund“. Damit wird dazu beigetragen, dass die Alkoholprobleme noch mehr verleugnet werden und eine sinnvolle Intervention kaum mehr möglich ist. Die im Spülkasten der Sanitäreanlagen versteckten Bierflaschen sind nicht nur gut versteckt, sondern auch gut gekühlt.

3.1.2. Problemanalyse

Es ist manchmal beklemmend zu erleben, wie zuerst das Unternehmen jahrelang tatenlos zusieht, dann passiert ein dramatischer Zwischenfall (alkoholbedingter Todesfall einer jüngeren Mitarbeiterin, Arbeitsunfall u.ä.) und dann sollte sofort etwas geschehen. Am besten sollte ein komplettes Programm in 3 Wochen stehen und auch bereits erste Erfolge zeigen.

Aufgrund der oben erwähnten Widerstände und des bisherigen Umganges ist jedoch ein derartig schnelles Implementieren auch des besten Präventionsprogrammes, der Garant für ein sicheres Scheitern jeglicher Bemühungen. Ein sinnvolles Vorgehen hat daher langsam zu erfolgen und dauert im Regelfall 2-3 Jahre.

Ein erster Schritt ist daher die Analyse des bisherigen dysfunktionalen Umgangs des Unternehmens.

Weiters müssen auch arbeitsplatzspezifische Risikofaktoren Berücksichtigung finden. Dazu gehören nicht nur Überforderung, Stress bzw. starke psychische Belastung, Schichtarbeit und einseitige Belastungen, sondern auch Unterforderung und alle anderen Risikofaktoren für psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz, da ja Alkohol und andere Suchtmittel oft nur einen Versuch darstellen bestehende psychische Konfliktsituationen im Sinne einer „Selbstmedikation“ zu bewältigen.

Augenmerk sollte allerdings auch auf die im Unternehmen bestehenden traditionellen Trinkensitten gelegt werden.

Eine unabdingbare Voraussetzung zur Implementierung eines Präventionsprogrammes ist die Sensibilisierung aller Ebenen eines Betriebes. Es bedarf eines Konzeptes für das gesamte Unternehmen, das auch vom gesamten Unternehmen, und nicht nur vom Vorstand oder Betriebsrat, getragen wird. Alle Ebenen des Unternehmens sollten eine einheitliche Haltung nach außen repräsentieren, und alle Vorgangsweisen und Entscheidungen sollten für die gesamte Belegschaft transparent sein.

Als Beispiel für eine Problemanalyse soll folgende Aufstellung die tatsächliche Situation in einem Unternehmen widerspiegeln:

-) alkoholabhängige MitarbeiterInnen werden in Schutz genommen
-) Alkoholprobleme der MitarbeiterInnen werden bagatellisiert
-) Alkoholmißbrauch ist ein Tabu
-) das Problem wird erst thematisiert, wenn die Situation verfahren ist
-) fehlende Problemeinsicht der Führungskräfte
-) fehlende Information der Führungskräfte über Alkohol, Alkoholismus, Früherkennung, etc..
-) Führungsverantwortung wird in diesem Bereich nicht wahrgenommen.
-) Bierautomaten im Unternehmen trotz offiziellem Alkoholverbot
-) Ausschank von Alkohol bei externen Schulungen auf Kosten des Unternehmens
-) Alkoholabhängigkeit wird durch Co-Alkoholismus gefördert.
-) keine Unterstützung für Führungskräfte, falls sie aktiv werden
-) schwierige Trennung von alkoholabhängigen MitarbeiterInnen

3.1.3. Zieldefinition

Oft ist der Anspruch des Auftraggebers lediglich erkrankten Mitarbeitern zu helfen. Dies ist zwar eine wesentliche Aufgabe, jedoch nur ein Teilbereich der notwendigen Interventionen. Bei der Erstellung der betriebspezifischen Teilziele muß somit darauf geachtet werden, dass auch entsprechende primär und sekundär präventive Programme implementiert werden. Sonst werden zwar Alkoholabhängige behandelt, aber die Entstehungsbedingungen nicht berücksichtigt.

