

Günter Schumann (Hrsg.)

**Stand und Perspektive
betrieblicher
Suchtprävention
und Suchthilfe**

**Reader zur Fachtagung des
Regionalen Arbeitskreises Betriebliche Suchtprävention
(RABS) Weser-Ems
am 05. April 2000 in der
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg**



**Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg
2000**

Verlag/Druck/
Vertrieb:

Bibliotheks- und Informationssystem
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
(BIS) - Verlag -
Postfach 25 41, 26015 Oldenburg
Tel.: 0441/798 2261, Telefax: 0441/798 4040
e-mail: verlag@bis.uni-oldenburg.de

ISBN 3-8142-0738-6

Inhalt

Vorwort		5
Begrüßung	Günter Schumann Sprecher des Regionalen Arbeitskreises Betriebliche Suchtprävention (RABS) Weser-Ems	7
Grußworte	Günter Scholz Rüdiger Meyenberg Carl von Ossietzky Universität Oldenburg	11
	Jürgen Lehmann Arbeitgeberverband Oldenburg	17
	Manfred Klöpfer Deutscher Gewerkschaftsbund Kreis Oldenburg-Wilhelmshaven	21
Eröffnungs- vortrag	Herbert Ziegler <i>Geschichte und ökonomische Relevanz der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe</i>	23
Plenumsvorträge	Petra Lampe <i>Die Bedeutung betrieblicher Suchthilfe aus der Sicht des Rentenversicherungsträgers</i>	33
	Horst Rauland <i>Kann betriebliche Suchtprävention die Kosten der Krankenversicherungsträger minimieren?</i>	41
	Knut Tielking <i>Die Arbeitswelt in ihrer Bedeutung für die erfolgreiche Rehabilitation von Alkoholabhängigen</i>	45

Arbeits- gruppe 1	Günter Schumann <i>Initiierung, Planung und Realisierung betrieblichen Suchtpräventionsprogramme</i>	67
Arbeits- gruppe 2	Bernd Graefe <i>Juristische Rahmenbedingungen im Umgang mit Suchtproblemen in der Arbeitswelt</i>	89
Arbeits- gruppe 3	Klaus Leuchter <i>Betriebliche Suchtprävention und -krankenhilfe im Rahmen von Klein- und Mittelbetrieben</i>	95
Arbeits- gruppe 4	Wolfgang Schmidt / Herbert Wulf <i>Chancen und Grenzen der Kooperation und Vernetzung zwischen Betrieben und ambulanten bzw. stationären Einrichtungen</i>	103
Arbeits- gruppe 5	Waltraud Schäfer <i>Betriebliche Suchtprävention aus der Sicht von Betriebs- und Personalräten</i>	111
Ergänzende Beiträge	Reinhard Künzl <i>Alkohol im Betrieb - Juristische Aspekte zu Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und Alkoholismus in der Arbeitswelt</i>	117
	Günter Schumann <i>Qualitätsmanagement und Qualitätsstandards in der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung</i>	149
Anhang	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren <i>Ethische Prinzipien in der professionellen Suchthilfe</i>	239
ReferentInnen / AutorInnen		247

Vorwort

Der Regionale Arbeitskreis Betriebliche Suchtprävention (*RABS*) Weser-Ems ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Betrieben und Behörden mit professioneller oder nebenamtlicher betrieblicher Suchthilfe bzw. entsprechenden Initiativen, von Institutionen der Suchtkrankenhilfe (Beratungsstellen / stationären Einrichtungen), Kostenträgern, Institutionen des Gesundheitsbereichs. Personell wirken im Arbeitskreis mit betriebliche Sozial- und SuchtberaterInnen, nebenamtliche SuchtkrankenhelferInnen, Betriebs-/ Personalräte, Betriebsärzte, SuchttherapeutInnen aus betriebsexternen Beratungs- und Behandlungsstellen.

Der Regionale Arbeitskreis wurde im April 1990 aufgrund einer Initiative des Studentenwerks und der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg nach einer ersten Fachveranstaltung zu der Thematik in der Universität Oldenburg gegründet. Der Arbeitskreis hat sich seither zu einem regionalen Netzwerk des Informations- und Erfahrungsaustausches, der gemeinsamen Interessenvertretung und der inhaltlichen Diskussion entwickelt. Der Arbeitskreis ist damit ein wichtiges Instrument der Qualitätsverbesserung im Bereich der betrieblichen Suchtprävention und der Suchthilfe in der Region Weser-Ems geworden. Entsprechend wurde das 10jährige Bestehen des Arbeitskreises am 05. April 2000 mit einer Fachtagung in der Carl von Ossietzky Universität gewürdigt.

Aufgrund der großen und positiven Resonanz auf die Fachtagung sind die Beiträge der ReferentInnen in diesem Reader dokumentiert. Damit soll den TeilnehmerInnen und weiteren Praktikern der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe eine Arbeits- und Diskussionsgrundlage mit einem breiten Spektrum fachlicher Aussagen zur Verfügung gestellt werden.

Ergänzt sind die Tagungsbeiträge wunschgemäß durch einen Aufsatz zum Thema Qualitätssicherung in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe, da dieses auf der Tagung keinen ausreichenden Raum gefunden hatte und hiermit eine aktuelle Diskussion aufgegriffen wird.

Ein weiterer ergänzender Beitrag vertieft die juristischen Aspekte des Alkoholkonsums, Alkoholmissbrauchs und Alkoholismus in der Arbeitswelt, da hierzu immer wieder detailliert nachgefragt wird. Ich bedanke mich bei Herrn Dr.Reinhard Künzl als Autor sowie dem Hermann Luchterhand Verlag für die Genehmigung zum Abdruck.

Als Anlage sind außerdem abgedruckt die *Ethischen Prinzipien in der professionellen Suchthilfe* der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, die auch im betrieblichen Bereich Anwendung finden sollten.

Oldenburg, im Juni 2000

Günter Schumann
*Sprecher des Regionalen Arbeitskreises
Betriebliche Suchtprävention (RABS)
Weser-Ems*

Günter Schumann

Regionaler Arbeitskreis Betriebliche Suchtprävention (*RABS*)

Weser-Ems

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich freue mich, Sie hier als Sprecher des Regionalen Arbeitskreises Betriebliche Suchtprävention Weser-Ems zur Fachtagung anlässlich des 10jährigen Bestehens des Arbeitskreises begrüßen zu dürfen. Ich freue mich vor allem darüber, dass Sie der Einladung so zahlreich gefolgt sind. Man setzt sich bei der Planung und Organisation einer solchen Veranstaltung Mindestgrenzen und Traumgrenzen, und ich bin froh, dass meine Traumgrenze nur knapp verfehlt ist. Im Rahmen der großen Resonanz ist ein weiteres Ziel dieser Veranstaltung erfüllt, das darin lag, nicht nur die am Arbeitskreis beteiligten Personen und Institutionen anzusprechen, sondern auch Betriebe und Behörden, die bisher nicht vom Arbeitskreis profitiert hatten. Dieses ist gelungen, denn ca. 60% der heutigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind heute bei einer Veranstaltung des Regionalen Arbeitskreises das erste Mal vertreten. Damit setzt der Arbeitskreis ein Zeichen, von dem ich denke, dass es der bisherigen 10jährigen Arbeit angemessen ist.

Am 20. April 1990 hatte die Carl von Ossietzky Universität und das Studentenwerk Oldenburg erstmals örtliche und regionale Behörden und Betriebe zu einem Informationsaustausch über die Bedeutung der betrieblichen Suchthilfe eingeladen, nachdem die Universität und das Studentenwerk selbst 1989 eine Dienstvereinbarung zur betrieblichen Suchtprävention verabschiedet und ein entsprechendes Beratungsangebot eingerichtet hatten. Bereits auf diesem ersten Treffen wurde der Wunsch nach einem kontinuierlichen Gedankenaustausch geäußert und daraufhin der Regionale Arbeitskreis Betriebliche Suchtprävention (*RABS*) konstituiert. Zum Arbeitskreis haben im Laufe der Zeit immer wieder neue Betriebe und

Behörden Zugang gefunden. Über den Arbeitskreis konnten Informationen weitergegeben, Erfahrungen ausgetauscht und teils auch betriebliche Programme initiiert werden. Natürlich mußte das eine oder andere Unternehmen auch feststellen, dass betriebliche Suchtprävention nicht so einfach aus dem Handgelenk und von heute auf morgen umzusetzen ist. So kommt es, dass bisher fast 60 verschiedene Institutionen, Betriebe und Behörden mit über 70 Personen über einen kürzeren oder längeren Zeitraum am Arbeitskreis beteiligt waren, wobei sich das Einzugsgebiet auf den ganzen Weser-Ems-Raum bezieht und die Personen aus den verschiedensten betrieblichen Funktionsbereichen stammen.

Ich denke, darin spiegelt sich die elementare Bedeutung des Arbeitskreises: in der Vernetzung von Betriebs- und Personalräten, Personalleiter und Betriebsärzten, betriebliche Suchtberater und nebenamtliche Suchtkrankenhelfer mit den psychosozialen Diensten der Gesundheitsämter, mit den Suchttherapeuten aus den Beratungs- und Behandlungsstellen, mit den Suchttherapeuten aus den Fachkliniken. Eine Vernetzung, die auf der einen Seite dem gegenseitigen Verständnis und der gegenseitigen Befruchtung sowie der Qualifizierung dient und gleichzeitig mahnt, über den betrieblichen Tellerrand zu schauen und nicht in veralteten Verfahren und Strukturen steckenzubleiben. Eine Vernetzung, die auf der anderen Seite wichtig ist, weil Suchtarbeit im Betrieb auch meist eine einsame, teils isolierte Geschichte ist und von daher der fachlichen Unterstützung von außen bedarf um innerbetrieblich höchstmögliche Transparenz zu erzeugen.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich denke, die heutige Veranstaltung kann uns auch in diesem Sinne ein Stück weiterbringen und dazu beitragen, die Aufgaben, die für die betriebliche Suchthilfe und Suchtprävention auf der Tagungsordnung stehen, z.B. die Weiterentwicklung der professionellen betrieblichen Suchtarbeit, die Anforderungen auf Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Evaluation, die Entwicklungen in der Suchtheorie, in Zukunft gezielt und – angesichts der Resonanz hier – gestärkt und verstärkt anzugehen.

Von daher wünsche ich uns heute ein gutes Gelingen und ich darf gleich als erstes das Wort zur Begrüßung und Eröffnung der Fachtagung weitergeben an den Kanzler der Carl von Ossietzky Universität Herrn Günter Scholz als Vertreter des Präsidiums.

Anschließend freue ich mich sehr, die Vertreter zweier Organisationen begrüßen zu können, die diese Fachtagung nicht nur ideell sondern auch finanziell unterstützen und so dazu beigetragen haben, diese Veranstaltung überhaupt zu ermöglichen, den Arbeitgeberverband Oldenburg und den Deutschen Gewerkschaftsbund. Ein Grußwort an sie richten wird der Hauptgeschäftsführer des Arbeitgeberverbandes Oldenburg, Herr Jürgen Lehmann, und danach der Vorsitzende des DGB Kreis Oldenburg, Herr Manfred Klöpffer.

Zu den Trägerorganisationen der Fachtagung zählen ebenfalls die Gesundheitskasse AOK, die Bildungsvereinigung ‚Arbeit und Leben‘ sowie die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen. Auch an die Vertreterinnen und Vertreter dieser Institutionen meinen herzlichen Dank im Namen des Arbeitskreises für Ihre Unterstützung.

Nicht zuletzt freue ich mich nach den Grußworten als Gastredner Herrn Herbert Ziegler begrüßen zu dürfen. Der Name Herbert Ziegler ist mit der betrieblichen Suchtprävention in der Bundesrepublik sehr lange und sehr stark verbunden. Im positiven Sinne eine fast symbiotische Beziehung, denn Herr Ziegler hat Sucht am Arbeitsplatz im Rahmen seiner Funktion als langjähriger Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren zum öffentlichen Thema gemacht und somit wesentlich dazu beigetragen, das es den heutigen Stellenwert erhalten hat. Seit 1992 ist Herr Ziegler Geschäftsführer der SysTeam Consult GmbH in Bonn und auch in dieser Funktion immer noch mit der Thematik befaßt.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit, wünsche uns einen guten Tagungsverlauf und darf das Wort zur Begrüßung weitergeben.

Günter Scholz

Kanzler und Mitglied des Präsidiums der
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
lieber Herr Schumann,

eigentlich tauche ich im Programm der Tagung überhaupt nicht auf.

An dieser Stelle sollte jetzt der erste **Vizepräsident Prof. Dr. Rüdiger Meyenberg** stehen, der fachlich in seinem Forschungsfeld starke Bezüge zu Ihren Arbeitsthemen hat.

Er hat leider vor zwei Wochen einen Unfall mit einer Fußfraktur erlitten, die ihn nun bedauerlicherweise in den Krankenstand versetzt hat. Er hat mir aufgetragen, Sie herzlich von ihm zu grüßen und ich glaube wir sollten ihn von hieraus Genesungswünsche übermitteln.

Aufgrund der Situation vertrete ich ihn hier und begrüße Sie herzlich im Namen des Präsidiums.

Ich möchte Ihnen keine wahrscheinlich eher laienhaften und nur auf punktueller Erfahrung beruhenden Gedanken zum Gegenstand Ihrer Tagung unterbreiten, sondern **Ihnen das von Herrn Meyenberg vorbereitete Grußwort vortragen:**

Rüdiger Meyenberg

Vizepräsident der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Leiter der Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung (SAUS)“

Wir freuen uns, dass hier ein so hochrangiges und sachverständiges Publikum versammelt ist, das im Rahmen einer Fachtagung zunächst einmal das 10-jährige Bestehen des Arbeitskreises „Betriebliche Suchtprävention“ feiert – dazu unseren herzlichen Glückwunsch – aber auch in den verschie-

denen Arbeitsgruppen Fachgespräche führt, mit dem Ziel festzustellen, ob althergebrachte Positionen noch stimmen bzw. neue Erkenntnisse Eingang gefunden haben.

Obwohl ich die Funktion des Grußwortes nicht missbrauchen möchte, lassen Sie mich dennoch etwas zur Sache, zum Verhältnis von Gesellschaft und Sucht sagen:

Unter *Gesundheitsförderung* versteht man alle Maßnahmen, die dem Aufbau bzw. der Förderung von gesundem Verhalten dienen. Es kann sich dabei um persönliche oder öffentliche Anstrengungen handeln. Während es sich bei dem Begriff Gesundheitsförderung um ein gesundheitsbezogenes, also um ein positiv formuliertes Konzept handelt, das auf der Definition der Weltgesundheitsorganisation von Gesundheit als vollkommenem körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden aufbaut, ist *Prävention* ein krankheitsbezogenes, also ein negativ formuliertes Konzept. Hier geht es um das Verhindern, Ausschalten oder Beenden von ungesunden Verhaltensweisen. In Abhängigkeit vom Zeitpunkt, in dem präventive Maßnahmen in den natürlichen Verlauf von Gesundheit und Krankheit eingreifen, unterscheidet man zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention. Mit primärer Prävention ist die Verhinderung bzw. Ausschaltung schädlicher Faktoren noch vor ihrem Wirksamwerden gemeint; sekundäre Prävention besteht in der Erkennung und Beeinflussung von Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium. Durch tertiäre Prävention versucht man, die weitere Verschlimmerung oder Komplikationen einer bereits eingetretenen Krankheit zu vermindern. Gesundheitsförderung und primäre Prävention besitzen einen sehr großen Überschneidungsbereich, wenn auch die jeweiligen Zielsetzungen anders sind.

Wird in unserer Gesellschaft von Suchtproblemen gesprochen, so denkt fast jeder zunächst an illegale Drogen und an Alkoholismus; zumindest erscheint es als ein Randproblem unserer Gesellschaft von dem die anderen und nicht man selbst betroffen ist.

Die Auffassung, die ich hier zur Diskussion stellen möchte ist allerdings eine ganz andere: Sucht ist kein Randproblem und auch kein Problem von Minderheiten, es geht jeden an und jeder ist mehr oder weniger davon betroffen. Es verweist auf die Art und Weise unserer Lebensbewältigung und auf die Frage nach dem was unser Leben sinn- und wertvoll macht.

Dazu ein Fallbeispiel zur Veranschaulichung:

Frau A. ist 54 Jahre alt, verwitwet und alleinstehend. Sie arbeitet halbtags im Büro. Ihre Arbeit führt sie sehr zuverlässig und sehr sorgfältig aus, allerdings ohne großes Engagement. Ein Tag gleicht dem anderen: Bevor sie nach Hause geht kauft sie sich eine Flasche Wein, Süßigkeiten, Wurst, Käse, Brot und Butter – seit Monaten hat sie sich keine richtige Mahlzeit mehr zubereitet. Zu Hause angekommen schaltet sie sofort ihren Fernseher ein, sie sieht dann bis spät in die Nacht – ununterbrochen – fern, fast ausschließlich Spielfilme und Unterhaltungssendungen, auch samstags und sonntags. Verwandtenbesuche und Ausflüge sind in den letzten Jahren immer seltener geworden. Seit sie sehr zugenommen hat, wiegt sie jetzt über 100 kg, geht kaum noch aus der Wohnung. Verschiedene ärztlich empfohlene Appetitzügler und Diäten führten nur kurzfristig zu einer Gewichtsreduktion. Sie ist von freundlichem Wesen und wird von ihren Mitmenschen gemocht. Größere gesundheitliche Störungen sind noch nicht zu verzeichnen.

Dieses Fallbeispiel – Fernsehsucht, Esssucht – zeigt – und ich denke, dass es sich hierbei um Süchte handelt und man diese auch als solche benennen sollte – 1. wie fließend der Übergang vom gesunden zum kranken Verhalten ist, 2. ein wie langer Prozess oft nötig ist, um die Krankheit zum Ausbruch kommen zu lassen und 3. wie leichtfertig auch dann von allen Betroffenen nur an den Symptomen gearbeitet wird.

Für die Bewertung süchtigen Verhaltens in unserer Gesellschaft ist zweierlei entscheidend:

Sinn und Ziel menschlichen Lebens werden in unserer Gesellschaft erstens im beruflichen Erfolg und in der Karriere gesehen, zweitens im körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden und drittens im Erwerb und der Anwendung verschiedener Konsummittel.

Eindeutige Werte, auf die bezogen süchtiges Verhalten zweifelsfrei interpretiert werden kann, existieren nicht.

Dies hat zum einen zur Folge, dass verschiedene Süchte in unserer Gesellschaft unterschiedlich bewertet werden: Arbeits- und Fernsehsucht z.B. sehr positiv, Alkohol- und Drogensucht sehr negativ, Medikamenten- und Nikotinsucht liegen irgendwo in der Mitte. Entscheidend ist in welchem Umfang der Einzelne seinen Rollenverpflichtungen insbesondere seiner Pflicht zu arbeiten nachkommt.

Zum anderen existiert in unserer Gesellschaft eine nicht zu leugnende *Doppelmoral* in Bezug auf Süchte. So wird z. B. zwischen legalen und

illegalen Drogen unterschieden, ohne dass diese Einteilung irgendwelchen fachwissenschaftlichen Kriterien standhält. Dasselbe gilt für die Trennung von angeblich „weichen“ und „harten“ Drogen. Weiterhin leben ganze Wirtschaftszweige von Süchten, die resultierenden Probleme werden von uns allen getragen und finanziert. Was der Staat an Steuern erhält wiegt die Folgekosten bei weitem nicht auf.

Gesundheitserziehung und Suchtprävention waren in der Vergangenheit dann *nicht* sehr erfolgreich, wenn ausschließlich am Symptom und nicht an den Ursachen angesetzt wurde. Zunehmend wird heute der Ansatz einer ursachenorientierten Prävention verfolgt, wirkungsvolle Suchtprävention setzt eine gründliche Analyse der Ursachen süchtigen Verhaltens voraus.

Das Problem des *sozialwissenschaftlichen Ansatzes* ist, dass es sich immer nur um potentielle Ursachen handelt und auch nur handeln kann. Aus bestimmten psychischen und/oder sozialen Bedingungen, die als förderlich für die Entstehung süchtigen Verhaltens angesehen werden, kann nicht zwingend im Sinne eines Ursachen-Wirkungs-Zusammenhangs abgeleitet werden, dass eine solche Gefährdung oder Erkrankung auch eintreten wird. Dies liegt aber nicht an einem Mangel an Erklärungsansätzen, sondern an der Komplexität und Vielschichtigkeit des Problems Sucht selbst. Die Entwicklung des Menschen, auch die Entwicklung seiner Probleme und Konflikte ist nun einmal nicht durch objektivierbare Faktoren derart determiniert, dass ein bestimmtes Ergebnis unausweichlich eintreten wird. Vielmehr ist die menschliche Entwicklung sowohl von zufälligen Gegebenheiten als auch von der Fähigkeit zur Selbstreflexion und der damit verbundenen Möglichkeit, sich in jeder Situation auch anders entscheiden zu können, nicht unwesentlich beeinflusst.

Die entscheidende Aufgabe im Suchtbereich ist nicht Süchte zu behandeln, sondern sie zu verhindern.

Aber schnelle und spektakuläre Erfolge sind bei der Suchtprävention nicht zu erwarten. Mit Erfolgen kann aber dann aufgewartet werden, wenn Prävention vornehmlich nicht an den Symptomen, sondern an den *Ursachen* ansetzt. Wenn nicht nur die Schüler, sondern *Lehrer* und *Eltern* gleichermaßen einbezogen werden, wenn es sich nicht um isolierte und kurzfristige Maßnahmen, sondern um *aufeinander abgestimmte Bündel von Interventionen* handelt; wichtig sind *kontinuierliche Anstrengungen* in der Veränderung von Gesundheitsverhalten. Weiterhin setzt erfolgreiche Gesundheits-

förderung und Suchtprävention einen *geeigneten Rahmen* und ein *entsprechendes Umfeld* voraus.

So würde uns eine gute Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, ein gut ausgebautes Hilfs- und Unterstützungswesen erheblich weniger Suchterkrankungen bescheren. Würden unsere Politikerinnen und Politiker dies bei der Mittelverteilung doch endlich berücksichtigen!

Nochmals Dank für Ihr Erscheinen, Dank insbesondere auch den vielen Referentinnen und Referenten und an Günter Schumann nebst Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, fruchtbare nachhaltige Gespräche und Diskussionen, aber vielleicht auch neue Erkenntnisse!

Jürgen Lehmann

Hauptgeschäftsführer des Arbeitgeberverbandes Oldenburg

Grußwort des Arbeitgeberverbandes Oldenburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Interessenvertreter von mehr als 600 Unternehmen unserer Region begrüßt der Arbeitgeberverband Oldenburg die Initiative des Regionalen Arbeitskreises, zu seinem 10-jährigen Bestehen eine Fachtagung zum Thema „Stand und Perspektive betrieblicher Suchtprävention“ durchzuführen.

Unser Verband hat sich daher sehr gern bereit erklärt, den Arbeitskreis bei der Vorbereitung und Durchführung dieser Fachtagung zu unterstützen. Darüber hinaus ist die heutige Veranstaltung ein willkommener Anlass, nicht nur zum 10-jährigen Bestehen zu gratulieren, sondern auch die beispielhafte Tätigkeit des Arbeitskreises und seiner engagierten Mitglieder zu würdigen.

Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass der Arbeitskreis für die regionale Wirtschaft, also für unsere Mitglieder ein wichtiger Ansprechpartner in Sachen Suchtprävention sein kann und in vielen Fällen auch bereits ist. Wie notwendig und bedeutend die Tätigkeit eines solchen Arbeitskreises für die Wirtschaft ist, sollen einige Zahlen deutlich machen:

Beschränkt man betriebliche Suchtprävention allein auf den Bereich Alkoholismus und lässt weitere Suchtpotentiale unberücksichtigt, dann stellt bereits der Alkoholmissbrauch von Mitarbeitern eine außergewöhnliche Kostenbelastung für die Unternehmen dar.

Für den betrieblichen Bereich wird der Anteil der alkoholkranken Mitarbeiter auf etwa 5 % geschätzt. Großbetriebe mit mehr als 1000 Mitarbeiter gehen sogar von einem Prozentsatz der Alkoholkranken bis zu 8 % aus, d. h. mindestens jeder 20. Beschäftigte hat Alkoholprobleme. Weitere 10 % der

Belegschaft sind als alkoholgefährdet anzusehen. Das bedeutet, dass etwa jeder 7. Beschäftigte ein deutliches Alkoholproblem hat.

Bereits die hierdurch auf die Betriebe zukommenden Kosten sollten den Blick der in den Unternehmen Verantwortlichen auch auf die allgemeinen durch den Alkoholkranken verursachten finanziellen Belastungen lenken.

Studien zeigen, dass alkoholranke Arbeitnehmer

- 16 mal häufiger am Arbeitsplatz fehlen,
- 3,5 mal so oft in Betriebsunfälle verwickelt sind
(10 % der tödlichen Betriebsunfälle sind alkoholbedingt)
- 2,5 mal so häufig krank sind wie Nichtalkoholiker,
- so dass die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bei ihnen
4 mal höher als bei anderen Mitarbeitern ist.

Es ist aber nicht nur die Kostenbelastung der Unternehmen zu berücksichtigen, sondern auch die qualitative Beeinträchtigung des Betriebsablaufs und des Betriebsklimas. Der Leistungsabfall von Alkoholkranken ist beachtlich hoch, bedingt durch

- uneffiziente Arbeitsweise
- sinkende Arbeitsquantität wie Arbeitsqualität
- Produktion von Ausschuss
- Verursachung von Schäden an Maschinen, Einrichtungen und im schlimmsten Fall auch von Personenschäden.

Die dadurch verursachten finanziellen Belastungen werden von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren auf 25 % des Entgelts der alkoholabhängigen Mitarbeiter geschätzt. Betriebliche Gegenmaßnahmen zur Suchtprävention sind deshalb dringend erforderlich!

Die Bandbreite von Konzepten zur betrieblichen Suchtprävention ist groß. Beginnend beim Führungsverhalten des Vorgesetzten bis zu umfangreichen Sucht-, Präventions- und Gesundheitsprogrammen ist jedes Unternehmen gefordert, unternehmensspezifische Maßnahmen zu ergreifen.

Bereits der Vorgesetzte, der eine Alkoholisierung des Mitarbeiters feststellt, muss gezielt vorgehen, um eine Gefährdung des betroffenen Mitarbeiters

oder von Betriebsmitteln auszuschließen. Der rechtliche Rahmen, in dem sich ein Vorgesetzter bewegt, erfordert jedoch präzise arbeitsrechtliche Kenntnisse. Abmahnung, Feststellen von Fehlverhalten, Überwachungspflicht und Arbeitssicherheit sind hier nur einige Stichworte. Genauer wird Ihnen sicherlich im Rahmen der heutigen Fachtagung auch der Direktor des Arbeitsgerichts Oldenburg, Herr Bernd Graefe, darstellen.

In Fragen des arbeitsrechtlichen Umgangs mit gefährdeten oder alkoholkranken Mitarbeitern bietet der Arbeitgeberverband Oldenburg seinen Mitgliedsunternehmen eine umfassende und kompetente Beratung und Hilfestellung, so dass wir unser Dienstleistungsangebot durchaus als eine ideale Ergänzung zur Tätigkeit des „Regionalen Arbeitskreises Betriebliche Suchtprävention“ verstehen.

In diesem Sinne wünsche ich der heutigen Fachtagung einen erfolgreichen Verlauf und wünsche Ihnen eine informative und ergebnisreiche Veranstaltung.

Vielen Dank.

Manfred Klöpfer

Vorsitzender des Deutschen Gewerkschaftsbundes
Kreis Oldenburg-Wilhelmshaven

Grußwort des Deutschen Gewerkschaftsbundes Kreis Oldenburg-Wilhelmshaven

Sehr geehrte Damen und Herren
liebe Kolleginnen und Kollegen

Im Namen der Gewerkschaften im Deutschen Gewerkschaftsbund bedanke ich mich herzlich bei den Organisatorinnen und Organisatoren dieser Fachtagung und insbesondere bei Herrn Günter Schumann für die Vorbereitung und Durchführung dieser Tagung. Diesen Dank verbinde ich mit den herzlichen Glückwünschen zum 10 jährigen Bestehen des Arbeitskreises. Es ist schön zu sehen, dass viele Kolleginnen und Kollegen aus Betrieben und Verwaltungen unserer Region der Einladung gefolgt sind. Das zeigt, dass das Anliegen des Arbeitskreises in den Betrieben ankommt und ernst genommen wird.

Neben den betrieblichen Vertreterinnen und Vertreter, die der wichtigste Adressat der Tagung sind, konnten viele Institutionen, die mittel- und unmittelbar mit den Ursachen und vor allem den Folgen von Sucht befasst sind, als Referenten an den Tisch geholt werden, um Erfahrungen auszutauschen und Perspektiven für die Suchtprävention zu entwickeln.

Die regionale Ausrichtung und dabei insbesondere die Rolle der Universität gilt es an dieser Stelle hervorzuheben. Die regionale Ausrichtung und Zusammenarbeit mit vielen Einrichtungen steht für Praxisnähe, die Aktivitäten der Universität allerdings nicht unbedingt, denn Wissenschaft hat ja nicht zwangsläufig diese Nähe. Als Gewerkschaften fordern wir die Einbindung der Wissenschaft in die regionalen Strukturen. Mit dem Arbeitskreis Betriebliche Suchtprävention scheint das hervorragend gelungen zu sein.

Sucht, die zumeist gesellschaftliche Ursachen hat, hat unmittelbare Folgen in den Betrieben, die sich nicht immer betriebswirtschaftlich darstellen und rechnen lassen. Ich kann verstehen, dass dieser Zusammenhang für die Arbeitgeber im Vordergrund steht und diese mit der ökonomischen Argumentation am ehesten von der Suchtprävention für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu überzeugen sind.

Allzu häufig werden die aus Suchtkrankheiten entstehenden Probleme individualisiert, was Prävention so schwierig macht, denn Prävention richtet sich vor allem an Nicht-Suchtkranke. Sucht hat Folgen für die Leistungsfähigkeit der Betroffenen, führt zur Verschlechterung der Beziehungen der KollegInnen untereinander und damit zur Verschlechterung des Betriebsklimas. Die Sicherheit am Arbeitsplatz ist häufig gefährdet. Sucht führt für die Betroffenen oft zum Arbeitsplatzverlust und damit ist Sucht der Einstieg in den sozialen Abstieg.

Sucht verursacht gesellschaftliche Kosten, die von der Solidargemeinschaft zu zahlen sind. Arbeitgeber und Gewerkschaften, vor allem die betriebliche Interessenvertretung Betriebsräte und Personalräte sind mit den betrieblichen Folgen konfrontiert.

Es ist gut, dass hier gemeinsam über Suchtprävention ausgehend von den Erfahrungen mit Sucht diskutiert wird. Erfahrung mit Sucht heißt auch Erfahrung mit Suchthilfe. Es ist zu hoffen, dass diese Tagung dazu beiträgt, die regionale Zusammenarbeit zwischen dem Arbeitskreis und Institutionen, die ständig mit den Folgen – ob juristisch oder als Kostenträger – befasst sind, auszubauen bzw. zu begründen. In diesem Sinne wünsche ich der Tagung einen guten Verlauf.

Herbert Ziegler

Geschichte und ökonomische Relevanz der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe

1 Einführung

Die betriebliche Suchtprävention hat in den letzten 30 Jahren eine wichtige Position eingenommen. Arbeitsmedizin, betriebliche Sozialarbeit, freiwillige Suchthelfer, Personal- und Betriebsräte sowie die Beauftragten für Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz und nicht zuletzt die Personalabteilungen sind mit den Auswirkungen des Konsums und Mißbrauchs von psychoaktiven Substanzen am Arbeitsplatz befaßt.

2 Geschichtliche Relevanz

2.1 Alkohol-am-Arbeitsplatz-Bewegung

Elisabeth Wienemann, selbst eine wichtige Repräsentantin der Entwicklung betrieblicher Suchtprävention, hat in einer 1999 veröffentlichten Arbeit den bisher einzigen Überblick über die Entwicklung dieses Arbeitsfeldes dargestellt. Bei meinen Ausführungen beziehe ich mich deshalb ausschließlich auf diese Publikation. Rückblickend auf die Jahre 1978 bis 1990 bezeichnet E. Wienemann diese Phase als Alkohol-am-Arbeitsplatz-Bewegung, die von verschiedenen Personen und Institutionen getragen wurde.

2.2 Die Anfänge der Bewegung

1972 erscheinen erste Berichte über amerikanische „Employee-Assistent-Programms“ (EAP) in Deutschland. Der 1974 vom Bundesminister für Gesundheit publizierte Bericht der US-Regierung über „Alkohol und Gesundheit“ enthält erstmals einen Überblick über die Inhalte und Methoden dieser Hilfeangebote für Mitarbeiter. Darüber hinaus werden in diesem Band

auch schon einige Aspekte der betriebswirtschaftlichen Relevanz dargestellt. Die dort beschriebene Idee der Gründung einer Fachvereinigung aller mit dem Thema befaßten Berufsgruppen wurde in Deutschland zwar häufiger diskutiert, aber nie verwirklicht.

1975 veröffentlichte Frau Dr. Kleinsorge, Betriebsärztin der BASF erstmals Zahlen zur Alkoholproblematik am Arbeitsplatz und verursachte damit eine Welle von Zeitungsberichten – ein wesentlicher Grund für die zunehmende Aufmerksamkeit. Mit der Firma Bayer und ihrem Arbeitsmediziner Dr. Sparrer wurde wieder ein Chemie-Unternehmen besonders aktiv. Einen der wichtigsten Schritte unternahm jedoch die Firma Voith in Heidenheim mit ihrer Sozialberaterin Frau Langensee, die es schaffte, die erste Betriebsvereinbarung zur betrieblichen Suchthilfe zu entwickeln. Neben diesen Persönlichkeiten waren Frau Wassermann, Fa. Thyssen, Herr Czischek, Bundesbahn, Frau Rußland, IG-Metall, Frau Dr. Lippmann, MBB, Herr Maul, Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Herr Rimpl, Niedersächsische Landesstelle, Dr. Schmidt, Landesstelle Berlin und viele andere Träger der „Bewegung“.

2.3 Entscheidende Entwicklungen 1980 bis 1990

Die deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) führte 1978 eine erste Fachkonferenz zu diesem Thema durch und erreichte damit ca. 600 Teilnehmer. 10 Jahre später wurde die Fachkonferenz mit etwa 1.500 Teilnehmern wiederholt – ein Zeichen dafür wie groß das Interesse geworden war. Eine wichtige Publikation, der von Dieter Maul herausgegebene Reader „Alkohol am Arbeitsplatz“, bot 1979 einen Überblick über die bis dahin veröffentlichten Artikel und das Presse-Echo auf die Fachtagung der DHS.

Die Gewerkschaften standen der „Bewegung“ zunächst skeptisch gegenüber, konnten sich jedoch dem Thema nicht mehr entziehen, als Rita Rußland die IG-Metall davon überzeugte, daß Hilfeangebote für Betroffene, aber auch präventive Maßnahmen sowie Veränderungen von Arbeitsbedingungen gewerkschaftliche Aufgaben sind.

1980 gründete die DHS den Fachausschuß „Alkohol am Arbeitsplatz“ und publizierte das Ergebnis in einer kleinen Broschüre als Empfehlungen an die Betriebe und öffentlichen Verwaltungen. Neben der Beschreibung der Problemlage sowie der Darstellung der Ursachen und Entwicklung der Alkoholabhängigkeit waren Maßnahmen der Hilfe und juristische

Rahmenbedingungen wichtige Inhalte. Insbesondere das Bild des „Therapie-trichters“ schien ein eingängiges Modell der konzertierten Vorgehensweise aller Beteiligten zu sein – er wurde von vielen übernommen und als wesentliches Substrat der Hilfe für Alkoholranke am Arbeitsplatz gesehen.

1984 entwickelte die Stadt Stuttgart die erste Dienstvereinbarung im öffentlichen Dienst.

Es folgten Publikationen über die Ausbildung von Vorgesetzten und Betriebsräten und eine Reihe von Personen und Institutionen entwickelte spezifische Seminarprogramme. Einen breiten Raum nahm die Ausbildung ehrenamtlicher/freiwilliger Suchthelfer ein, die sich aus dem 120 Std.-Programm der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege entwickelte.

Tagungen der Landesstellen gegen die Suchtgefahren und die Bildung regionaler Arbeitskreise führten zu einer nahezu flächendeckenden Ausbreitung der Programme. Insbesondere die Hessische Landesstelle sowie die Landesstelle in Hamburg waren hier federführend. Die bereits erwähnte Fachtagung der DHS führte 1988 in Berlin alle Beteiligten und Interessierten zusammen und kann rückblickend als Höhepunkt der „Bewegung“ betrachtet werden.

2.4 Inhaltliche Entwicklung

Aus den amerikanischen Ansätzen wurde das Konzept des „Konstruktiven Druckes“ übernommen, das in Deutschland in Form des „Therapie-trichters“ bekannt wurde. Hintergrund des Modells war die Annahme, daß Alkoholabhängige nicht freiwillig Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen, sondern nur mit Hilfe von Konfrontation und Druck aller Beteiligten vom Sinn dieser Maßnahmen „überzeugt“ werden könnten. Die Initiative für diese Konfrontationsgespräche sollte vom unmittelbaren Vorgesetzten ausgehen. Personalabteilung, Betriebsrat, Betriebsarzt, Sozialberatung und andere sollten den Vorgesetzten unterstützen und den Druck auf den Mitarbeiter erhöhen. Schließlich blieb ihm nur noch übrig das Hilfeangebot in Anspruch zu nehmen.