Primär präventive Maßnahme sind all jene Interventionen, die dazu geeignet sind das Auftreten von Suchtproblemen im Betrieb zu minimieren. Unter sekundär präventiven Maßnahmen versteht man jene Interventionen, die dazu dienen bereits bestehende Probleme rechtzeitig zu erkennen und Interventionen so zu setzen, dass es zu keiner Eskalation kommen kann.. Ein effizientes Präventionsprogramm muss daher alle drei Bereiche umfassen.

Mittelfristige Projektziele sind z.B.:

Enttabuisierung

Früherkennung

Integration des Präventionsprogramms in die Unternehmenskultur

rechtzeitiges Aufgreifen des Problems durch die Führungskräfte

Beseitigung des Widerspruchs zwischen Alkoholverbot und Alkoholausschank

korrekte Gesprächsführung

Aufnahme der zu entwickelnden Vorgangsweise in die Führungsrichtlinien

3.2. Durchführungsphase

3.2.1. Entwicklung und Implementation eines Präventionsprogrammes

Der für einen Betrieb schwierigste Teil besteht in der Installation eines innerbetrieblichen Präventions- und Früherkennungsprogrammes.

Ein solches innerbetriebliches Programm kann, wie bereits erwähnt, nur funktionieren, wenn es vom gesamten Betrieb getragen wird. Wir meinen damit: Führungsspitze, Betriebsrat, mittleres Management und Basis. Es muß einheitlich und transparent sein. Unsere Erfahrung zeigt, dass wenn nur eine dieser Instanzen ausfällt oder es sogar sabotiert, das vorgegebene Ziel nicht erreicht werden kann.

3.2.2. Maßnahmen zur Sensibilisierung

Ein wesentlicher Punkt ist daher, im Vorfeld einer eventuellen Implementierung eines derartigen Programms eine Sensibilisierung aller Ebenen des Betriebes zu erreichen. Dies muss mit besonderer Sorgfalt geschehen, um häufig zu beobachtendem Abwehrverhalten vorzugreifen. Bereits hier sollten externe Berater innerbetrieblichen Entscheidungsträgern zur Seite stehen. Als neutrale Beobachter mit dem entsprechenden Expertenwissen, können sie mit der nötigen Vorsicht auch die „heißen Eisen“ ansprechen.

Jedenfalls ist es notwendig vor der Installierung einer innerbetrieblichen Arbeitsgruppe mit allen Entscheidungsträgern eines Unternehmens Kontakt aufzunehmen, um Erwartungen abzuklären, mögliche und sinnvolle Interventionsschritte vorzustellen, die Auswirkungen des Problems (menschlich und finanziell) für das Unternehmen sichtbar zu machen und sie von der Notwendigkeit der oben beschriebenen Maßnahmen zu überzeugen. Es muss das prinzipielle Einverständnis der obersten Führungsebene und von Personalabteilung und Betriebsrat vorliegen, bevor erste Maßnahmen in einer Projektgruppe erarbeitet werden.

3.2.3. Implementierung

Erst nach Abschluss dieser Phase ist die Installierung einer "kick-off group" (vgl. Dietze 1992) bzw. Projektgruppe angebracht. Generell erscheint es jedoch sinnvoll darauf hinzuwirken, dass die Tätigkeit derartiger Gruppen nicht nur auf Suchtprobleme beschränkt bleibt, sondern auch die Erlangung der Kompetenz zur Entwicklung breiter angelegter Gesundheitsförderungsprogramme angestrebt wird. Dies erhöht nicht nur die Akzeptanz eventueller Programme in der Belegschaft, sondern erscheint auch im Hinblick auf andere psychosoziale Schwierigkeiten (z.B. psychosomatische Erkrankungen) oder gesundheitsgefährdendes Verhalten (z.B. Fehlernährung) von Bedeutung. Diese „Projektgruppe“ sollte einerseits aus Personen bestehen, die ein Interesse daran haben ein betriebliches Präventionsprogramm aufzubauen, wobei neben Betriebsrat, Betriebsarzt

zumindest auch die Personalabteilung vertreten sein sollte. Wesentlich ist, dass ein Mitglied der obersten Führungsebene als Projektmentor fungiert; er selbst muss aber nicht Mitglied der Projektgruppe sein. Mögliche weitere Mitglieder dieser Gruppe sind, je nach Organisationsstruktur und Aufgabengebiet des Unternehmens, Sicherheitstechniker, Jugendvertrauenspersonen u.a.

Diese Projektgruppe erstellt einen Maßnahmenkatalog und begleitet das gesamte Projekt:

Für den Bereich Primärprävention heißt das zum Beispiel: Nutzung der innerbetrieblichen Medien (Entwurf und Ausführung eines Info-Folders, laufende Beiträge in der Betriebszeitung,...), Regeln für den Umgang mit Alkohol im Betrieb (Kantine, Feiern, etc.), Abklärung der Arbeitsplatzbedingungen, etc.. Ev. sind auch zielgruppenorientierte Aktionen wie etwa für Lehrlinge anzustreben. Wünschenswert, aber oft vernachlässigt wird oft die Veränderung von betrieblichen Risikofaktoren (s.o.). In diesem Zusammenhang ist auch die unter dem neuen Schlagwort „Punktnüchternheit“ (d.h. freiwillige Verpflichtung zur Abstinenz während der Arbeitszeit) diskutierte Vorgehensweise zu sehen. Reine von oben dekretierte Alkoholverbote haben sich im Wesentlichen als eher kontraproduktiv und nur mäßig sinnvoll erwiesen.

Im Bereich der Sekundärprävention sind dies u.a. folgende Maßnahmen: Installierung einer Krisengruppe, Erarbeitung eines Stufenprogramms und Schulung von Führungskräften.

Die Krisengruppe soll als Ansprechstelle für Führungskräfte und Betroffene dienen, daher sollten ihr nicht nur Mitglieder des Betriebsrates und der betriebsärztlichen Abteilung angehören, sondern auch entsprechend geschulte Führungskräfte. Die Mitglieder dieser Krisengruppe können unabhängig voneinander handeln, sich aber regelmäßig über aufgetretene Probleme bei der Umsetzung des Programmes beraten und an die Projektgruppe rückmelden. In weiterer Folge sollte diese Gruppe für die nachhaltige Umsetzung der entwickelten Maßnahmen nach Ablauf des Projektes sorgen bzw. qualitätssichernde Schritte weiter verfolgen.

Die Stufenprogramme in Österreich orientieren sich im Wesentlichen an den international üblichen Vorgangsweisen:

Gemeint ist damit einen konsequenten Umgang mit gefährdeten Mitarbeitern mit Hilfsangeboten zu koppeln. Das bedeutet, dass 4-6 Gespräche mit einer zunehmenden Öffentlichkeit und zunehmendem Ausmaß an Konsequenzen für den Betroffenen geführt werden. Der Zeitrahmen eines solchen Stufenprogramms umfaßt ca. 9 Monate und muß im Betrieb allen MitarbeiterInnen zur Kenntnis gebracht werden. Sie müssen den rechtlichen und betriebsinternen Rahmenbedingungen angepaßt werden. Eine Kündigung ist erst möglich, wenn sich der Mitarbeiter trotz mehrmaliger Aufforderung keiner Behandlung unterzogen hat und auch nicht abstinert wird.

Die Aufgabe des externen Betreuers in dieser Phase der Projektentwicklung ist die Unterstützung beim Finden eigener, an den jeweiligen Betrieb angepasster Lösungen, sowie die Durchführung geeigneter Schulungsprogramme, die zumindest folgende Bereiche umfassen sollten (vgl. Feselmayer et al. 1994):

- Diskrimination
- Selbstreflexion
- Kommunikation

Information Umgang mit betriebsinternen Programmen

Die Punkte Information und Diskrimination dienen der Sensibilisierung für die Suchtproblematik allgemein, vor allem dem Erkennen- und Unterscheidenlernen zwischen Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. Die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Arbeitsleistung sowie typische Wesensveränderungen bei Gefährdeten und Suchtkranken, sollen in dieser Phase dargestellt und diskutiert werden.

Die Selbstreflexion betrifft den eigenen Trinkstil und den betrieblichen Umgang mit Alkohol. Laissez-faire in einem Bereich und Restriktion im anderen lassen auf Führungsschwäche schließen. Denn Problemgespräche werden z. B. dann unglaubwürdig, wenn von Mitarbeitern Abstinenz gefordert wird und in der Chefetage Alkohol als soziales Schmiermittel für den Abschluß von Geschäftsaufträgen verwendet wird.