In den Betriebsvereinbarungen wurde dieses Modell in der „Interventionskette“ aufgenommen. Beginnend mit einem Vier-Augen-Gespräch wurden arbeitsrechtliche Schritte angedroht – bis hin zur Kündigung – um den betroffenen Mitarbeiter vom Alkohol abzubringen.

Diese Maßnahmen richteten sich vorwiegend an Alkoholranke die schon langjährig bekannt und schwer erkrankt waren.

Das theoretische Modell zur Schulung der Vorgesetzten und Betriebsräte war geprägt vom Begriff des „Co-Alkoholismus“.

Da Co-Alkoholiker das Verhalten des Betroffenen deckten und vertuschten und damit die Krankheit verlängern und verschlimmern, mussten sie durch entsprechende Seminare und Trainings zu einem produktiveren Verhalten gebracht werden.

Wienemann stellt in ihrer Arbeit fest, daß in der inhaltlichen Entwicklung drei grundlegend unterschiedliche Modelle zu beschreiben sind, die von den USA übernommen und auf die Bundesrepublik Deutschland übertragen wurden:

- Das traditionelle Modell
- Das personenzentrierte Modell
- Das moderne Alkohol- und Suchtprogramm.

Insbesondere das personenzentrierte Modell stellte sich den Betrieb als Teil der Therapiekette dar und sah ihn in der Rolle der Motivation und Nachsorge von Suchtkranken.

2.5 Das Ende der „Bewegung“ ab 1990

Wienemann schreibt in ihrer Arbeit, daß mit der DHS-Fachkonferenz 1988 der Höhepunkt aber auch das Ende der Alkohol-am-Arbeitsplatz-Bewegung begonnen hat und macht das an folgenden Aspekten fest:

- Es liegen jetzt viele verschiedene, ausdifferenzierte Ansätze vor. Das Modell des Therapietrichters wurde weitgehend aufgegeben, systemisch-ressourcenorientierte Konzepte sprechen nicht mehr vom Co-Alkoholismus des Umfeldes und sehen verstärkt auf die Wahlmöglichkeiten des Alkoholabhängigen und Gefährdeten.
- Schlüsselpersonen haben beruflich gewechselt, viele Einzelpersonen und Beratungsinstitute arbeiten nach unterschiedlichen Konzepten oder haben sich anderen Arbeitsschwerpunkten gewidmet.
- Auch die Schlüsselverbände, z. B. der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe, haben das Arbeitsfeld aufgegeben und neue Arbeitsschwerpunkte entwickelt.

- Nicht zuletzt hat die verschärfte ökonomische Krise die Aufmerksamkeit der Unternehmen auf andere Probleme gelenkt.

Gleichwohl ist es gelungen Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb zu institutionalisieren und als wichtigen Teil der Personalarbeit wahrzunehmen: Arbeitskreise „Sucht“ existieren in vielen Unternehmen, Betriebsvereinbarungen haben die Suchtprävention als soziale Dienstleistung verankert. Darüber hinaus zeigt die Ausdehnung des Beratermarktes und der Dienstleistungsangebote, daß nach wie vor Bedarf an Schulungen besteht.

Die Einrichtungen der betrieblichen Suchtarbeit, die im Zuge der Institutionalisierung der Programme entstanden sind, übernehmen nun zunehmend die Rolle, die Weiterentwicklung der betrieblichen Suchtprävention sicherzustellen, indem sie den Beratungsbedarf aufgreifen und professionell erfüllen:

Suchtarbeit wird in den Betrieben von betrieblichen Sozialdiensten, sozialen Ansprechpartnern, Suchthelfern, Suchtbeauftragten und vielen anderen mehr durchgeführt.

Entscheidend dabei ist, daß die Einzelfallhilfe zugunsten eines präventiven Arbeitens mit der gesamten betrieblichen Organisation aufgegeben wird. Hier wird zunehmend von den Suchtbeauftragten Vernetzungskompetenz gefordert, Kommunikation mit unterschiedlicher Stellen innerhalb und Institutionen außerhalb des Betriebes. Darüber hinaus erfordert das Coachen der Führungskräfte bei der Lösung von Mitarbeiterproblemen eine besondere Beratungskompetenz, die nur teilweise in den bisherigen Fortbildungsangeboten vermittelt wird. Insofern ist daher festzustellen, daß der Professionalisierungsprozess der betrieblichen Suchtarbeit noch nicht abgeschlossen ist. Dies zeigt sich auch darin, daß zur Zeit die Arbeit noch vom „Praxiswissen“ der Beteiligten geleitet wird und theoretisch fundierte konzeptionelle Grundlagen noch weitgehend fehlen. Hier ist noch Entwicklungsarbeit zu leisten, um entsprechende Grundlagen aus der Organisationspsychologie, Personalwirtschaft, Soziologie, der Sozial- und Arbeitsmedizin, sowie der Arbeitswissenschaft und anderen Gebieten in ein entsprechendes Ausbildungs- oder Studiencurriculum einfließen zu lassen. E. Wienemann hat hier mit der Integration der betrieblichen Suchtprävention in das Weiterbildungsstudium der Arbeitswissenschaft an der Universität Hannover hervorragende Pionierarbeit geleistet.

2.6 Neue Tendenzen

Insbesondere Angelika Nette widmete sich dem Thema "Medikamente und Arbeitswelt", einem bis dahin weitgehend vernachlässigten Bereich. Hier wurden aber auch die Grenzen der bisherigen Konzepte deutlich:

Medikamentenabhängige sind schwerer zu erreichen, sie sind unauffälliger und zeigen eine Reihe anderer Gesundheitsprobleme, z. B. Ängste, chronische Schmerzen, Schlaflosigkeit.

Nicht zuletzt dieses neue Thema hat wahrscheinlich die Aufmerksamkeit der Suchthelfer auf die betriebliche Gesundheitsförderung gelenkt. Zur Zeit scheint das Thema "Alkohol-am-Arbeitsplatz" nur noch ein Teilthema der Gesundheitsförderung zu sein. Vielleicht ist es deshalb folgerichtig, wenn betriebliche Sozialberatungen zunehmend berichten, dass das Thema Sucht nur noch eine untergeordnete Rolle spielt, während Schuldnerberatung, psychische Erkrankungen, Angst und Depression, arbeitsplatzbezogene und familiäre Krisen, Mobbing u. a. den größten Teil der Beratungstätigkeit ausmachen.

In einigen Unternehmen ist es gelungen, Gesundheitsförderung und Suchtprävention in die Personal- und Organisationsentwicklung zu integrieren. Ich sehe das als Chance für die Suchtprävention darüber den theoretischen Unterbau zu entwickeln, der ihr bisher fehlte. Darüber hinaus kann die Suchtprävention Erfahrungswissen einbringen, wie z. B. die systemisch-ressourcenorientierte Sichtweise, das Aufdecken von Tabu-Themen oder therapeutisch orientierte Gesprächsführungstechniken.

3. Ökonomische Relevanz der betrieblichen Suchthilfe

Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit führen häufig zu schweren Krankheitsbildern im internistischen, neurologischen und psychiatrischen Bereich, die wiederum Arbeitsunfähigkeitszeiten hervorrufen. Damit verbunden sind Fragen der Arbeitssicherheit, Leistungsabfall, Störung des Betriebsfriedens und vieles andere mehr.

Bei der Betrachtung der kostenrelevanten Faktoren betrieblicher Suchtprobleme stehen nach Fuchs (2000) folgende Punkte im Mittelpunkt:

- erhöhte Kurzfehltag und krankheitsbedingte Ausfälle
- Vertretung und Überstunden
- Kosten für Disziplinarmaßnahmen und erhöhte Betreuungsmaßnahmen
- qualitative und quantitative Minderleistung
- Schädigung Dritter
- Gefährdung des Firmenimage
- Arbeits- und Wegeunfälle
- Material- und Maschinenschäden
- Frühverrentung

Während alkoholbedingte Fehlzeiten inzwischen gut belegt sind, fehlen Untersuchungen zu den nicht oder nur schwer quantifizierbaren Kosten. Insgesamt wird auf dem Gebiet der Kosten-Nutzen-Analysen betrieblicher Suchtprävention wenig geforscht, so dass häufig auf amerikanische Studien zurückgegriffen wird (Fuchs, 2000). Bezüglich der Fehlzeitenbetrachtung vor und nach Interventionen kann auf einige Berichte aus Betrieben zurückgegriffen werden:

Bosch konnte anhand von 13 Lohnempfängern zeigen, dass die durchschnittlichen Fehlzeiten von 10,95 % im Kalenderjahr vor der Therapie auf durchschnittlich 4,44 % in den zwei Jahren nach der Therapie gesenkt wurde. Der Gesundheitsdienst der ZF-Werke in Friedrichshafen wertete 7 Mitarbeiter aus und stellte fest, dass sich die insgesamt 250 Fehltage nach einer stationären Behandlung von 20 Tagen im 1. Jahr auf Null im dritten Jahr nach der Therapie reduzierten.

Klein (Bundesknappschaft) wertete in einer 1-Jahres-Katamnese 131 behandelte Alkoholranke aus und konnte zeigen, dass die jährlichen AU-Fälle von 3,79 auf 2,34 sanken und die Dauer der AU von insgesamt 16.837 Tagen auf 8.644 Tage halbiert wurde, das waren durchschnittlich 128 Tage vor und 66 Tage nach der Behandlung.

Natürlich greifen die Kosten-Nutzen-Berechnungen zu kurz, die nur die Fehlzeitenproblematik betrachten. Gleichwohl hat die 1976 erstmals in Deutschland publizierte Formel des Stanford-Research-Instituts (SRI) einen sehr hohen Bekanntheitsgrad erworben, insbesondere weil sie sehr griffig eine relativ genaue Näherung an die entstehenden Kosten ermöglichte. Insbesondere Fuchs hat in Deutschland das Thema Kostenaspekte und

Effizienz betrieblicher Suchtprävention aufgegriffen. Auch der Bundesverband Betriebliche Sozialarbeit (bbs) beschäftigte sich mit Kosten-Nutzen-Analysen weil der Druck zur Legitimation der Arbeit zunimmt. Dabei ist es häufig nicht der Betrieb, der diesen Aspekt der Suchtarbeit diskutiert, sondern meistens die Vertreter psychosozialer Berufsgruppen die das Bedürfnis haben zu beweisen, dass ihre Arbeit nicht nur ethischen sondern auch ökonomischen Wert hat.

In einer in der Zeitschrift Sucht aktuell (1/2000) veröffentlichten Arbeit referiert Fuchs die aktuellen Studien zur betriebswirtschaftlichen Relevanz der betrieblichen Suchtprävention.

Beispiel 1:

1993 fand sich eine bundesdeutsche Großbehörde mit mehr als 10.000 Mitarbeitern bereit, eine Studie zu Fehlzeitenverläufen und den damit verbundenen Kosten sowie der Analyse des Nutzen betrieblicher Intervention bei Alkoholproblemen durchzuführen.

Im Ergebnis zeigte sich, dass der Schaden für alkoholbedingte Kosten bei 10.000 Mitarbeitern DM 3.715.000 pro Jahr beträgt, von denen der Arbeitgeber DM 1.107.000 trägt.

Beispiel 2:

In einer Regionalstudie errechnet Szymanek (zitiert bei Fuchs) die Kosten der Sucht bei niedersächsischen Lehrern auf insgesamt 102 Millionen DM für Ausfallzeiten und Beihilfekosten für Therapie-maßnahmen in Höhe von 22,8 Millionen DM. Demgegenüber fallen für die Ausbildung von 75 Suchthelfern aus dem Lehrbereich nur ca. 1,1 Millionen DM an und für die Aufrechterhaltung des Suchthilfesystems jährlich DM 2,7 Millionen.

Beispiel 3:

Die Firma Siemens hat die Gesamtkosten einer Sozialberatung für 3.000 Mitarbeiter auf ca. 160.000 DM errechnet. Ausgehend von 60 neuen Behandlungsfällen pro Jahr ergibt sich ein rechnerischer Nutzen von DM 314.280. Wenn von diesem Betrag die Kosten für die ausgefallenen Arbeitsstunden des Klienten abgezogen werden, ergibt sich ein Nettogewinn von ca. DM 160.000 pro Jahr. Der Break-Even-Point der Sozialberatung liegt bei dieser Modellrechnung bei 29 Klienten/Jahr oder anders ausgedrückt, betriebliche Sozialberatung ist ein Profitcenter für jedes Unternehmen.

Aus diesen wenigen Beispielen lässt sich schließen, dass

- sich eine Kostenstelle "Sucht/Sozialberatung" rechnet
- sich Einsparpotentiale realisieren lassen
- Interventionsprogramme einen betriebswirtschaftlichen Nutzen haben

4. Ausblick

Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe hat in den letzten Jahren einen guten Standard erreicht. Es gilt für die Zukunft, die Professionalisierung der Angebote voranzutreiben, Qualitätsstandards zu entwickeln und ggf. auch an Zertifizierungen (ISO 9000, EFQM) teilzunehmen.

Darüber hinaus sehe ich noch Aufgaben in einer intensiveren Vernetzung der betrieblichen Hilfen mit ambulanten Beratungs- und Behandlungsangeboten, um schon während des Behandlungsprozesses AU-Zeiten zu senken und den Zugang zu Hilfsmaßnahmen zu erleichtern.

Literatur

BUNDESVERBAND BETRIEBLICHE SOZIALARBEIT: Wir tun Gutes und reden darüber, Bericht über die 8. Jahrestagung 1995

FUCHS, Reinhard (Hrsg.): Betriebliche Suchtprävention, Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen 1998

PETSCHLER, Thomas und FUCHS, Reinhard: Betriebswirtschaftliche Kosten- und Nutzenaspekte innerbetrieblicher Alkoholprobleme in: Sucht aktuell 1/2000

WIENEMANN, Elisabeth: Entwicklung des Arbeitsfeldes Betriebliche Suchtprävention und Bedingungen seiner Professionalisierung, Doktorarbeit, Hannover 1999

Petra Lampe

Die Bedeutung betrieblicher Suchthilfe aus der Sicht des Rentenversicherungsträgers

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

die Rehabilitation Suchtkranker hat ihren entscheidenden Impuls durch das Urteil des Bundessozialgerichtes von 1968 (3 RK 63/66) erhalten, in dem die Alkoholabhängigkeit als Krankheit im Sinne der damals geltenden Reichsversicherungsordnung ausdrücklich anerkannt wurde.

Durch dieses Urteil wurde „legalisiert“, dass Rentenversicherungsträger die Kosten für notwendige Rehabilitationsleistungen für Suchtkranke übernehmen, um

- den Auswirkungen der Krankheit ...auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden, und
- dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern.

(§ 9 SGB VI, Aufgabe der Rehabilitation)

Das Versorgungssystem für Suchtkranke umfasst neben den Rehabilitationsleistungen, die der Rentenversicherungsträger erbringt, noch vielfältige Beratungs- und Hilfsangebote:

So stehen neben den Fachkliniken, Sucht- und Drogenberatungsstellen auch Einrichtungen für die Entgiftung, Betreutes Wohnen sowie die sogenannte medizinische Basisversorgung wie niedergelassene Hausärzte und Krankenhäuser zur Verfügung. Hinzu kommen weitere Beratungsangebote, wie z. B. die betriebliche Suchthilfe.

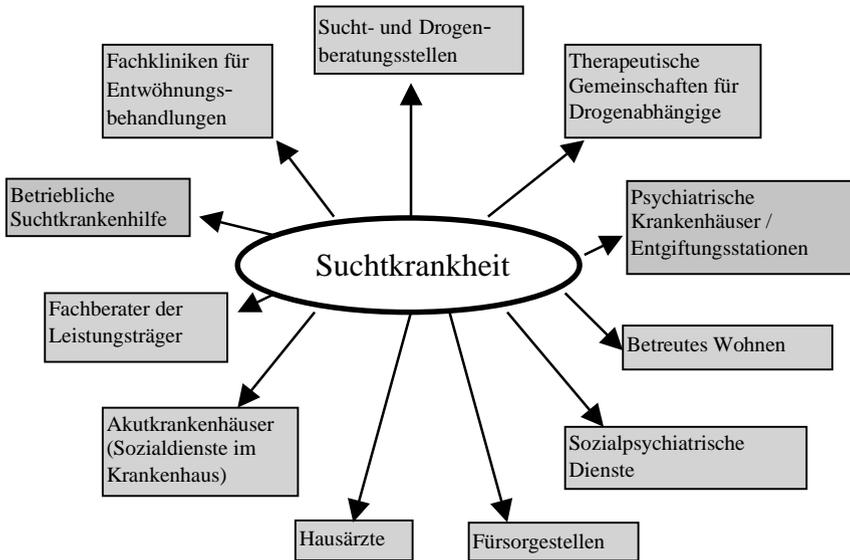


Abb. 1 Beratungs- und Hilfsangebote für Suchtkranke

Als ein Teil des Suchthilfesystems hat die betriebliche Suchthilfe auch Auswirkungen auf die Rehabilitationsleistungen des Rentenversicherungsträgers, da an den jeweiligen Behandlungsverläufen mehrere Einrichtungen beteiligt sind. Die Abbildung zeigt, dass die Beratungs- und Hilfsangebote ohne Verknüpfung nebeneinanderstehen, so dass die Inanspruchnahme der Angebote eines zielgerichteten Zugangs bedarf.

Die Bedeutung der betrieblichen Suchthilfe aus Sicht des Rentenversicherungsträgers LVA Oldenburg-Bremen möchte ich Ihnen im folgenden kurz darstellen:

1. Der Zugang zu Rehabilitationsleistungen

Sozialleistungen werden grundsätzlich auf Antrag erbracht, § 16 SGB I.

Die Motivation des Rehabilitanden stellt dabei eine Voraussetzung für den Erfolg der Rehabilitation und damit eine gesetzliche Voraussetzung für die Leistungsgewährung dar.

Bevor also der Rentenversicherungsträger eine Entwöhnungsbehandlung bewilligen kann, bedarf es einer sogenannten „Motivationsphase“, in der der Versicherte die Abhängigkeit und die damit zusammenhängende Behandlungsbedürftigkeit seiner Krankheit erkennt.

Die Motivation wird grundsätzlich durch den regelmäßigen Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle nachgewiesen, in der qualifizierte Mitarbeiter einen Sozialbericht erstellen und dem Betroffenen bei der Antragstellung behilflich sind. Der Kontakt zur Beratungsstelle wird häufig erst auf Druck des Arbeitgebers hergestellt oder indem sich Suchtbeauftragte, der Betriebsrat oder Vorgesetzte und Kollegen mit den Mitarbeitern der Beratungsstelle in Verbindung setzen.