Die Kommunikation, das heißt Gespräche mit Gefährdeten und Abhängigen, gehört für Vorgesetzte mit Führungsverantwortung zu den besonders schwierigen Aufgaben. Erfahrungsgemäß ist das erste problemzentrierte Gespräch, also das Konfrontationsgespräch, wo besondere Schwellenängste überwunden werden müssen eher schwierig. Wesentliche Punkte der diesbezüglichen Schulung sind Fragen wie:

- Wann solche Gespräche zu führen sind
- Wer daran teilnehmen soll
- Wie sie geführt werden sollen
 - z.B. welche Punkte zuerst angesprochen werden sollen
 - und welche erst später
- Wann sie wiederholt werden müssen
- Wie man Abwehrstrategien der Betroffenen begegnet
- Welche Konsequenzen sinnvoll sind.

Die Unsicherheiten in der „technischen“ Durchführung derartiger Gespräche sind allerdings nicht der einzige Hinderungsgrund, der Führungskräfte das Gespräch mit abhängigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zu spät suchen lässt. Fuchs et al. (1998) führen, ausgehend von einer Untersuchung in der Berliner Landesbank folgende Ergebnisse an: 74% der befragten Führungskräfte geben als Grund für nicht geführte oder zu spät geführte Konfrontationsgespräche an, dass sie unsicher in der Einschätzung der Problematik waren oder zu wenig Beweise hatten (44%). Hemmungen und Peinlichkeit werden zu 36% angegeben, annähernd gleich oft wie die Angst vor den Reaktionen des Mitarbeiters (34%). Auch die mangelnde Information über die Krankheit Alkoholismus (28%) scheint eine große Rolle zu spielen. Erst an sechster Stelle wird der in Seminaren oft spontan angegebene Grund „Zeitmangel“ genannt (22%). Immerhin zu 9% wird der eigene Alkoholkonsum als Hinderungsgrund angegeben. Auch die Befürchtung dem Mitarbeiter zu schaden, die Angst sich unbeliebt zu machen und die mangelnde Unterstützung der eigenen Vorgesetzten sind von nicht zu unterschätzender Bedeutung (13%, 8% und 8% der Nennungen). Aus diesen Antworten geht ziemlich eindeutig hervor, dass die ausschließlich theoretische Vermittlung der spezifischen Gesprächstechniken nicht ausreichen wird. Da emotionale Unsicherheiten, aber scheinbar auch Schuldgefühle und mangelndes Wissen bezüglich der Abhängigkeitserkrankungen eine zentrale Bedeutung zu haben scheinen, ist diesen Umständen in entsprechenden Schulungen entsprechende Aufmerksamkeit zu widmen.

Anhand von exemplarischen Fällen und im Rollenspiel müssen entsprechende Fertigkeiten intensiv trainiert werden (vgl. Beiglböck 1993).

Als großer Vorteil im Umgang mit dem o.a. Problem der zeitgerechten Durchführung dieses speziellen Mitarbeitergespräches hat es sich erwiesen, dass die Schulungen im Anton-Proksch-Institut stattfinden. Die Möglichkeit mit Patienten zu reden hilft das Krankheitsgeschehen besser zu verstehen und nimmt auch die Scheu vor dem Gespräch mit Alkoholkranken. Außerdem werden Vorurteile, wie z.B. „Alkoholranke sind willensschwach und gehören nur den unteren sozialen Schichten an“, aufgebrochen.

Für den Bereich der Tertiärprävention heißt das, dass die Zusammenarbeit zwischen dem Unternehmen und einer Behandlungseinrichtung, in unserem Fall das Anton-Proksch-Institut, geregelt werden muß, da eine Folge des Stufenprogrammes auch die Behandlung des Arbeitnehmers sein kann. Es hat sich als günstig erwiesen Ansprechpartner in der Behandlungseinrichtung zu ernennen, die sowohl den Führungskräften, als auch den möglicherweise betroffenen Mitarbeitern namentlich bekannt sind. So können Hemmschwellen leichter überwunden werden, die Behandlung kann schneller begonnen werden.

Um die nötige Vertraulichkeit herzustellen, ist es aber unabdingbar, dass der Therapeut nicht mit dem Berater des Unternehmens ident ist. Dieser Umstand muss auch immer wieder innerbetrieblich kommuniziert werden.

Durch die Zusammenarbeit des Unternehmens mit einer Behandlungseinrichtung entsteht aber auch ein größeres Verständnis des Unternehmens für therapeutische Prozesse und damit auch eine bessere Wiedereingliederung des Mitarbeiters. So wird z.B. die Notwendigkeit einer längerfristigen ambulanten Behandlung besser verstanden und diese unterstützt und der Patient erfährt auch direkt am Arbeitsplatz bessere Unterstützung (ev. Arbeitsplatzwechsel, etc.).

Diese Zusammenarbeit erweist sich in Österreich insofern als praktikabler als sämtliche Behandlungsmaßnahmen von den gesetzlichen Krankenversicherungen und nicht von den Rentenversicherungen übernommen werden. Außerdem verfügt Österreich über sowohl strukturell als auch inhaltlich sehr umfangreiche Behandlungseinrichtungen. Dies mag – neben der mangelnden Tradition von Selbsthilfeeinrichtungen – mit ein Grund sein, warum innerbetriebliche Suchthelfer in österreichischen Unternehmen weniger Akzeptanz finden.

3.3. Rahmenbedingungen

Um ein effizientes Vorgehen zu gewährleisten, bedarf es einiger innerbetrieblicher Rahmenbedingungen, die nochmals kurz zusammengefaßt werden sollen:

-) den Projektgruppen muß der notwendige zeitliche Rahmen zur Verfügung gestellt werden und alle üblichen Richtlinien der Projektarbeit sind zu beachten.
-) die notwendigen finanziellen Mittel für die Durchführung müssen bereitgestellt werden
-) die erarbeitete Vorgangsweise darf nicht den Dienstnehmerrechten widersprechen und muss mit bestehenden innerbetrieblichen Rechtsvorschriften kompatibel sein.
-) Einbeziehung der Ergebnisse der Projektgruppe in die Führungsrichtlinien

d.h., Vorgesetzte sind verpflichtet das problemzentrierte Gespräch mit dem Mitarbeiter zu führen

-) schriftliche Festlegung der innerbetrieblichen Vorgangsweise als Richtlinien oder bei nachgewiesener Sinnhaftigkeit langfristig als Betriebsvereinbarung
-) Nach Abschluß der Projektarbeit muß die Projektgruppe in eine ständige Arbeitsgruppe übergeführt werden, die dafür sorgt, dass die Ergebnisse auch weiterhin umgesetzt werden (z.B. Schulung neu eintretender Mitarbeiter und neuer Führungskräfte, präsent halten des Themas im betrieblichen Alltag, ständige Anpassung der Maßnahmen an geänderte betriebliche Gegebenheiten, etc.).

4. Evaluation

Obwohl die Evaluation getroffener Entscheidungen im betrieblichen Alltag üblicherweise einen hohen Stellenwert einnimmt, wird sie in diesem Bereich unserer Erfahrung nach oft vernachlässigt. Diese sollte jedoch im Sinne einer ständigen Optimierung breitere Aufmerksamkeit finden. Mögliche Evaluationskriterien sind, in Abhängigkeit von den angestrebten Zielen:

4.1. Evaluationskriterien primärpräventiver Maßnahmen

- Wahrnehmung der Veränderung der Unternehmenskultur im Hinblick auf den Umgang mit Alkohol durch Führungskräfte und Mitarbeiter

4.2. Evaluationskriterien sekundärpräventiver Maßnahmen

- Anzahl der durchgeführten Erstgespräche beziehungsweise des Inanspruchnahme des Stufenprogrammes
- Veränderung der Anzahl der alkoholbedingten Kündigungen und Entlassungen
- Veränderungen der Unfallstatistik
- Veränderung der Anzahl der Krankenstandstage, wobei dies aber nur im Einzelfall möglich ist, da zu Beginn eines Programmes eher die Erhöhung der Krankenstandstage als Erfolg zu betrachten ist, falls nunmehr Mitarbeiter eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen. Krankenstandstage im allgemeinen stellen auch deswegen einen problematischen Indikator dar, da es, außer im Einzelfall, kaum möglich ist zwischen alkoholbedingten und anderen Krankenständen zu unterscheiden.