An dieser Stelle übernimmt die betriebliche Suchthilfe eine herausragende Rolle für die weitere Alkoholentwöhnung des „Kollegen“, die ohne diese Intervention zu diesem Zeitpunkt meist noch nicht möglich gewesen wäre.

Je früher mit der Behandlung einer Krankheit begonnen wird, desto eher können Chronifizierung und Krankheitsfolgen vermieden werden.

Aktivitäten zum Thema Sucht im Betrieb - wie Schulungsveranstaltungen für Suchtberater und Informationsveranstaltungen über Hilfsangebote für Suchtkranke - stellen daher einen unverzichtbaren Baustein im Suchthilfesystem dar, der die Leistungsangebote des Rentenversicherungsträgers wirksam unterstützt.

2. Die Begleitung der Entwöhnung

Die Rentenversicherungsträger erbringen ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen zur Rehabilitation.

Suchtbehandlungen werden insbesondere als stationäre Leistungen nach der Empfehlungsvereinbarung zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger über die Zusammenarbeit der Kranken- und Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Sucht-Vereinbarung) vom 20.11.1978 und als ambulante Leistungen nach der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Suchtkranker (EVARS) vom 29.01.91 in der Fassung vom 05.11.96 erbracht.

Für den Rentenversicherungsträger ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit das gesetzlich normierte Rehabilitationsziel, das in der konzeptionellen Ausgestaltung der Leistungsanbieter Berücksichtigung finden muss.

Bereits während der Therapie sollten Erwerbsaspekte thematisiert werden, da häufig arbeits- und berufsbezogene Probleme -bedingt durch die Suchterkrankung- vorhanden sind.

Dies wurde in den vergangenen 4 Jahren in einer Studie zur „Effektivität von Alkoholentwöhnung“ der Universität Oldenburg unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Meyenberg in Zusammenarbeit mit der LVA Oldenburg-Bremen als ein großes Gebiet zur Optimierung der Rehabilitation Abhängiger herausgearbeitet. (Herr Tielking wird gleich die Ergebnisse der Studie ausführlich darstellen, so dass ich an dieser Stelle nicht weiter darauf eingehen möchte.)

Nur soviel:

Die betriebliche Suchthilfe kann durch den fortlaufenden Kontakt zum Rehabilitanden die Therapie unterstützen. Insbesondere bei ambulanten Rehabilitationsleistungen kann die betriebliche Suchthilfe einen wichtigen Beitrag zur erfolgreichen Entwöhnung liefern, da der Mitarbeiter die Rehabilitation außerhalb der Arbeitszeit durchführt und in seinem gewohnten sozialen Umfeld verbleibt.

Aber auch während einer stationären Rehabilitation ist der Kontakt nach Möglichkeit aufrecht zu erhalten, um die Bearbeitung der arbeits- und berufsbezogenen Probleme zu unterstützen.

3. Die Nachsorge

Nach erfolgreichem Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung muss die Abstinenz in der sogenannten „Nachsorgephase“ gefestigt werden. Dabei erfordert die Wiedereingliederung des Suchtkranken in Arbeit, Beruf und Gesellschaft je nach Bedarfslage ein unterschiedlich großes Spektrum an Leistungen und Hilfsangeboten.

Die allgemeine Grundlage für ambulante Nachsorgeleistungen des Rentenversicherungsträgers nach einer stationären oder teilstationären Entwöhnungsbehandlung bilden die Regelungen der EVARS. Danach

können weitere ambulante Einzel- und Gruppengespräche in einer anerkannten Beratungsstelle bewilligt werden, die der Festigung des Rehabilitationserfolgs dienen. Im Vergleich zur originären ambulanten Therapie umfasst die Nachsorge aber weniger Therapieeinheiten.

Als positive Elemente für die Wiedereingliederung des Suchtkranken in das Erwerbsleben werden daher die Angebote der betrieblichen Suchthilfe bewertet. Der Rehabilitand muss bei der Rückkehr in seinen Betrieb eine erhebliche Schwellenangst überwinden, die durch Eingliederungsgespräche und Überprüfung des Arbeitsplatzes auf eine mögliche Suchtmittelgefährdung überwunden wird und somit die Reintegration in den Arbeitsprozess erleichtert. Dadurch kann weiteren Rückfällen entgegengewirkt werden, die ggf. zu einer erneuten Leistungsgewährung des Rentenversicherungsträgers führen könnten.

4. Der betriebswirtschaftliche Aspekt

Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen hat im vergangenen Jahr 788 stationäre Leistungen zur Rehabilitation für Suchtkranke durchgeführt und ca. 14,8 Mio. DM für Pflegekosten bei Entwöhnungsbehandlungen ausgegeben. Hinzu kommen noch 2,4 Mio. DM für Entgeltersatzleistungen und 445.000,00 DM für ergänzende Leistungen (Reisekosten, Haushaltshilfe).

Allein 536 Leistungen wurden wegen Alkoholabhängigkeit durchgeführt (ca. 8,4 Mio. DM).

Die folgenden Schaubilder zeigen, dass die Auswirkungen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) den Suchtbereich kaum tangiert haben.

Während die Gesamtausgaben für Rehabilitationsleistungen von 1996 auf 1997 um fast 27% sanken und im Jahre 1999 lediglich 86% des Ausgabenvolumens von 1996 betragen, sanken die Gesamtausgaben für den Bereich Entwöhnungsbehandlungen 1997 lediglich um 6% und haben das Ausgabenvolumen von 1996 im Jahre 1999 bereits um 10% überschritten:

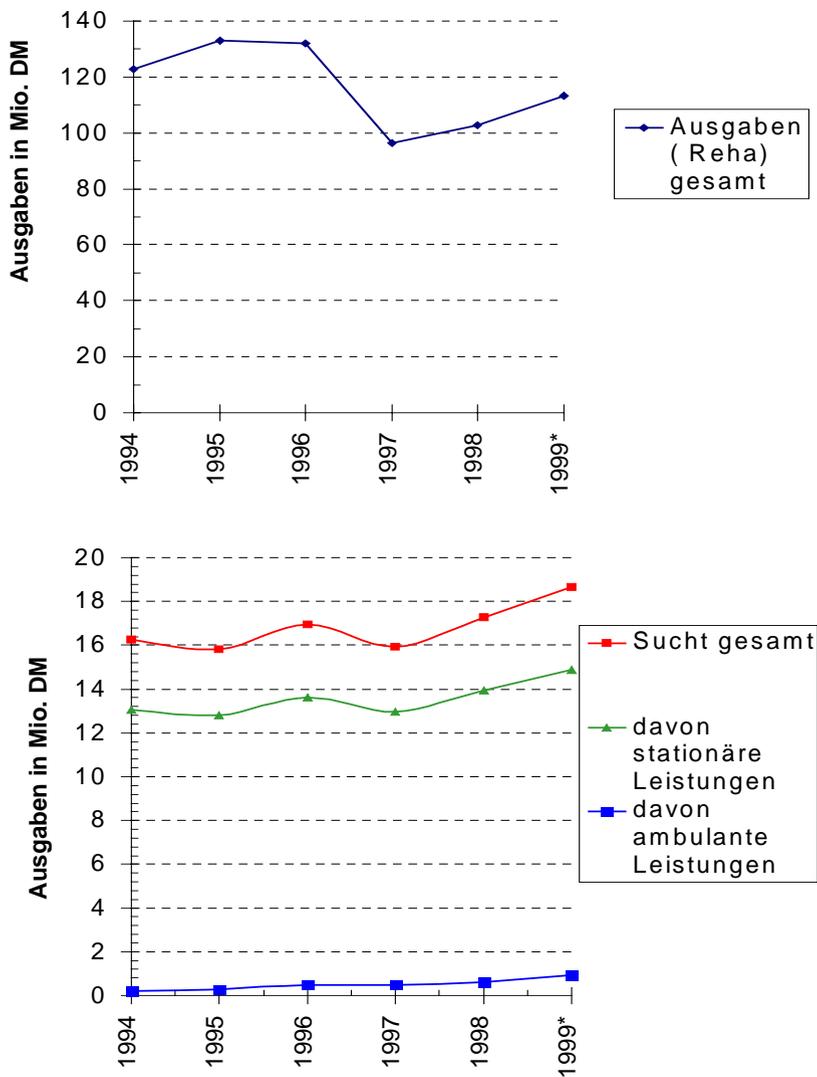


Abb. 2 Ausgabenentwicklung bei der LVA Oldenburg-Bremen
*vorläufiges Jahresergebnis

Suchterkrankungen sind mittlerweile die 6-häufigste Indikation für die Bewilligung von Rehabilitationsleistungen bei der LVA Oldenburg-Bremen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist es daher unser Ziel, dass jeder Rehabilitand zum richtigen Zeitpunkt in einer seinen spezifischen Bedürfnissen entsprechenden Einrichtung behandelt wird, um eine effektive und effiziente Rehabilitation zu gewährleisten.

Für die Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens ist unter anderem die betriebliche Suchthilfe ein wichtiger Baustein im Versorgungssystem der Suchthilfe.

5. Die Dienstvereinbarung zur Vorbeugung von und zum Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz in der LVA Oldenburg-Bremen

Die betriebliche Suchthilfe hat für die LVA Oldenburg-Bremen nicht nur eine Bedeutung, weil es sich um einen Baustein des Versorgungssystem handelt, in dem Zusammenhänge zwischen der LVA als Rehabilitations-träger und den sonstigen Hilfen des Suchthilfesystems bestehen, sondern auch weil die LVA Arbeitgeber von ca. 1.150 Personen ist.

Erst im vergangenen Jahr wurde die Dienstvereinbarung zwischen der LVA Oldenburg-Bremen und dem Gesamtpersonalrat überarbeitet, die auf alle Pflichtverstöße im Zusammenhang mit Alkohol- und sonstigen Suchtmittel-erkrankungen Anwendung findet.

Ziel der neuen Vereinbarung ist es,

- die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern und durch Prävention zum verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln beizutragen;
- namentlich dem Missbrauch von Suchtstoffen und der Entwicklung von Suchtverhalten frühzeitig entgegenzuwirken;
- die Arbeitssicherheit, insbesondere unter Beachtung der Unfallverhütungsvorschriften, zu verbessern;
- eigenverantwortliches Handeln der Beschäftigten in Verbindung mit Missbrauchs- und Suchtproblemen zu unterstützen;

- den Beschäftigten bewusst zu machen, dass Missbrauch zu einer Vielzahl von Krankheiten und zur Suchtkrankheit führen kann und dass die Abhängigkeit einer Behandlung bedarf
- suchtgefährdeten und suchtkranken Beschäftigten frühzeitig und sachkundig Hilfe anzubieten
- Betroffene während bzw. nach der Therapie zu begleiten und sie in den Arbeitsalltag zu integrieren
- Vorgesetzte zu befähigen, bei Missbrauchs- und Suchtproblemen von Beschäftigten auf diese zuzugehen und sachgerecht zu reagieren.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass ein betriebliches Hilfesystem sinnvoll ist, um den Leidensdruck und die Bereitschaft zur Behandlung zu erhöhen, die Wiedereingliederung zu erleichtern und die Nachsorge zu unterstützen.

Meine Damen und Herren,

Aus Sicht der LVA Oldenburg-Bremen -als regionaler Rentenversicherungsträger- wäre es wünschenswert, wenn die Bausteine des Versorgungssystems zusammenarbeiten und sich gegenseitig unterstützen, damit die dargestellten Zusammenhänge an den Schnittstellen keine Reibungsverluste erfahren und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben erreicht wird.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit

Horst Rauland

Kann betriebliche Suchtprävention die Kosten der Krankenversicherungsträger minimieren?

Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren,

Suchtprobleme stellen für die Betroffenen ebenso wie für die Gesellschaft ernstzunehmende Probleme dar. Die Auswirkungen von Abhängigkeiten und Missbrauch nehmen erheblichen Einfluss auf alle Lebensbereiche der Betroffenen. Neben der Familie und dem Freundeskreis ist hier besonders auch die Arbeitswelt zu nennen.

Aus Sicht der Krankenversicherung und besonders der AOK - Die Gesundheitskasse stehen neben der Sicherstellung eines umfassenden Krankenversicherungsschutzes auch und besonders präventive Strategien und die Verbesserung der Qualität der Leistungserbringer im Zentrum unserer Arbeit.

Wenn ich folgend die Thematik betriebliche Suchtprävention und Kosten der Krankenversicherung am Beispiel Alkoholmissbrauch näher beleuchte, dann soll hier nicht der Eindruck entstehen, dass die psycho-sozialen Folgen von Alkoholmissbrauch geringer zu bewerten sind als die monetären Aspekte.

Nach Schätzungen der DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.) gibt es in der erwachsenen Bevölkerung (Altersgruppe 18-69 Jahre) näherungsweise 4,4 Millionen Menschen mit missbräuchlichem und abhängigem Alkoholkonsum und 4,9 Millionen Menschen mit riskantem Alkoholkonsum (DHS 1999). Allein die Lebenserwartung von Alkoholkranken ist im Vergleich zur Bevölkerung um ca. 15% (= 10 Jahre) reduziert. An den Folgen des Alkoholkonsums sterben in Deutschland jährlich 40.000 Menschen (Möller, Laux, Deister 1996).

In bezug auf die Kosten, die der Krankenversicherung aus den Folgen von Alkoholmissbrauch entstehen, können wir drei große Kostenblöcke identifizieren. Dies sind Kosten, die aufgrund ambulanter ärztlicher Behandlung entstehen, Kosten aufgrund von Krankenhausbehandlungen sowie Krankengeldzahlungen (Abbildung 1).



Abb. 1

So wurden in Deutschland allein in 1995 rund 167.000 Behandlungen in Krankenhäusern infolge von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch durchgeführt (Statistisches Bundesamt, Gesundheitsbericht für Deutschland 1998).

Die Kosten, die durch Alkoholmissbrauch entstehen, lassen sich aufgrund der vielfältigen Kostenträger und der geringen Verzahnung sowie oft gegensätzlicher Interessen nur schwer ermitteln. Die durchschnittlichen Fallkosten durch Alkoholmissbrauch im Betrieb schätzt Rußland auf rund 91.850,- DM. Auf die Krankenkasse entfallen dabei rund 25.150,- DM (Rußland 1986) (Abbildung 2).



Abb. 2

Von Alkoholmissbrauch sind wir auf allen Ebenen betroffen, in Familien und im Freundes- und Bekanntenkreis, in Betrieben ebenso, wie auf der betriebs- und volkswirtschaftlichen Ebene. Neben der Einflussnahme auf den gesamtgesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Alkohol sehe ich besonders die betriebliche Suchtprävention als ein entscheidendes Instrument an, um vorbeugend, unterstützend und begleitend daran zu arbeiten, dass Mitarbeiter mit Alkoholmissbrauch professionelle Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Sucht erfahren.

Betriebliche Suchtprävention wird entscheidend von der Einsicht und dem Engagement der Arbeitgeber bestimmt. Hier setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass betriebliche Suchtprävention deutlich zur Wahrnehmung der Fürsorgepflicht beiträgt und sich betriebswirtschaftlich auch noch rechnet.

Aus Sicht der Krankenkassen ist betriebliche Suchtprävention auch und besonders im Bereich von Alkoholmissbrauch ein wichtiges Instrument, das dazu beiträgt, Kosten zu senken und Leidensdruck zu verringern. Für unseren gemeinsamen Erfolg wird es in Zukunft noch bedeutender sein,

Suchtprobleme noch viel frühzeitiger zu erkennen und dann auch unmittelbar zu intervenieren.

Ich bedanke mich ganz besonders für diese Einladung und möchte sie in Ihrer Arbeit bestärken. Wir alle profitieren von Ihrem Engagement.

Literatur

Möller, Hans-Jürgen, Laux, Gerd, Deister, Arno (1996): Psychiatrie. Hippokrates-Verlag, Stuttgart.

Rußland, R. (1986): Sucht, Alkohol und Medikamente in der Arbeitswelt. Fischer, Frankfurt

Rußland, R. (1988): Suchtverhalten und Arbeitswelt. Vorbeugen, Aufklären, Helfen. Fischer, Frankfurt

Knut Tielking

Die Arbeitswelt in ihrer Bedeutung für die erfolgreiche Rehabilitation von Alkoholabhängigen

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst gratuliere ich zum zehnjährigen Bestehen des Regionalen Arbeitskreises betriebliche Suchtprävention Oldenburg!

Gerne nutze ich die Gelegenheit und stelle Ihnen Ergebnisse der Studie "Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit" vor. Diese führen wir seit mehr als drei Jahren in der Arbeitsstelle "Sucht- und Drogenforschung (SAUS)" in Zusammenarbeit mit der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, fünf Kliniken und dreizehn ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen durch.¹ Die Studie untersucht in einem Themenschwerpunkt Aspekte des Arbeits- und Berufslebens bzw. der Arbeitslosigkeit und deren Relevanz für alkoholabhängige Menschen im Rehabilitationsprozess.

Bevor Ergebnisse der empirischen Erhebungen und Auswertungen die Situation von alkoholabhängigen Patienten/Klienten deutlich machen, die mit Hilfe von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation wieder in das Erwerbsleben zurückkehren wollen oder sollen, möchte ich in Ergänzung der bisherigen Beiträge zusammenfassend aufzeigen, dass gerade die Arbeitswelt für Alkoholabhängige einen wichtigen Lebensbereich darstellt und deshalb im Rehabilitationsprozess besonderer Berücksichtigung bedarf.

¹ Die Studie wird seit 1996 von der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen finanziell gefördert (vgl. Tielking 1998; Meyenberg/Tielking/Hedden 1999; Meyenberg/Tielking 1999).

Der Beitrag gliedert sich wie folgt:

- 1 Die Bedeutung der Arbeitswelt für die erfolgreiche Rehabilitation von Alkoholabhängigen
- 2 Ergebnisse der Studie "Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit" im Themenbereich "Arbeit/Beruf - Arbeitslosigkeit"
- 3 Diskussion

1 Die Bedeutung der Arbeitswelt für die erfolgreiche Rehabilitation von Alkoholabhängigen

Nicht jeder arbeitslose Abhängigkeitskranke wird nach Beendigung einer Therapie rückfällig und nicht jeder Erwerbstätige lebt nach einer Therapie abstinent. Es konnte aber nachgewiesen werden, "daß die Wirkvariablen im Rehabilitationsverlauf in irgendeinem Zusammenhang mit objektiven und subjektiven familiären und beruflichen Prozessen stehen müssen." (Waldow 1989, S. 636) Gab es bis Ende der siebziger Jahre kaum Therapieerfolgsuntersuchungen, welche die Merkmale des Arbeitslebens differenzierter erhoben (vgl. John 1979, S. 145), wird die prognostische Bedeutung sozialer Stabilität in den Lebensbereichen Partnerschaft, Wohnsituation und eben auch im Beruf mittlerweile in der Forschung anerkannt (vgl. DHS 1995, S. 14; Süß 1995, S. 258). Insbesondere die berufliche Integration wird als wesentlicher Faktor der psychosozialen Stabilität gesehen (vgl. DHS 1995, S. 16), und dem Erwerbsstatus wird für den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen zentrale Bedeutung zugeschrieben (vgl. Henkel 1996; VDR 1997, S. 166). Siegrist weist darauf hin, dass die Arbeit als *die* Quelle für die Mobilisierung eigener Kräfte durch Betroffene anzusehen ist (vgl. Siegrist 1995, S. 157 ff.).

Durch die objektive und subjektive Bedeutung der Erwerbsarbeit, u. a. als materielle Existenzgrundlage und Lebensinhalt, aber auch angesichts möglicher Überforderungen am Arbeitsplatz bzw. den Verlust der Erwerbsquelle und des zentralen Lebensinhaltes bei Arbeitslosigkeit ist die Bedeutung von Erwerbsarbeit für viele Individuen in einer Arbeitsgesellschaft sehr hoch. Dies gilt in verstärktem Maße für Alkoholabhängige und hat somit eine besondere Relevanz nicht nur im Bereich der Entstehung von Alkoholabhängigkeit, sondern besonders auch für die Sicherung des Rehabilitationserfolges.

Zur angemessenen Berücksichtigung des Kriteriums "Erwerbsfähigkeit" bei der Ermittlung des Rehabilitationserfolges sollte deshalb nach Henkel "auch die Katamnese- bzw. Evaluationsforschung im Suchtbereich ihre Fixierung allein auf die Abstinenz aufgeben und das Kriterium der beruflichen (Re-)Integration mit einbeziehen." (Henkel 1996, S. 133) In Katamnesen sind Fragen über die Abstinenz hinaus nach der realen Erwerbstätigkeit heute bereits Standard (vgl. Verstege 1996, S. 329). Nach Untersuchungen der Rentenversicherung kommt es in fünf Jahren nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung nur für einen kleinen Teil der Rehabilitanden zur endgültigen Beendigung der Erwerbstätigkeit. (vgl. Müller-Farnow/Klosterhuis/u. a. 1996, S. 33; Müller-Farnow/Spyra 1995, S. 81 ff.) Die Analyse von Erwerbsverläufen der Rehabilitanden gab u. a. Hinweise auf eine erhöhte Rückfallgefährdung bei Rehabilitanden, die unterbrochene und kurze Erwerbszeiten hatten (vgl. Müller-Farnow 1992, S. 144). Beruflich gut Reintegrierte ohne Arbeitslosigkeitszeiten weisen demgegenüber signifikant geringere Rückfallquoten auf, als Rehabilitanden, die nach einer Entwöhnungsbehandlung arbeitslos waren (vgl. Müller-Farnow/Klosterhuis/u. a. 1996, S. 42).

Bei der Erfolgsbeurteilung einer durch die Rentenversicherung finanzierten Rehabilitation kommt der Erwerbsprognose eine zentrale Rolle zu. Trotzdem ist darauf hinzuweisen, das alleinige Erfolgsmerkmal "Erwerbsfähigkeit" reicht nicht aus, um Rehabilitationseffekte ausreichend zu würdigen. Rehabilitationsmaßnahmen tragen über die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in der Regel zu positiven Veränderungen in der körperlichen und sozialen Funktionsfähigkeit, einer Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität bei. Erst durch die Berücksichtigung des Erfolgsparameters "Erwerbsfähigkeit" in Verbindung mit weiteren Erfolgsparametern (z. B. "Abstinenz", Lebenszufriedenheit") kann eine möglichst objektive Feststellung des Rehabilitationserfolges vorgenommen werden.

Die Bedeutung von Erwerbsarbeit bzw. Arbeitslosigkeit für die Aufrechterhaltung des Rehabilitationserfolges von Alkoholabhängigen weist auf die Relevanz dieses Lebensbereiches für die Zielausrichtung des therapeutischen Prozesses und die Erfolgsbeurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen hin. Evaluationsstudien machen deutlich, dass weitere Therapieziele in der Rehabilitation von Abhängigen nur sehr schwer erreicht werden können, wenn es nicht gelingt, den Patienten beruflich zu reintegrieren. Dies bedingt eine inhaltliche Ausrichtung der Rehabilitation auf "Erwerbsaspekte". Zur Abwägung dieses Themenbereiches in Relation zu anderen für die Rehabilitation relevanten Themenbereichen bedarf es der Klärung der Frage nach Art, Umfang und Intensität von arbeits- und berufsbezogenen Angeboten.

2 Ergebnisse der Studie "Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit" im Themenbereich "Arbeit/Beruf - Arbeitslosigkeit"

2.1 Eckdaten der Studie

Erstmalig wurden mit dieser Studie einrichtungsübergreifend, den ambulanten und stationären Bereich umfassend, Kooperationseinrichtungen der LVA Oldenburg-Bremen untersucht. Diese Einrichtungen führten in den letzten Jahren mit dem Hauptanteil der Versicherten dieser LVA mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit (ICD-9-Nr. 303; knapp 90 Prozent) eine Entwöhnungsbehandlung und/oder ambulante Weiterbehandlung durch.

Das Untersuchungsdesign umfasst folgende Arbeitsbereiche:

- Erhebung von Patienten- und Behandlungsmerkmalen auf der Grundlage einer klinikübergreifenden Befragung von Patienten, deren Therapeuten und Ärzten am Ende der stationären Entwöhnungsbehandlung (*T1-Erhebung*),
- Nachbefragung der Patienten der Ausgangsstichprobe ein Jahr nach Beendigung der stationären Therapie (*T2-Erhebung*) und
- Analyse von Strukturmerkmalen fünf stationärer und 13 ambulanter Einrichtungen.

Ein Schwerpunkt der Analysen ist das Thema "Arbeit/Beruf - Arbeitslosigkeit". Doch zunächst einige grundlegende Charakteristika der Stichprobe zur besseren Einordnung der Ergebnisse.

2.2 Charakterisierung der Ausgangsstichprobe der T1-Erhebung

Im Erhebungszeitraum Juli bis Dezember 1997 nahmen an der Entlassbefragung (*T1-Erhebung*) insgesamt 161 Patienten (ICD-9-Nr. 303) teil. Zu diesen Patienten liegen neben den "Selbstauskünften" Informationen der behandelnden Therapeuten und Ärzte vor.

Tabelle 1: Charakterisierung der Ausgangsstichprobe anhand ausgewählter Ergebnisse		
Merkmal	Ausgangsstichprobe	
	absolut	in Prozent
Geschlecht (<i>n</i> = 159)		
• weiblich	22	13,8
• männlich	137	86,2
Alter (<i>n</i> = 159)		
• Alterklasse 30 bis 59 Jahre	148	93,1
Partnerbeziehung (<i>n</i> = 158)		
• feste Partnerbeziehung	76	48,1
Wohnsituation (<i>n</i> = 157)		
• zur Miete oder in eigener Wohnung/eigenem Haus	130	82,8
Dauer der Alkoholabhängigkeit (<i>n</i> = 161)		
• 10 Jahre und mehr	104	64,6
Entwöhnungserstbehandlung (<i>n</i> = 160)	116	72,5
Art der Therapiebeendigung (<i>n</i> = 161)		
• regulär	154	95,6
• irregulär	7	4,3
Arbeitssituation bei Entlassung (<i>n</i> = 153)		
• nicht arbeitslos gemeldet	68	44,4
• arbeitslos gemeldet	75	49,0
• nicht erwerbstätig	10	6,5
Arbeitsfähigkeit bei Entlassung (<i>n</i> = 161)		
• unverändert arbeitsfähig	94	58,4
• jetzt arbeitsfähig	54	33,5
• unverändert arbeitsunfähig	8	5,0
• jetzt arbeitsunfähig	4	2,5
• trifft nicht zu	1	0,6

Die Ausgangsstichprobe dieser Untersuchung ist anhand der soziodemographischen Daten (Alter, Partner-, Wohnsituation), des Abhängigkeitsverlaufs (Abhängigkeitsdauer, Entwöhnungsersbehandlung), des Anteils regulärer Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung und der Arbeitsfähigkeit zum Entlasszeitpunkt als prognostisch günstig einzustufen. Problematisch stellt sich der hohe Anteil der Arbeitslosen mit 49,0 Prozent ($n = 153$) dar. Eine Zahl, die jedoch dem bundesweiten Anteil Arbeitsloser in Kliniken für Abhängigkeitskranke entspricht (siehe z. B. SEDOS 1998).

Vor dem Hintergrund des multifaktoriellen Genesemodells der Alkoholabhängigkeit, das individuelle und Umgebungsfaktoren einbezieht, existiert von Seiten der Leistungsanbieter ein breites Spektrum an Behandlungsformen, -strategien und -methoden für alkoholabhängige Menschen. Dies kommt auch in den fünf Kliniken und den 13 ambulanten Einrichtungen dieser Untersuchung zum Ausdruck.

Eine Vielzahl an psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen wurde während der stationären Entwöhnungsbehandlung in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität mit den jeweiligen Patienten durchgeführt. Am Ende der stationären Entwöhnungsbehandlung stellte sich für die Ausgangsstichprobe dieser Studie ($n = 161$) ein überwiegend erfolgreiches Bild der Patienten dar. Die Patienten hatten während der stationären Therapie nicht nur Veränderungsbereitschaft gezeigt, sondern bereits erste Veränderungen eingeleitet. Diese wollten sie nach eigener Einschätzung nicht nur aufrechterhalten, sondern in der poststationären Phase weiterentwickeln.

2.3 Charakterisierung der Nachbefragungsstichprobe der T2-Erhebung anhand der Erfolgskriterien "Abstinenz" und "Rückfall"

Mit knapp 50 Prozent Rücklaufquote ist es gelungen, ein Jahr nach Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung von einem Teil der Ausgangsstichprobe Informationen über die poststationäre Phase zu erhalten und auszuwerten. Die Quote ist vor dem Hintergrund der Erfahrungen anderer Studien² und den Rahmenbedingungen dieser Studie positiv zu bewerten. Die Ergebnisse der Nachbefragung zeichnen für die Nachbefragungsstichprobe

² Rücklaufquoten nach einer poststationären Befragung bei katamnestic Erhebungen im Bereich der Therapie von Alkohol- und Medikamentenabhängigen werden erfahrungsgemäß zwischen 30 bis 70 Prozent erwartet (vgl. Waldow/Klinik 1986, S. 11). Hohe Rücklaufquoten sind jedoch nur unter besonders guten Bedingungen zu erwarten, z. B. persönlicher Kontakt zum Therapeuten, kleiner Einzugsbereich etc..

($n = 80$) auch nach einem Jahr in psychischer und somatischer Hinsicht sowie im Hinblick auf die soziale Integration ein überwiegend positives Bild. Nach Angaben der Patienten konnten tatsächlich 84,8 Prozent ($n = 69$) die in der stationären Therapie erzielten Veränderungen aufrechterhalten oder sogar weiterentwickeln. Diese Aussage machte auch ein Teil der Rückfälligen.³

In Anlehnung an die Berechnungsformeln der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS 1985/1992) werden für die Berechnung der Abstinenz- und Rückfallquoten dieser Stichprobe zwei Werte, ein vorsichtiger/pessimistischer und ein wohlwollender/optimistischer, angegeben:

Berechnungsformel	abstinent	abstinent nach Rückfall	rückfällig
DGSS F1 ($n = 76$)	68,4 %	4,0 %	27,6 %
DGSS F2 ($n = 161$)	32,3 %	1,9 %	65,8 %

Dieses Ergebnis der Untersuchung ist mit denen anderer Studien vergleichbar.⁴ Vor dem Hintergrund der insgesamt sehr erfreulichen Ergebnisse der Erhebungen auch in anderen Erfolgsmaßen (z. B. Lebenszufriedenheit, Partnersituation), werden nun Ergebnisse zum Thema "Arbeit/Beruf - Arbeitslosigkeit" ausgeführt, um die Bedeutung der "Arbeitswelt" in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen exemplarisch aufzuzeigen.

³ Von 18 Rückfälligen ($n = 18$) lagen Aussagen zu dieser Frage vor: 50 Prozent trafen die Aussage, dass sie die in der stationären Therapie erzielten Veränderungen poststationär aufrechterhalten bzw. weiterentwickeln konnten.

⁴ Die Rückfallquoten nach Alkoholentwöhnungsbehandlungen wurden in verschiedenen Studien allerdings unterschiedlich hoch ermittelt: nach sechs Monaten 36 Prozent (Süß 1988) bis zu 60 Prozent (Fichter/Frick 1992); nach zehn Jahren 74 Prozent (Längle/Schied 1990) bis zu 76,1 Prozent (Scheller/Klein/Zimm 1995). Auch die Rentenversicherung hat in der Vergangenheit zur Beantwortung der Frage nach den erfolgreichsten Maßnahmen für den jeweiligen Versicherten Studien gefördert (vgl. u. a. "MEAT-Studie", Feuerlein/Küfner/u. a. 1988; "DOSY-Studie" Koch/Brünger/u. a. 1994). So wurde in der Studie "Münchener Evaluation der Alkoholismustherapie (MEAT)" am Ende eines vierjährigen Nachbeobachtungszeitraumes eine Abstinenzquote von knapp 70 Prozent ermittelt (vgl. Feuerlein/Küfner/u. a. 1988, S. 622 ff.).

2.4 Ergebnisse zum Thema "Arbeit/Beruf - Arbeitslosigkeit"

2.4.1 Erwerbsaspekte in den Strukturmerkmalen ambulanter und stationärer Leistungsanbieter

Im Zuge der Analyse der Rahmenbedingungen der Rehabilitation (Strukturmerkmale) wurde ein Überblick erarbeitet, der verdeutlicht, welche Elemente es in den Therapien bzw. Maßnahmen der untersuchten Einrichtungen gibt, die die Aspekte der Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit explizit thematisieren. Weiterhin wurden die jeweiligen Therapieziele, die Diagnostik, die Vorbereitung einer stationären Therapie, die Nachsorgevorbereitung und die poststationäre Weiterbehandlung bezüglich erwerbsbezogener Inhalte analysiert.

Dem gesetzlichen Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger, der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der Reintegration in das Erwerbsleben (vgl. SGB VI § 9) folgen in der Ausrichtung der therapeutischen Maßnahmen bei der Rehabilitation Alkoholabhängiger alle untersuchten Einrichtungen. Neben diesem übergeordneten Rehabilitationsziel wird die therapeutische Arbeit einheitlich auf das Ziel einer dauerhaften Abstinenz ausgerichtet. Auf der Basis der theoretischen Grundlagen der einzelnen Einrichtungen werden von den Einrichtungen psychotherapeutische Therapieziele angegeben, die variieren:

Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger <i>Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Reintegration in das Erwerbsleben (§ 9 SGB VI)</i>
Psychotherapeutische Ziele der untersuchten Kliniken
Entscheidungsfähigkeit, Verantwortungsfähigkeit, autonome Persönlichkeitsentwicklung, sowie Förderung der <u>Selbstwahrnehmung</u> , <u>Selbstkontrolle</u> , <u>Selbstsicherheit</u> , <u>Kontaktfähigkeit</u> und <u>Beziehungsfähigkeit</u>
Ziele werden individuell und <u>gruppenspezifisch</u> entwickelt
Realistische Selbsteinschätzung, Wertschätzung von Teilerfolgen, selbstkritische Auseinandersetzung mit kritischen Lebensbereichen, die zuvor schwer differenziert wahrgenommen werden konnten
Förderung und Entwicklung der Selbsthilfepotentiale des Patienten mit dem Ziel der selbstverantwortlichen und bewussten Lebensführung sowie der <u>beruflichen und sozialen Integration</u> , Selbstwahrnehmung, individuelle Ziele sowie das Ziel, ein Erklärungsmodell der Sucht und Suchtgeschichte zu erarbeiten

Abb. 1: Ziele in der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger

Betont wird von allen Kliniken die individuelle Therapiezielvereinbarung mit dem jeweiligen Patienten im therapeutischen Prozess.

Auffällig ist insgesamt, dass in den Konzepten in unterschiedlicher Intensität auf einzelne Themen eingegangen wird und damit auch auf das Thema "Er-

werbsaspekte in der Behandlung". Alle fünf stationären Einrichtungen verfügen über spezielle Angebote bei Arbeitslosigkeit. Individuelle berufsbezogene Perspektivenberatung und Bewerbungstraining, wie auch eine Zusammenarbeit mit dem örtlichen Arbeitsamt wird in jeder Klinik praktiziert. Zwei Fachkliniken beziehen darüber hinaus das Arbeitsamt am jeweiligen Wohnort der Patienten ein. Im Bedarfsfall bzw. bei Vorliegen eines konkreten, arbeitsplatzbezogenen Problems werden in allen Kliniken wie auch allen ambulanten Einrichtungen Gespräche zwischen Patient und Arbeitgeber ermöglicht. Insgesamt kommt letzteres im Praxisalltag jedoch selten vor.

In allen Kliniken wird eine intensive Eingangsdiagnostik durchgeführt. Die Ergebnisse werden dabei unter Hinzunahme der Informationen der Beratungsstelle oder anderer Einrichtungen besprochen. Im Rahmen der Eingangsdiagnostik werden Informationen über die Familie, das Freizeitverhalten und den Beruf eingeholt⁵. In einer Fachklinik wird zudem vom Arbeitstherapeuten im Verlauf der Therapie soweit möglich eine berufliche Anamnese durchgeführt. In einer anderen Klinik wird vom Ergotherapeuten eine ergotherapeutische Diagnostik bei Aufnahme und im Verlauf der Therapie erstellt.

In allen Einrichtungen sind erwerbsbezogene Aspekte auch in der Vorbereitung der Nachsorge wiederzufinden. Hierunter fallen Besuche beim Arbeitsamt bzw. bei der Arbeitsstelle sowie Beratungen durch den zuständigen Reha-Berater⁶. Inhaltliche Schwerpunkte im Bereich der Nachsorgevorbereitung werden laut Konzept in einer Klinik u. a. auf berufsfördernde und rehabilitative Maßnahmen bei längerer Arbeitslosigkeit gelegt. In zwei Kliniken erfolgt die Schwerpunktsetzung generell auf erwerbs- und berufsbezogene Aspekte. Ausführlich beschreibt eine Klinik zudem Angebote, wie z. B. eine behandlungsbegleitende Anbindung an Freizeitangebote/-planung.

⁵ Hinweise bietet auch der von den ambulanten Einrichtungen erstellte Sozialbericht. Dieser soll in der Sozialanamnese des Betreuten u. a. Angaben zum Elternhaus, zur persönlichen Entwicklung, dem schulischen und beruflichen Werdegang, Sozialkontakten, der Stellung des Betreuten in der Familie und im weiteren sozialen Umfeld enthalten. Es stellt sich die Frage, wie ausführlich bzw. gut die Informationen zu den einzelnen Themen sind und ob bei ausreichender Qualität der Informationen nicht die einmalige Erhebung und anschließende Weiterleitung an den nächsten Behandler ausreicht.