4.3. Evaluationskriterien tertiärpräventiver Maßnahmen

- Anzahl der Kontakte zu Betriebsarzt und Krisengruppe
- Anzahl der Mitarbeiter, die sich einer Behandlung unterziehen.

Als eine der geeigneten Methode hat sich die anonyme Befragung mittels Fragebogen in größeren, aber regelmäßigen Abständen bewährt. Diese Methode hat den zusätzlichen Vorteil, dass das Thema „Alkohol am Arbeitsplatz“ ständig präsent bleibt. Und diese ständige Präsenz

beziehungsweise das ständige Arbeiten an und mit dieser Problematik ist eine der Hauptvoraussetzungen für ein erfolgreiches Programm.

4. Schlussbemerkungen und Ausblick

Die Prävention von Alkoholproblemen am Arbeitsplatz stellt – sofern es sich nicht um ausschließlich „kosmetische“ Maßnahmen handelt – eine effiziente Methode der Alkoholprävention dar. Sie ermöglicht in einem eng umschriebenen Setting zielgerichtete person- und situationsspezifische Interventionen zu koordinieren und zu evaluieren. Obwohl es sich bei Alkoholpräventionsprojekten um eng umschriebene problembezogene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung handelt, darf nicht übersehen werden, dass es sich bei der Abwicklung derartiger Programme um Veränderungen im Sinne einer Personal- und Organisationsentwicklung handelt.

Als externer Berater ist daher mit einem entsprechenden organisationspsychologischen und betriebswirtschaftlichen Hintergrundwissen und in Kenntnis organisatorischer Abläufe des Unternehmens vorzugehen. Ein eingegengtes, ausschließlich „psychotherapeutisches“ Herangehen an diese Problematik ist nicht nur kontraproduktiv für das betreffende Unternehmen, sondern führt auch dazu, dass gescheiterte Projekte als weiterer Beleg für die Richtigkeit einer diesbezüglichen nihilistischen Einstellung herangezogen werden und der in Österreich ohnehin nicht sehr florierende Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung weiterhin von betrieblichen Entscheidungsträgern nicht aufgegriffen werden wird.

In weiterer Folge wird in Österreich eine Ausweitung der betrieblichen Suchtprävention auf Klein- und Mittelunternehmen (KMU) notwendig sein. Da einerseits 80% der österreichischen Unternehmen KMU's sind, andererseits bisher hauptsächlich Großunternehmen aktiv wurden. Dazu ist aber – auch im Hinblick auf die mangelnden finanziellen Ressourcen dieser Unternehmen – eine verstärkte Einbindung öffentlich rechtlicher Träger notwendig (Kammern, Kassen, etc..). Das in den letzten Jahren zu beobachtende verstärkte Interesse von Behörden und Kliniken sollte weiter beachtet werden, wobei v.a. pädagogische Einrichtungen verstärkt „beworben“ werden sollten.

In Österreich gibt es in diesem hochsensiblen und tabuisierten Bereich nur wenige Berater mit dem nötigen know-how und den benötigten professionellen Ressourcen. Hier wäre eine Ausweitung aber auch eine verstärkte Vernetzung dieser Anbieter wünschenswert, mit dem Ziel der Entwicklung allgemeiner Standards.

Des Weiteren wäre eine vermehrte wissenschaftliche Begleitforschung anzustreben, die jedoch oft von den Unternehmen nicht gewünscht wird und daher an der mangelnden Finanzierbarkeit scheitert.

Erstrebenswert wäre auch eine Ausweitung der Arbeitnehmerschutzmaßnahmen auf den Suchtbereich.

LITERATUR:

- BAMBERG, E., DUCKI, A. & METZ, A.-M. (Hrsg.) (1998) Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Vlg. f. angewandte Psychologie, Göttingen
- BEIGLBÖCK, W. (1993) Alkohol am Arbeitsplatz und Arbeitnehmervertretungen - Probleme und Möglichkeiten. Wr. Zf. für Suchtforschung, 16, 1
- BEIGLBÖCK, W. (1993) Die ersten Konfrontationsgespräche mit abhängigen Mitarbeitern/-Innen. Inhalt und Funktion problemorientierter Gespräche. Wr. Zf. für Suchtforschung, 16, 1
- DIETZE, K. (1992) Alkohol und Arbeit - Erkennen, Vorbeugen, Behandeln. Orell-Füssli-Verlag, Zürich.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN (Hrsg.) (1988) Alkohol am Arbeitsplatz. ARGE Fachverlage, Göttingen
- ECKARDSTEIN, D. v., LUEGER, G., NIEDL, K. & SCHUSTER, B. (1995) Psychische Befindlichkeitsbeeinträchtigungen und Gesundheit im Betrieb. Rainer Hampp Vlg., München
- FESELMAYER S., BEIGLBÖCK W., MARX R., HAUKE E., ZACH E. C., FISCHER C., NARATH U., WAIGMANN S. (1994) Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie in Behandlung und Prophylaxe von Suchtkrankheiten In: SPRINGER A., FESELMAYER S., BURIAN W., EISENBACH-STANGL I., LENTNER S., MARX R. (Hrsg.) Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger. Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag. Springer-Verlag, Wien New York, S. 153-176
- FUCHS, R., RAINER, L. & RUMMEL, M. (1998) Alkoholprobleme bei Mitarbeitern: Entscheiden und Handeln von Führungskräften im organisationalen Kontext. In: FUCHS, R. et al. (Hrsg.) Betriebliche Suchtprävention. Vlg. F. angewandte Psychologie, Göttingen
- HOFFMANN, P., BEIGLBÖCK, W. (1994) Vorwort der Herausgeber, Wr. Zf. f. Suchtforschung, 17, 3/4
- HÖLZL, E. HOFFMANN, P., BEIGLBÖCK, W. (1994) Alkohol am Arbeitsplatz -Ergebnisse einer Umfrage unter Betriebsräten und Personalvertretern, Wr. Zf. f. Suchtforschung, 17, 3/4
- INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (Hrsg.) (1996) Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace, Geneva
- MÜHLBAUER, H. (1986) Kollege Alkohol - Betreuung gefährdeter Mitarbeiter. Kösel-Verlag, München.

- SEIDL, C. (1989) Alkohol im Betrieb. Personalwirtschaftliche Reihe. Band 2, Wirtschaftsuniversität Wien, Wien
- SCHNEIDER, S. (1991) Vorteilhaftigkeitsuntersuchung der Alkoholentwöhnungskur im Anton-Proksch-Institut. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Wien
- SCHOBERBERGER, R., KUNZE, M. MARUNA, H. & WINKLER, H. (1989) Vorschläge zur Bearbeitung des Alkoholproblems am Arbeitsplatz. In: AUVA, BÖP (Ed.) Neuentwicklungen in der Psychologie. Eigenverlag
- UHL, A., KOPF, N., SPRINGER, A., EISENBACH-STANGL, I., BEIGLBÖCK, W., PREINSPERGER, W. & MADER, R. (1999) Handbuch Alkohol – Österreich, Zahlen, Fakten, Trends 1999, BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien
- UHL, A., KOPF, N., SPRINGER, A., EISENBACH-STANGL, I., BEIGLBÖCK, W., PREINSPERGER, W. & MADER, R. (2006) Handbuch Alkohol – Österreich, Zahlen, Fakten, Trends 2006, BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien
- WHO, Regional Office for Europe (Hrsg.) (1989) Drinking Practices of Specific Categories of Employees. Copenhagen

AUTOREN:

Dr. Wolfgang Beiglböck, Univ. Lektor, Klinischer und Gesundheitspsychologe, im Anton-Proksch-Institut, Stiftung Genesungsheim Kalksburg in der Behandlung Abhängiger tätig. Organisationspsychologische Beratung von Unternehmen bei der Implementierung von Suchtpräventionsprogrammen und entsprechende Schulungstätigkeit.

Dr. Senta Feselmayer, Univ. Lektorin, Klinische und Gesundheitspsychologin, im Anton-Proksch-Institut, Stiftung Genesungsheim Kalksburg in der Behandlung Abhängiger tätig. Leiterin der psychologischen Abteilung des Anton-Proksch-Institutes. Organisationspsychologische Beratung von Unternehmen bei der Implementierung von Suchtpräventionsprogrammen und entsprechende Schulungstätigkeit.

Anton-Proksch-Institut
Mackgasse 7-11
A-1237 Wien
www.api.or.at
e-mail: api@api.or.at

E:\EIGENE~1\SC\REFERATE\AlkArbPrävBuch.doc