⁶ In der T1-Erhebung gaben 32,3 % der Patienten ($n = 155$) an, den Reha- und Rentenberatungsdienst der zuständigen LVA während der stationären Therapie in Anspruch genommen zu haben. 70,0 % der Patienten ($n = 70$), die dieses Angebot in Anspruch nahmen, waren damit sehr zufrieden, zufrieden bzw. eher zufrieden.

Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen werden in allen Kliniken im Bedarfsfall mit dem Patienten während der stationären Entwöhnungsbehandlung eingeleitet⁷. Eine Fachklinik agiert in diesem Bereich jedoch vorsichtig bzw. zurückhaltend, mit der Begründung, dass auch immer die Gefahr des Scheiterns des Patienten besteht. Eine Klinik plant in Zusammenarbeit mit Bildungseinrichtungen behandlungsbegleitende Wiedereingliederungshilfen, Umschulungs- oder berufsbildende Maßnahmen.

In den untersuchten ambulanten Einrichtungen werden erwerbsbezogene Angebote konzeptionell gar nicht berücksichtigt. Einige Einrichtungen bieten aber nach eigener Aussage spezifische Maßnahmen an, die über eine individuelle berufliche Perspektivenberatung (z. B. Erarbeitung von und Auseinandersetzung mit persönlichen Eingangs- und Leistungsprofilen), Bewerbungstraining (z. B. Erstellen einer Bewerbungsmappe, Vorstellungsgespräch, Anzeigenauswertung) bis hin zur Begleitung von Gesprächen mit dem Berater des Arbeitsamtes gehen. Der Großteil ambulanter Einrichtungen verweist jedoch auf entsprechende Angebote des Arbeitsamtes oder von Bildungsträgern. Oft genannte Begründung ist die folgende: *"Der zu entwickelnden Selbstständigkeit und sozialen Kompetenz soll nicht durch ein Zuviel an Unterstützung entgegengewirkt werden."* Hierin wird deutlich, dass die notwendigen Schritte zur beruflichen Integration als Bewährungsprobe verstanden werden, um die gewonnene Ich-Stärke umzusetzen.

"Eine solche Strategie setzt Vollbeschäftigung, gute Qualifikation und das vollständige Erreichen des Therapieziels 'Selbstsicherheit' voraus. Eine solche Strategie geht fehl angesichts struktureller Arbeitslosigkeit." (Knauf/Knauber 1999, S. 4)

2.4.2 Erwerbsaspekte in den Patienten- und Behandlungsmerkmalen der Ausgangsstichprobe (TI)

Im Hinblick auf die berufliche Situation waren neben der Arbeitslosenproblematik und den Qualifikationen der Patienten, die berufsbezogenen Problemlagen sowie durchgeführte therapeutische Programme und die Einschätzung der Patienten hinsichtlich ihrer beruflichen Situation anhand arbeitsbezogener Aspekte in unserer Untersuchung von Interesse.

⁷ Bei den Patienten der Ausgangsstichprobe (TI) für die eine Fortbildungs- oder Umschulungsmaßnahme in Frage kam ($n = 46$) wurde nach Aussage der Therapeuten für 23,9 Prozent während der stationären Entwöhnungsbehandlung eine Maßnahme beantragt.

Zunächst einige Zahlen aus der Entlass- und Nachbefragung der Patienten zur Beschreibung der arbeits-/berufsbezogenen Situation:

Tabelle 3: "Arbeit/Beruf - Arbeitslosigkeit" - Problemlage und Thema in der stationären Entwöhnungsbehandlung aus Sicht der Patienten	
Merkmal	in Prozent
Berufliche Situation (Schule, Beruf oder Arbeitslosigkeit) (n = 153)	
• zufrieden	46,4
• unzufrieden	53,6
Arbeits- und berufsbezogene Probleme bei der Rückkehr nach Hause (n = 159)	
• erwerbstätige Personen (n = 68): Probleme am Arbeitsplatz	60,3
• erwerbslose Personen (n = 75): Probleme mit der Rückkehr in das Erwerbsleben	62,7
Gespräche über die Arbeit und den Beruf im Verlauf der stationären Therapie	
• "manchmal, selten oder nie" (n = 147)	62,8
• "manchmal, selten oder nie" in der Gruppe der Patienten, die arbeitslos gemeldet waren (n = 68)	61,8
• "manchmal, selten oder nie" in der Gruppe der Patienten, die einen Zusammenhang zwischen ihren Alkoholproblemen und dem Arbeitsplatz sahen (n = 52)	50,0
Aussage: Auf die Anforderungen des Berufes wurde ich während der stationären Therapie gut vorbereitet.	
• "stimmt nicht" (n = 131)	65,6
• Personen, die diese Aussage machten (n = 86) und gleichzeitig angaben, "manchmal, selten oder nie" über die Arbeit und den Beruf gesprochen zu haben	70,9
Erwerbssituation	
• arbeitslos zum Zeitpunkt der Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung (n = 153)	49,0
• arbeitslos im letzten halben Jahr vor der Nachbefragung (n = 80)	33,8
• arbeitslos in beiden Befragungszeiträumen	66,6
Aussage: Die berufliche Situation muss sich ändern, damit es mir besser geht. (n = 154)	57,1
• Von den Personen, die diese Aussage machten (n = 41), wurden rückfällig	41,5
• Von den Personen, die diese Aussage machten, gaben in der Nachbefragung (n = 34) Probleme mit der Rückkehr in das Erwerbsleben an	58,8

Die Daten lassen zusammengefasst folgendes erkennen:

- Es besteht vor der stationären Therapie eine hohe Unzufriedenheit der Patienten mit ihrer beruflichen Situation (Schule, Beruf oder Arbeitslosigkeit).
- Bei der Rückkehr nach Hause spielen für einen großen Teil der Patienten arbeits- und berufsbezogene Probleme eine belastende Rolle.
- In der Wahrnehmung der Patienten werden die Themen "Arbeit und Beruf" im Verlauf der stationären Therapie mit einem großen Teil der Patienten lediglich manchmal, selten oder nie besprochen. Dies wiegt um so mehr, da 50,0 Prozent der Patienten, die einen Zusammenhang zwischen

ihren Alkoholproblemen und dem Arbeitsplatz sahen ($n = 52$), diese Einschätzung trafen.

- Die Patienten fühlen sich explizit danach befragt, nicht gut auf die Anforderungen des Berufslebens vorbereitet. 70,9 Prozent der Patienten, die diese Aussage machten ($n = 86$), gaben gleichzeitig an, manchmal, selten oder nie in der Behandlung über Arbeit und Beruf gesprochen zu haben ($\chi^2: 6,56678$; $df: 2$; $p: 0,03750$).
- Es existiert ein hoher Anteil Arbeitsloser sowohl in der Ausgangsstichprobe wie auch in der Nachbefragungsstichprobe. 66,6 Prozent der Patienten, die zum Messzeitpunkt $T1$ arbeitslos gemeldet waren ($n = 30$), gaben auch für den Zeitraum des letzten halben Jahres vor der Nachbefragung ($T2$) an, erwerbslos zu sein ($\chi^2: 20,64692$; $df: 1$; $p: 0,00001$).
- Ein hoher Anteil der Patienten weist der Veränderung der beruflichen Situation eine große Bedeutung zu, damit es ihnen besser geht. In der Nachbefragungsstichprobe sind 41,5 Prozent der Patienten, die diese Angabe machten ($n = 41$), rückfällig geworden ($\chi^2: 6,28505$; $df: 2$; $p: 0,04317$). Ein wesentlicher Teil dieser Patienten hatte dabei Probleme mit der Rückkehr in das Erwerbsleben nach Arbeitslosigkeit.⁸

In Anbetracht der zunehmenden Belastungen am Arbeitsplatz (z. B. durch Konkurrenz, Leistungsdruck u. a. m.) und der hohen Arbeitslosigkeit kommt der inneren Einstellung zur Arbeit bzw. zur Situation bei Arbeitslosigkeit eine besondere Bedeutung gerade beim Herauswachsen aus einer Abhängigkeit zu.⁹ Der hohe Anteil der in diesem Bereich unzufriedenen Patienten dieser Stichprobe (53,6 Prozent!, $n = 153$) weist auf die Notwendigkeit hin, an der beruflichen/schulischen Situation, bzw. an der Einstellung zu dieser Situation etwas zu ändern.

In den analysierten Therapiekonzepten der stationären und ambulanten Einrichtungen ist, wie bereits aufgezeigt, das Ziel der Rehabilitation mit der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit fixiert. Die Analyse der Therapiezielvereinbarungen ergab jedoch nur eine nachrangige Bedeutung für den

⁸ Für 34 Personen lagen zu beiden Fragen Informationen vor: 58,8 Prozent dieser Patienten, die angaben, die berufliche Situation müsse sich verändern, damit es ihnen besser gehen kann, gaben Probleme mit der Rückkehr in das Erwerbsleben nach Arbeitslosigkeit an; für 70,0 Prozent dieser Patienten ($n = 20$) besteht das Problem auch heute noch.

⁹ In diesem Zusammenhang weist Henkel darauf hin, dass Erwerbsarbeit für Alkoholabhängige wesentlich häufiger einen herausragenden Stellenwert einnimmt als für andere Personengruppen (vgl. Henkel 1992, S. 116).

therapeutischen Prozess. Lediglich mit 28,6 Prozent der Patienten ($n = 161$) wurden Ziele vereinbart, bei denen es galt, explizit arbeits- und berufs-spezifische Problematiken zu bearbeiten. Es stellt sich die Frage, ob vor dem Hintergrund der erhobenen Daten eine stärkere Akzentuierung erwerbsbezogener Ziele im therapeutischen Prozess notwendig ist. Deshalb gebe ich zu bedenken, ob nicht eine explizite erwerbsbezogene Therapiezielformulierung mit dem Patienten¹⁰ erst die Ausrichtung der Rehabilitationsmaßnahme für den Patienten deutlich macht und stärker zur Findung einer Lebensperspektive in unserer erwerbsorientierten Gesellschaft beitragen kann.

Defizite im Bereich der expliziten Berücksichtigung arbeits- und berufsbezogener Themen in der medizinischen Rehabilitation lassen sich anhand der Daten erkennen. Einige der vermuteten Zusammenhänge werden durch die Ergebnisse der Nachbefragung bestätigt.

2.4.3 Erwerbsaspekte in den Patientenmerkmalen der Nachbefragungsstichprobe (T2)

Bei der Darstellung des Therapieerfolges spielt die soziale Integration in den Lebensbereichen Partnerschaft, Wohnsituation und insbesondere der Arbeit eine wichtige Rolle. Ergebnisse aus dem letztgenannten Bereich der Untersuchung zum Thema "Arbeit/Beruf - Arbeitslosigkeit" zeigen folgendes Bild der Nachbefragung.

¹⁰ Natürlich existieren oft zunächst bedeutsamere Ziele, wie z. B. "Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation", "Selbstwertgefühl", "Kontaktfähigkeit", "Bearbeitung der Partnerproblematik" u. v. m. Diese Bereiche haben indirekt Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit und sollten deshalb bei der Betrachtung der therapeutischen Arbeit und weiteren Überlegungen zu diesem Thema Berücksichtigung finden. Es geht nicht um eine einseitige Ausrichtung der therapeutischen Arbeit auf Erwerbsaspekte, sondern vielmehr um eine ergänzende Zielorientierung für die Patienten im therapeutischen Prozess.

Tabelle 4: "Arbeit/Beruf - Arbeitslosigkeit" - Ergebnisse der Patientennachbefragung ein Jahr nach Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung (T2)	
Merkmal	in Prozent
Derzeitige Arbeitslosigkeit bzw. im letzten halben Jahr (<i>n</i> = 80)	33,8
Antritt eines neuen Arbeitsplatzes als belastendes Ereignis (<i>n</i> = 67)	9,0
Verlust des Arbeitsplatzes im letzten halben Jahr als belastendes Ereignis (<i>n</i> = 67)	14,9
Überwiegender Lebensunterhalt aus Erwerbstätigkeit im letzten halben Jahr (<i>n</i> = 70)	51,4
Von den Personen, die zum Messzeitpunkt <i>T1</i> angaben, es müsse sich poststationär die berufliche Situation ändern, damit es ihnen in Zukunft besser geht (<i>n</i> = 41), wurden poststationär rückfällig	41,5
Nach der stationären Therapie wollten sich beruflich verändern (neuen Arbeitsplatz suchen, neue Tätigkeit beginnen, selbständig machen) (<i>n</i> = 67)	38,8
• Von den Personen, die dies angaben, waren im letzten halben Jahr vor der Nachbefragung erwerbslos (<i>n</i> = 26)	57,7
Berufliche Situation (Schule, Beruf oder Arbeitslosigkeit)	
• Verschlechterung bzw. gleichbleibende Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation im letzten halben Jahr vor der Nachbefragung (<i>n</i> = 30)	50,0
• Verschlechterung der beruflichen Situation bei den Patienten, die in der Entlassbefragung noch zufrieden waren (<i>n</i> = 36)	16,7
Fehlende Unterstützung direkt im Anschluss an die stationäre Therapie (<i>n</i> = 72)	51,4
• Fehlende Unterstützung (<i>n</i> = 37) und poststationär erwerbslos	56,8
• Fehlende Unterstützung (<i>n</i> = 39) und poststationär rückfällig	51,3

Auch ein Jahr nach Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung ist ein hoher Anteil der Befragten immer noch bzw. wieder von Arbeitslosigkeit betroffen. Lediglich 51,4 Prozent der Befragten (*n* = 70) bestritten ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Erwerbstätigkeit. Am Ende der stationären Therapie gaben 53,9 Prozent der Befragten die berufliche Situation an, die sich in der Zukunft ändern müsse, damit es ihnen besser geht (*n* = 76); von diesen 41 Patienten wurden 41,5 Prozent poststationär rückfällig (χ^2 : 4,02577; *df*: 1; *p*: 0,04481).

Weiterhin besteht bei einem großen Anteil der Befragten eine Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation. 50,0 Prozent der Patienten der Nachbefragungsstichprobe, die bereits zum Messzeitpunkt *T1* unzufrieden mit ihrer schulischen, beruflichen Situation waren (*n* = 30), gaben auch in der Nachbefragung (*T2*) an, dass sich ihre berufliche/schulische Situation im letzten halben Jahr verschlechtert habe bzw. sie weiterhin mit der Situation unzu-

frieden sind; darüber hinaus hat sich für 16,7 Prozent der Patienten, die zum Messzeitpunkt *T1* noch zufrieden mit ihrer schulischen, beruflichen Situation waren ($n = 36$), die Situation verschlechtert.

Insgesamt gaben 51,4 Prozent der Befragten an ($n = 72$), dass ihnen direkt im Anschluss an die stationäre Entwöhnungsbehandlung Unterstützung fehlte. Von den Personen, die diese Angabe machten, betrug der Anteil der Erwerbslosen 56,8 Prozent ($\chi^2: 12,04263; df: 1; p: 0,00052$); der Anteil der Rückfälligen ($n = 39$) lag bei 51,3 Prozent ($\chi^2: 14,39323; df: 1; p: 0,00015$). Damit ist ein Thema angesprochen, das den Erfolg der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger wesentlich beeinflusst, die Weiterbehandlungs- und -betreuungsmaßnahmen und die Kooperation und Koordinierung von Maßnahmen innerhalb des medizinischen Rehabilitationssystems wie auch darüber hinaus mit weiteren Institutionen/Personen des Suchthilfesystems und des Sozialsystems, wie z. B. auch mit Betrieben bzw. speziell der betrieblichen Suchthilfe.

2.5 Konsequenzen aus den Ergebnissen der Studie

Soweit einige konkrete Daten aus den *Erhebungen*. Im Zusammenhang der Gesamtauswertung (Patienten- und Behandlungsmerkmale) weisen diese Zahlen auf Optimierungspotentiale hin. Diese liegen in einer Intensivierung arbeits- und berufsbezogener Maßnahmen im Rehabilitationsprozess und einer insgesamt engeren Verzahnung der Rehabilitation mit der Arbeitswelt.

Gerade unter den hohen Belastungen am Arbeitsplatz und den derzeitigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einer hohen Arbeitslosigkeit reicht die bloße Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker heute nicht mehr aus. Ein wichtiger Aspekt, die Rückfallgefahr für Alkoholabhängige zu reduzieren, richtet sich auf den Aufbau von Kompetenzen, die die Patienten in die Lage versetzen, sich individuell selbst auf dem sich schnell ändernden Arbeitsmarkt und am Arbeitsplatz zu behaupten. Stationäre wie auch ambulante Einrichtungen des Suchthilfesystems müssen ihre Rehabilitationskonzepte hierauf stärker abstimmen.

Diesbezügliche Modellversuche einiger Fachkliniken¹¹ wie auch während der Laufzeit dieser Studie neu implementierte Angebote in den untersuchten Kliniken sind bereits durchaus ermutigend.

Entwöhnungsbehandlungen können natürlich nicht gesamtgesellschaftliche Fehlentwicklungen korrigieren, doch zumindest können berufliche Maßnahmen eingeleitet und an die nachsorgenden Institutionen übergeben werden. Dies muss Aufgabe der medizinischen Rehabilitation sein, will man den Alkoholabhängigen zukunftsfähige Perspektiven vermitteln. Von Bedeutung ist, dass die Behandler die erwerbsbezogenen Themen an den Patienten herantragen und im Sinne einer aktiven Zielabklärung entsprechende (erwerbsbezogene) Problemlagen mit dem Patienten abklären und die notwendigen Zielvereinbarungen treffen. Die Zielerreichung ist auch in diesem Bereich zu überprüfen, so dass die am Ende der stationären Therapie offenen Ziele als Information an die ambulante Nachsorge zur weiteren Unterstützung des Patienten zu geben sind.¹² Von grundlegender Bedeutung ist, dass speziell bei Patienten mit erwerbsbezogenen Problemlagen an die in der stationären Therapie eingeleiteten Maßnahmen und Veränderungen angeknüpft wird und der Patient in seiner gerade in diesem Feld so wichtigen Selbstverantwortung und Eigenmotivation für entsprechende Veränderungen nicht nur gestärkt, sondern auch *aktiv unterstützt* wird. Hierbei kommt bei Erwerbstätigen auch den Betrieben und sofern vorhanden den betrieblichen Sozialberatungen eine wichtige Funktion zu.

¹¹ Als positive Beispiele seien genannt: Der Modellversuch "Berufsförderung bei Alkoholabhängigen", der an der Fachklinik Eußerthal/Pfalz durchgeführt wurde (vgl. Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen in Rheinland Pfalz 1996), das in der Fachklinik am Rosenberg/Daun eingeführte Programm "Belastungserprobung" zur indikationsgeleiteten Reintegration Abhängigkeitskranker in die Erwerbstätigkeit (vgl. Missel/Schüller/Altmaier 1996) und der in der Fachklinik Thommener Höhe/Darscheid implementierte Funktionsbereich "Berufliche Reintegration" (vgl. Hidien/Quinten 1997).

¹² Inhalt der weiterzuleitenden Informationen könnten z. B. sein: das Qualifikationsprofil des Patienten, bereits eingeleitete berufliche Umschulungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen, Kontakte zum Arbeitgeber.

3 Diskussion

Grundsätzlich ist in der medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf erwerbsbezogene Aspekte zu berücksichtigen, dass spezifische Maßnahmen zum Training erwerbsbezogener Aspekte schon deshalb anzubieten sind, da dieses Thema nicht nur gesetzliches Ziel der Rehabilitation, sondern häufig auch eine zentrale Problemlage der Alkoholabhängigen darstellt. Bei Patienten mit Arbeit geht es um die Sicherung des Arbeitsplatzes, bei arbeitslosen Patienten ist eine Perspektivenklärung und damit verbunden die Planung des Vorgehens zur Reintegration in den Arbeitsmarkt vorzunehmen und einzuleiten.

Wichtig ist, dass während der medizinischen Rehabilitation Ansatzpunkte einer beruflichen Förderung überprüft und ggf. eingeleitet werden. Erst dadurch kann für Erwerbstätige wie auch Erwerbslose eine Beschäftigungsperspektive entwickelt werden. Ein Beispiel, diesen Prozess zu differenzieren zeigt die nachfolgende Abbildung.

Maßnahmen zur beruflichen Förderung		
		
<p><i>Maßnahmen bei Problemen am Arbeitsplatz oder Gefährdung des Arbeitsplatzes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung einer zeitlich und/oder inhaltlich gestuften Wiedereingliederung • Vorbereitung innerbetrieblicher Qualifizierungsmaßnahmen • Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber zur Klärung einer andauernden zeitlichen und/oder inhaltlichen Entlastung seitens des Betriebes 	<p><i>Berufsfördernde Maßnahmen bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Innerbetriebliche Umsetzung (Klärung von Einarbeitungszuschüssen) • Fortbildungsmaßnahme • Qualifizierungsmaßnahme • Berufsfindungsmaßnahme • Umschulung (betriebliche oder überregionale) • Berufsvorbereitungslehrgang • ATZ • WfB 	<p><i>Maßnahmen bei bestehender Arbeitslosigkeit: Kontaktaufnahme zum Arbeitsamt am Wohnort</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung der Leistungsfähigkeit, unter Berücksichtigung von organmedizinischen, lerngeschichtlichen und psychosozialen Aspekten sowie den jeweiligen Inferenzen • Empfehlung einer spezifischen beruflichen Integrationsmaßnahme

(vgl. Czikkely/Limbacher 1998, S. 7 ff.)

Wird dem Grundsatz gefolgt, dass Rehabilitation als Gesamtprozess zur Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft verstanden wird, was bedeutet, dass die berufliche Eingliederung in jedem Stadium der Gesamtrehabilitation das Ziel ist, an dem sich die Gesamtleistung zu orientieren hat, bleibt die Frage der Gewichtung einzelner Therapieangebote, z. B. Psycho- vs. Soziotherapie. Zu diskutieren ist, welchen Stellenwert Maßnahmen zur Reintegration in das Erwerbsleben im Rehabilitationsprozess einnehmen können bzw. sollten. Unabhängig davon bedarf es neben den therapeutischen Bemühungen in diesem Zusammenhang gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, um den Alkoholabhängigen auch ohne die Droge Alkohol eine lebenswerte Perspektive zu ermöglichen. Dazu sind vor allem arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zur Reduzierung der hohen Arbeitslosenquote und gesundheitsfördernde Maßnahmen am Arbeitsplatz¹³ notwendig und hilfreich.

¹³ Ziegler weist darauf hin: "Ähnlich wie im familiären Bereich spielt auch am Arbeitsplatz das soziale Umfeld eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Lösung von Suchtproblemen. Während früher Lösungsversuche und Hilfsmaßnahmen auf den einzelnen Abhängigen fokussiert waren, rückt heute das gesamte betriebliche Umfeld zunehmend in den Mittelpunkt der Betrachtungen." (Ziegler 1998, S. 42)

Literatur

- CZIKKELY, M./LIMBACHER, K. (1998): Berufsbezogene Behandlungsansätze während eines stationären Heilverfahrens. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation. Themenschwerpunkt: Integration ins Berufsleben nach medizinischer Rehabilitation. 11. Jahrgang, Heft 42/1998, S. 4 - 10
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SUCHTFORSCHUNG UND SUCHTTHERAPIE (DGSS) (Hrsg.) (1985): Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg im Breisgau
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SUCHTFORSCHUNG UND SUCHTTHERAPIE (DGSS) (Hrsg.) (1992): Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Alkoholabhängigen. Freiburg im Breisgau
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS) (Hrsg.) (1995): Suchthilfe im Verbund: Eine kritische Bestandsaufnahme. Freiburg im Breisgau
- FEUERLEIN, W./KÜFNER, H./u. a. (1988): Münchener Evaluation der Alkoholismustherapie (MEAT): Eine katamnestiche Studie vier Jahre nach der Entwöhnungsbehandlung. In: Deutsche Rentenversicherung, Heft 11/1988, S. 622 - 677
- FICHTER, M. M./FRICK, U. (1992): Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit: Auswirkungen auf Patient und Angehörige. Berlin
- HENKEL, D. (1992): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Ätiologische, epidemiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim
- HENKEL, D. (1996): Zur epidemiologischen, ätiologischen und rehabilitativen Relevanz der Arbeitslosigkeit für den Alkoholismus: Empirische Fakten, theoretische Reflexionen und politische Forderungen. In: Fachverband Sucht e. V. (FVS) (Hrsg.): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? Geesthacht, S. 307 - 329
- HIDIEN, W./QUINTEN, C. (1997): Funktionsbereich Berufliche Reintegration der Fachklinik Thommener Höhe. Darscheid
- JOHN, U. (1979): Zum Stellenwert der Arbeit im Therapieerfolg bei Alkoholkranken. In: Suchtgefahren. Heft 4/1979, Hamm, S. 145 - 156

- KNAUF, W./KNAUBER, A. (1999): Berufliche Integration von Abhängigkeitskranken - Möglichkeiten und Grenzen in der Rehabilitation. Vortrag auf der Fachtagung "Rehabilitation und/ohne Arbeitswelt - Herausforderungen und Perspektiven" am 12. Mai 1999. Ludwigshafen
- KOCH, U./BRÜNGER, M./u. a. (1994): Endbericht zum Projekt: Erweiterte statistische Auswertung des Dokumentationssystems DOSY und seiner 1-, 2- und 4-Jahreskatamnesen des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e. V. unter Berücksichtigung von Einrichtungs- und Behandlungsmerkmalen. Freiburg im Breisgau
- LÄNGLE, G./SCHIED, H. W. (1990): Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogrammes für Alkohol Kranke. In: Suchtgefahren. Heft 36/1990, S. 97 - 105
- MEYENBERG, R./TIELKING, K. (Hrsg.) (1999): Neue Wege in der Rehabilitation Alkoholabhängiger: Theoretische und praktische Ansatzpunkte zur Optimierung von Alkoholentwöhnungstherapien. Band 3 der Schriftenreihe "Sucht- und Drogenforschung", Oldenburg
- MEYENBERG, R./TIELKING, K./HEDDEN, H. (1999): Notwendigkeiten im System der Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Studie in Kooperationseinrichtungen einer Landesversicherungsanstalt. In: Fachverband Sucht e. V. (FVS) (Hrsg.): Suchtbehandlung: Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht, S. 217 - 234
- MINISTERIUM FÜR KULTUR, JUGEND, FAMILIE UND FRAUEN (Hrsg.) (1996): Berufsförderung bei Alkoholabhängigen. Berufsfördernde Maßnahmen in einem integrierten Behandlungsmodell - Eine vergleichende Evaluationsstudie bei Alkoholabhängigen - Abschlußbericht. Eußerthal
- MISSEL, P./SCHÜLLER, W./ALTMAYER, M. (1996): Arbeitstherapie - gestern, heute, zukünftig? - ein zeitgemäßes Programm zur indikationsgeleiteten beruflichen Reintegration Abhängigkeitskranker. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? Geesthacht, S. 237 - 252
- MÜLLER-FAHRNOW, W. (1992): Epidemiologie in Rehabilitation. In: Müller, R./Schuntermann, M. F. (Hrsg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt. Köln, S. 112 - 147

- MÜLLER-FAHRNOW, W./SPYRA, K. (1995): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation - Das Programm der Rentenversicherung und Rahmenbedingungen für den Bereich der Entwöhnungsbehandlungen. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Beiträge des 7. Heidelberger Kongresses 1994. Geesthacht, S. 65 - 99
- MÜLLER-FAHRNOW, W./KLOSTERHUIS, H./NISCHAN, P./SPYRA, K. (1996): "Mehr Information - bessere Rehabilitation?" - Emprische Ergebnisse zur Prognose nach stationärer Entwöhnungsbehandlung als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation. In: Bad Tönissteiner Blätter. Beiträge zur Suchtforschung und -therapie. Band 7, Heft 2/1996, Bad Tönisstein, S. 1 - 52
- SCHELLER, R./KLEIN, M./ZIMM, S. (1995): Verläufe von Suchtkarrieren: Langzeitkatamnesen aus kritischer Perspektive. In: Körkel, J./Lauer, G./Scheller, R. (Hrsg.): Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart, S. 2 - 13
- SEDOS AG (Hrsg.) (1998): Jahresstatistik 1997 der stationären Suchthilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum: 1.1.1997 - 31.12.1997. SEDOS-Berichte Bd. 5, Hamm
- SIEGRIST, J. (1995): Medizinische Soziologie. München/Wien/Baltimore
- SÜß, H.-M. (1988): Evaluation von Alkoholismustherapie. Freiburger Beiträge zur Psychologie 3, Freiburg im Breisgau
- SÜß, H.-M. (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. In: Psychologische Rundschau. Heft 46/1995, Göttingen, S. 248 - 266
- TIELKING, K. (1998): "Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit": Vorstellung des Forschungsprojekts. In: Meyenberg, R. (Hrsg.): Neue Wege in der Drogenpolitik/Drogenhilfe. Band 1 der Schriftenreihe "Sucht- und Drogenforschung". Oldenburg, S. 91 - 102
- VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (VDR) (Hrsg.) (1997): Abschlußbericht der Reha-Kommission - Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.): DRV-Schriften. Band VII, Frankfurt

- VERSTEGE, R. (1996): Berufliche Eingliederung im Rahmen medizinischer Rehabilitation. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol - Konsum und Mißbrauch, Alkoholismus - Therapie und Hilfe. Freiburg im Breisgau, S. 327 - 336
- WALDOW, M. (1989): Theorie und Empirie des poststationären Rehabilitationsverlaufs Alkoholabhängiger. Eine ätiologietheoretisch fundierte und an empirischem Material überprüfte Theorie des Reha-Verlaufs Alkoholabhängiger. FÜR-REHA Praxis der psychosozialen Prävention und Rehabilitation, Band 10, Marburg
- WALDOW, M./KLINK, M. (1986): Rehabilitationsverlauf Alkohol- und Medikamentenabhängiger nach stationärer Behandlung. Eine multivariate Globalanalyse katamnestischer Daten. Marburg
- ZIEGLER, H. (1998): Suchtdynamik in Arbeitsstrukturen und Kollegenschaft. In: Richter, Gudrun/Winter, Erik (Hrsg.) (1998): Strategien zur Bekämpfung von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit im Betrieb und in der medizinischen Grundbetreuung. Materialien der GAD-Jahrestagung `97, Berlin, 20. - 22. November 1997. Angermünde/Magdeburg

Günter Schumann

Initiierung, Planung und Realisierung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme

Vorbemerkung

Das Vorgehen in der Arbeitsgruppe folgte einem Wechsel aus theoretischem Input und fachlicher Diskussion, wobei sich die inhaltlichen Schwerpunkte am vorgegebenen Thema und den artikulierten Interessen orientierten. Ausschlaggebend war dabei, dass die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe vorwiegend ‚Neulinge‘ im Bereich der betrieblichen Suchtprävention waren, entsprechend die ‚Einstiegsphase‘ auch den betrieblichen Erfahrungshintergrund bildete.

Da ich in der Arbeitsgruppe nicht nach einem schriftlichen Konzept referiert hatte, ist die hier vorliegende Abhandlung ein Zusammenschnitt der von mir vorgetragenen mit den in der Diskussion eingebrachten Inhalten, aufbereitet mit einigen Hinweisen, die die Thematik abrunden und den Beitrag im Gesamtkontext verständlich machen. So wird eingangs kurz die Historie sowie der heutige Stand der betrieblichen Suchtpräventionsprogramme erläutert, es folgt ein Abriss zu den wichtigsten Argumenten für die Notwendigkeit einer Beschäftigung mit Suchtproblemen in der Arbeitswelt und eine Einordnung betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe in das institutionelle Gefüge von Betrieben und Behörden. Auf dieser Basis soll ein Blick darauf geworfen werden, welche Implementierungsstrategien zu beachten sind, bevor die einzelnen Phasen der Initiierung, Planung und Realisierung dargestellt werden. Abschließend folgt noch ein Blick auf die besonderen Probleme und Schwierigkeiten in der Einstiegsphase.

1 Zur Historie und zum Stand betrieblicher Suchtpräventionsprogramme

Betriebliche Suchtpräventionsprogramme haben inzwischen in der Bundesrepublik eine fast 30jährige Geschichte mit unterschiedlichen Schwerpunkten, Tendenzen und – je nach ökonomischer Gesamtsituation – sich verändernder Aktualität. Zu dieser Geschichte gibt es allerdings auch noch eine Vorgeschichte, da zum einen die anfänglichen betrieblichen ‚Alkoholhilfsprogramme‘ aus den USA übernommen wurden, zum anderen auch schon vor dieser Zeit zumindest in industriellen Großbetrieben Hilfsstrukturen bei sozialen Problemlagen der MitarbeiterInnen existierten. Letzteres hat eine lange Tradition in der ‚Betriebsfürsorge‘ seit Ende des vorigen Jahrhunderts.

„Diente die *Betriebsfürsorge* ursprünglich der Anpassung weiblicher Arbeitskräfte an neue Arbeitsbedingungen, entwickelte sie sich im Laufe der zwanziger Jahre immer mehr zu einer speziellen Familienfürsorge der Betriebsmitglieder beider Geschlechter *Betriebsfürsorge* geht heute im wesentlichen in verschiedenartigen Sozialleistungen auf und deckt sich begrifflich und sachlich weithin mit den Konzeptionen der sog. *Human relations*, der Menschlichkeit im Industriebetrieb. Da sie bei der Lösung von Problemen Hilfe leistet, die mit der gegebenen Arbeitssituation verbunden ist, gerät sie oft in Widerspruch zur allgemeinen Sozialarbeit, mit deren Zielen und Prinzipien übereinzustimmen sie große Schwierigkeiten hat.“¹

Interessant hieran ist, dass sich die anfänglichen betrieblichen Alkoholprogramme relativ unabhängig von den Strukturen der betrieblichen Sozialarbeit, zu der sich die Betriebsfürsorge entwickelt hatte, etablierten und dass im obigen Zitat ein zentrales Problem auch der betrieblichen Suchtarbeit benannt ist: die Frage, inwieweit sie es schafft, das Spannungsfeld zwischen Interessen der Beschäftigten und betrieblichen Interessen auszubalancieren, ohne sich von irgendeiner Seite instrumentalisieren zu lassen.

Die Geschichte der betrieblichen Suchtkrankenhilfe soll in diesem Zusammenhang nicht im Einzelnen dargestellt werden; hierfür verweise ich auf detaillierte Abhandlungen². Die Abb. 1 zeigt lediglich eine Übersicht mit den wichtigsten Stationen der Entwicklung. Hierin spiegelt sich beispielhaft,

¹ Deutscher/Fieseler/Maör (Hrsg.) (1978), S.45; siehe auch: Lau-Villinger, Doris (1994), S.25ff.

² siehe vor allem: Wienemann, Elisabeth (1999). Siehe u.a. auch: Klepsch/Fuchs (1998)

welche unterschiedlichen Ansätze den betrieblichen Unterstützungsprogrammen zugrunde liegen können. Dieses wird als Entscheidungsaspekt wichtig in der Planungsphase eines Suchtpräventionsprogramms.

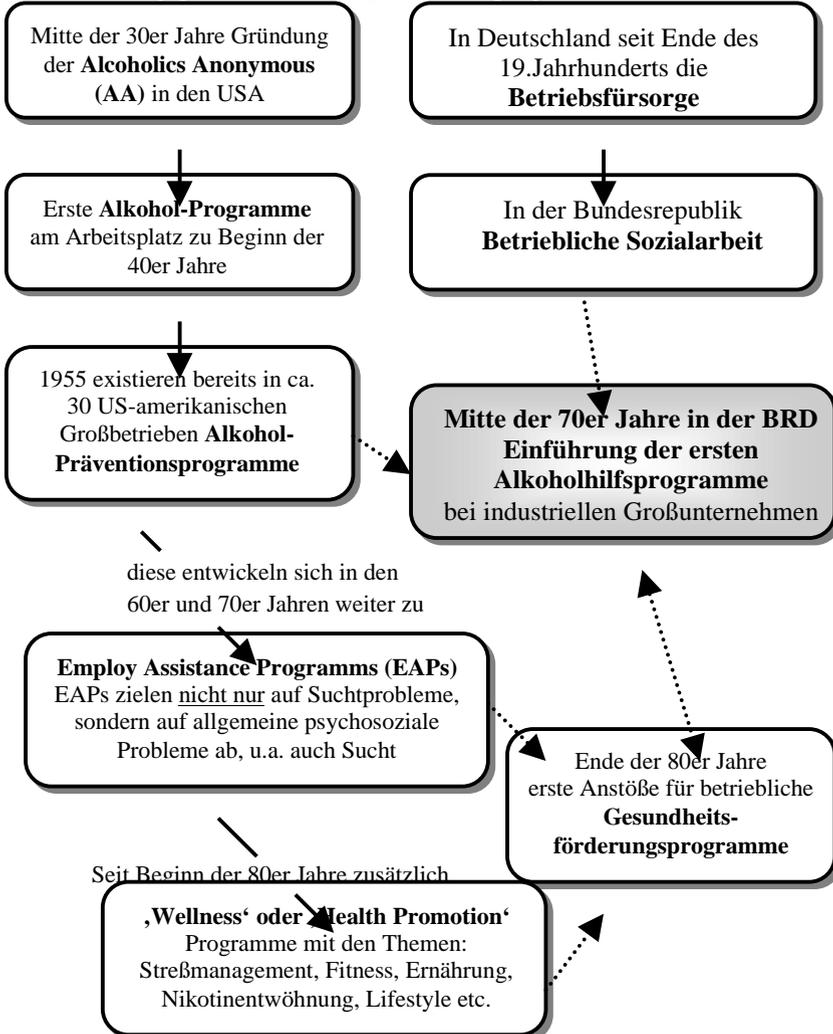


Abb. 1 Stadien der Entwicklung betrieblicher Präventionsprogramme

Konkrete Zahlen über den heutigen Umfang betrieblicher Präventionsprogramme – wie sie auch jeweils ausgestaltet sein mögen – lassen sich nicht belegen³. Hinsichtlich betrieblicher Maßnahmen der Suchtprävention gehen Fuchs/Rainer/Rummel/Schönherr (1998) davon aus, dass seit den 70er Jahren mehr als zweitausend Unternehmen und Verwaltungen aktiv geworden sind, wobei sich die neueren Programme häufig mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vermischen und im professionellen Bereich häufig Aspekte der Personalentwicklung explizit einbezogen werden. Eindeutig ist, dass sich die betriebliche Suchtprävention inzwischen in den Aufgaben ausdifferenziert und als Angebot institutionalisiert hat. Gleichzeitig gibt es wichtige Themen, mit denen sich die Fachkräfte der betrieblichen Suchtarbeit im Sinne einer theoretischen und praktischen Entwicklung auseinandersetzen müssen.⁴

2 Suchtprobleme in der Arbeitswelt – ein zwingendes Thema

Herr Ziegler hat in seinem Referat bereits auf die ökonomische Relevanz betrieblicher Suchtpräventionsprogramme hingewiesen. Auch von den anderen ReferentInnen wurden verschiedene Aspekte angeführt, die für die Befassung mit Suchtproblemen in Unternehmen und Verwaltungen sprechen. Es sollen daher an dieser Stelle lediglich im Rahmen einer Übersicht kurz die Gründe zusammengefaßt werden, die zwingend zu einer betrieblichen Auseinandersetzung mit der Thematik auffordern.

→ **Suchtprobleme können durch belastende, inhumane Arbeitsbedingungen ‚gefördert‘ werden.**

„Die Forschung über die Ursachen von Abhängigkeitserkrankungen hat gründlich mit dem Vorurteil des ‚Selbstverschuldens‘ aufgeräumt. Soziale Belastungen und deren Häufungen – Arbeitsbedingungen in Betrieben und Verwaltungen, Arbeitslosigkeit, fehlende oder problematische soziale Beziehungen – erweisen sich als jene Faktoren, die

³ vgl. Wienemann, Elisabeth (1999), S.1 Fussnote 1

⁴ siehe zu den Themen der aktuellen Fachdebatte: Fuchs/Rainer/Rummel/Schönherr (1998), S.17ff.

Mißbrauch und Abhängigkeit fördern können. Hohe psychische Anforderungen, Schicht- und Nachtarbeit, monotone Arbeitsabläufe, Termin- und Leistungsdruck, Angst vor Arbeitsplatzverlust erweisen sich als jene Arbeitsbedingungen, die neben anderen Gesundheits-schädigungen häufig zu Suchtmittelmißbrauch führen. Übermäßiges Trinken und Rauchen, erhöhte Einnahme von Medikamenten mit stimmungsverändernden und schmerzstillenden Wirkungen und die Einnahme von illegalen Drogen stehen also in einem engen Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen.“

EMPFEHLUNGEN DES DGB ZUR VERMEIDUNG VON MIßBRAUCHS- UND SUCHTPROBLEMEN IN DER ARBEITSWELT VOM 08.NOV.1988⁵

→ Der Konsum von Suchtmitteln am Arbeitsplatz, speziell der Alkoholkonsum, ist nicht die Ausnahme.

„Repräsentative Befragungen der Gesamtbevölkerung und der Erwerbstätigen haben ergeben, daß 52% aller Berufstätigen zumindest gelegentlich Alkohol am Arbeitsplatz konsumieren, 11% trinken täglich oder fast täglich Alkohol am Arbeitsplatz.“

HERBERT ZIEGLER, ALKOHOL AM ARBEITSPLATZ⁶

„Ein großer Teil der Bevölkerung verbringt seine Arbeitszeit im Betrieb, im Büro usw. Es ist logisch, daß sich gesellschaftliche Normen und soziale Probleme auch in der Arbeitswelt widerspiegeln. Dies gilt sicherlich auch – vielleicht sogar besonders – für den Alkoholkonsum und den Alkoholmißbrauch.

Gesellige Trinksitten, z.B. bei Geburtstagen, Feiern, Jubiläen, Beförderungen u.ä. sind im betrieblichen Alltag weit verbreitet. Dazu kommen noch weitere konsumfördernde Faktoren, wie z.B. besonders durstmachende Tätigkeiten oder auch ‚beruflicher‘ Konsumzwang bei typischen Kontaktberufen. Neben den geselligen Trinkanlässen spielt also Alkohol im Arbeitsleben auch eine wichtige Rolle als sogenanntes ‚Schmiermittel‘.“

LANDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN NORDRHEIN-WESTFALEN⁷

⁵ siehe als Anhang in: Industriegewerkschaft Metall (Hrsg.) (1992), S.240ff.

⁶ In: Konietzko/Dupuis. Handbuch der Arbeitsmedizin. IV-10.11.1

⁷ Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1988), S.20

→ **Der Konsum von Alkohol, Drogen und bestimmten Medikamenten gefährdet die Arbeitssicherheit.**

→ Etwa 20% aller getöteten Verkehrsteilnehmer gehen auf das Konto Alkohol

→ Insgesamt sollen 25-30 Prozent der Betriebs- und Wegeunfälle alkoholbedingt sein.

„Besonders gravierend sind die Auswirkungen des Alkoholgenusses auf die Sicherheit am Arbeitsplatz. Schon geringe Alkoholmengen haben starke körperliche und seelische Beeinträchtigungen zur Folge, die es den Beschäftigten nicht mehr erlauben, ihre Tätigkeit korrekt und sicher auszuführen.

Aber nicht nur in der Produktion führt Alkohol zu einem erhöhten Unfallrisiko. Auch alkoholbedingte Fehlentscheidungen des Managements oder fehlende Sorgfalt in Konstruktionsbüros können weitreichende Folgen für die Sicherheit nach sich ziehen.

Generell gilt: Jeder, der vor oder während der Arbeitszeit Alkohol trinkt und dadurch seine Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, schädigt das Arbeitsergebnis.“

HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFGENOSSENSCHAFTEN /
DEUTSCHER VERKEHRSSICHERHEITSRAT⁸

→ **Die Befassung mit Suchtproblemen im Unternehmen und in der Verwaltung gehört zum Gesamtbereich der Gesundheitsförderung und damit zur Fürsorgepflicht.**

„Das Thema ‚Der gesunde Mitarbeiter in der Organisation‘ beinhaltet ein höchst anspruchsvolles und zugleich schwieriges Ziel: die Realisierung einer umfassenden Gesundheitsprävention in der Arbeitswelt, im jeweiligen privaten oder öffentlichen Betrieb.

Ein ‚gesunder‘ Betrieb wirtschaftet um so erfolgreicher, je gesünder seine Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind. Ein gesunder Mitarbeiter ist zufriedener, motivierter und auch kreativer – mit dem Ergebnis entsprechend guter Arbeitserfolge.

Ein zentrales Problem ist die Sucht. Jeder fünfte Arbeitnehmer trinkt Alkohol in gesundheitsgefährdendem Maße. Alkoholismus ist

⁸ Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften / Deutscher Verkehrssicherheitsrat (1990), S.28; siehe detailliert auch: Fuchs/Resch (1996)

nicht nur ein privates, sondern auch ein betriebliches Problem. Alkoholabhängige Arbeitnehmer sind kranke Arbeitnehmer. Daraus resultiert die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die notwendig sind, um die Gesundheit seines Mitarbeiters wiederherzustellen und zu erhalten.“

GRUSSWORT VON FRAU PROF.DR. RITA SÜSSMUTH, PRÄSIDENTIN DES
DEUTSCHEN BUNDESTAGES (1993)⁹

→ **Jedes Unternehmen, jede Verwaltung sollte ein Eigeninteresse haben, sich aus Effektivitäts- und Kostengründen mit Suchtproblemen zu beschäftigen.**

*„Den in den Betrieben und Behörden für die Finanzen Verantwortlichen sage ich: **Investitionen in die betriebliche und behördliche Suchtkrankenhilfe lohnen sich allein schon aus betriebswirtschaftlicher Sicht.**“*

H.SCHNIPKOWEIT, NDS. SOZIALMINISTER (1987)¹⁰

→ Suchtprobleme, auf welchen individuellen psychischen / sozialen Ursachen im Einzelfall auch immer begründet, wirken sich auf die konkreten Arbeitszusammenhänge, auf die Kooperation mit anderen etc. aus.

→ Suchtprobleme werden im betrieblichen Zusammenhang oft aus falsch verstandener Solidarität oder aus Hilflosigkeit verdeckt, verheimlicht und damit ‚gefördert‘.

→ Für Suchtkranke ist die Arbeitswelt ein äußerst wichtiges soziales Umfeld, das eine große Bedeutung für das Selbstwertgefühl der Suchtkranken hat.

→ Das Bestreben, die Betroffenen in die Lage zu versetzen, ihren Arbeitsplatz zu erhalten, ist eine außerordentlich wichtige Stütze innerhalb der gesamten Suchthilfe und kann am wirkungsvollsten im Betrieb vorangetrieben werden.

⁹ Wissenschaftliches Fachforum Personalpflege und Personalentwicklung Juli 1993 in Dortmund, zitiert nach: Kastner, Michael (Hrsg.) (1994), S.19/20

¹⁰ Zitiert nach: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren – NLS – (Hrsg.) (1987), S.14

3 Suchtprävention und Suchthilfe – ein innerbetriebliches Dienstleistungsangebot

Trotz der vielen guten Gründe für betriebliche Präventionsprogramme und betriebliche Suchtarbeit, die – soweit möglich – an anderer Stelle dieses Readers auch mit Zahlen belegt sind, existiert für den gesamten Bereich der betrieblichen Sozialarbeit keine rechtliche Verpflichtung von Unternehmen oder Verwaltungen, in diesem Sinne tätig zu werden. Handlungspflicht besteht lediglich im Rahmen der rechtlichen Regelungen zur Arbeitssicherheit und zum Arbeitsschutz. Das Arbeitsfeld der betrieblichen Sozialarbeit ist

„eine freiwillige Maßnahme des Betriebes, die den Erfordernissen entsprechend flexibel gestaltet werden kann. Die Inanspruchnahme liegt im Ermessen der Mitarbeiter, sie kann nicht angeordnet werden.“¹¹

Soweit ein Betrieb oder eine Behörde Maßnahmen der Suchtprävention oder Suchthilfe ergreift, handelt es sich dabei also um das freiwillige Angebot einer *innerbetrieblichen Dienst- oder Serviceleistung*.

Konstitutiv für Dienstleistungen ist, dass

- bestimmte Leistungen (z.B. Informationen über Suchterkrankungen) bzw. bestimmte Fähigkeiten (z.B. Beratungskompetenz) zur Verfügung gestellt werden;
- diese Angebote mit den konkreten Bedürfnissen der Nachfrager im Dienstleistungsprozess zusammenfließen;
- die Dienstleistung auf ein bestimmtes nutzenstiftendes Ziel gerichtet ist;
- sowohl der ‚Produktionsprozess‘ der Dienstleistung als auch das Ergebnis wesentlich von der konkreten Nachfrage als auch von der Beteiligung des Nachfragers als ‚Co-Produzent‘ der Dienstleistung abhängig ist.¹²

Entsprechend ‚verkaufen‘ sich Dienstleistungen nicht automatisch, selbst wenn sie noch so sinnvoll erscheinen, sondern es besteht die Notwendigkeit, für innerbetriebliche Dienstleistungsangebote auch innerbetriebliches Marketing zu betreiben. Dieses mag auf den ersten Blick für soziale Hilfeleistungen als suspekt erscheinen. Vergegenwärtigt man sich, dass es hier um

¹¹ Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (1997), S.146

¹² siehe zur Dienstleistungsproblematik auch in diesem Reader den Beitrag zu „Qualitätsmanagement und Qualitätsstandards in der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung“

elementare betriebliche Interessen geht und vergleicht dieses mit dem – auch kostenmäßigen – Aufwand, der im Rahmen anderer unternehmensstrategischer Maßnahmen betrieben wird, sollten sich die Vorbehalte aufheben.

4 Dienstleistungsmarketing und Implementierungsstrategien

Wie vorab bereits angedeutet, ist nicht nur die Einrichtung einer betrieblichen Suchthilfe ein freiwilliges unternehmerisches Dienstleistungsangebot, sondern auch die Inanspruchnahme eines solchen Angebotes beruht im Wesentlichen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Wenn die ‚guten Gründe‘ für betriebliche Suchtpräventionsprogramme greifen sollen, kann dieses nur bei entsprechender Nachfrage und praktischer Umsetzung der Angebote. Da betriebliche Präventions- und Beratungsangebote keine Selbstläufer sind, denen automatisch ‚Kunden‘ und Klienten zuströmen, ist es notwendig, das Dienstleistungsangebot anzupreisen, sprich: *internes Marketing* zu betreiben.

„Die marktorientierte Ausrichtung und Führung eines Dienstleistungs-(angebots; d.Verf.) kann nur konsequent verwirklicht werden, wenn eine individuelle und abgesicherte Marketingkonzeption erarbeitet wird. Sie stellt für ein Dienstleistungs-(angebot; d.Verf.) das Ergebnis detaillierter strategischer Analysen und Planungsprozesse dar und umfaßt drei Konzeptionsebenen: Zielebene, Strategieebene, Ebene der Marketinginstrumente.“¹³

Ein ‚gutes‘ betriebsinternes Dienstleistungsangebot verbunden mit einer ‚guten‘ internen Marketingstrategie bedeutet aber noch nicht, dass die Einführung dieses neuen Angebotes auch rundweg im Unternehmen bzw. in der Verwaltung begrüßt wird. Im Gegenteil kann es – und die Praxis bestätigt dieses – auf verschiedenen Ebenen zu betrieblichen Widerständen kommen:¹⁴

- zu inhaltlich-konzeptionellen Widerständen
- zu organisatorisch-strukturellen Widerständen
- zu personell-unternehmenskulturellen Widerständen.

¹³ Meffert/Bruhn (1995), S.117

¹⁴ siehe hierzu: Meffert/Bruhn (1995), S.329ff.

Es bedarf daher einer *Strategie zur Implementierung des Dienstleistungsangebotes*, bei der vor allem folgende Aspekte beachtet werden sollten:

- Spezifizierung der Inhalte und Ziele des neuen Dienstleistungsangebotes
- Schaffung von Akzeptanz für das neue Dienstleistungsangebot
- Anpassung des neuen Dienstleistungsangebotes an die bestehende Unternehmenskultur
- Integration des neuen Dienstleistungsangebotes in die Unternehmensaktivitäten
- Berücksichtigung von Koordinations- und Kooperationsnotwendigkeiten bzw. -möglichkeiten
- Zielgerichtete Umsetzung der Marketingpläne
- Eingliederung des neuen Dienstleistungsangebotes in die vorhandenen Unternehmensstruktur und -hierarchie
- Einführung der Dienstleistung als professioneller Managementprozess
- Schaffung von Transparenz.

Wenn dieses weitgehend Beachtung findet, wird sich auch die ökonomische Relevanz betrieblicher Suchtpräventionsprogramme bestätigen.

Für die Implementierung des neuen betrieblichen Dienstleistungsangebotes „Suchtprävention“ kann und sollte zwar auf die Erfahrungen anderer Unternehmen zurückgegriffen werden, allerdings nicht in der Form, ausschließlich bestehende Konzepte zu kopieren. Auch sollte die Implementierung nicht übereilt erfolgen, sondern mit Bedacht und Schritt für Schritt (auf der Basis praktischer Erfahrungen empfiehlt es sich, eine Vorlaufphase von ca. einem Jahr einzuplanen). Die einzelnen Schritte sind dabei die Initiierung, die Planung und die Realisierung. N.Steinbach benennt im

„Prozeß der Annäherung an neue Unternehmensziele, z.B. die Einführung von Programmen der Suchtprävention, Hilfe und Nachsorge drei Phasen ...: Defreezing, Changing, Freezing.

Defreezing ... ist wörtlich der Vorgang des Auftauens und schließlich der Vereinbarung, daß ein deutlich gewordenes Problem gemeinsam gelöst werden soll.

Changing ... ist der Vorgang der Veränderung, verdeutlicht durch eine konkrete und realistische Ziel-Zeit-Mittel-Planung, Intervention, Kontrolle und Qualitätssicherung, die den jeweiligen strukturellen und kommunikativen Gegebenheiten entspricht.

Freezing ... bedeutet, daß infolge der erlangten Fähigkeiten zur Innovation das Unternehmen zur Selbstorganisation fähig geworden ist. Möglichst alle Beschäftigten teilen eine gemeinsame Auffassung

der Ziele. Suchtprävention, Hilfe und Nachsorge (hohe Identifikation) und alle diesbezüglichen Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen sind gut koordiniert (gute Kommunikation).“¹⁵

5 Die Initiierung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme

Zum Einstieg kommt es darauf an, dass überhaupt ein/e MitarbeiterIn, ein/e FunktionsträgerIn oder eine betriebliche Organisation Interesse hat, das Problem „Suchtmittelkonsum/Suchtmittelmissbrauch in der Arbeitswelt“ im Betrieb zum Thema zu machen. Die *Abb. 2* zeigt, dass die Initiative aus den verschiedensten Richtungen gestartet werden kann. Wesentlich ist in der Initiierungsphase bzw. der Phase des *Defreezing* die Gewinnung von Bündnispartnern und Unterstützern, die bereit sind, sich in einer Kick-off-Gruppe zu engagieren. Dabei ist es selbstverständlich vorteilhaft, wenn bereits betrieblich ‚einflussreiche‘ Personen in der Kick-off-Gruppe vertreten sind. Die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sollten sich gemeinsam fachkundig machen, so dass weitgehend ein vergleichbarer Informationsstand erreicht ist. Hierzu kann u.a. externes Expertenwissen eingeholt werden (Beratungsstellen; betriebliche Funktionsträger; Netzwerke; Fachinstitutionen und freie Berater der betrieblichen Suchtprävention etc.).

Zur Planung der weiteren Arbeit bietet sich an, eine erste grobe Ist-Analyse vorzunehmen, bei der u.a. eruiert werden kann:

- Welche Informationen / Kenntnisse über innerbetriebliche Suchtprobleme gibt es?
- Gibt es Daten zum Zusammenhang von Alkoholkonsum und Arbeitsunfällen?
- Wie stellt sich die Unternehmenskultur im Umgang mit Alkohol dar (Trinkkultur)?
- Welche innerbetrieblichen Regelungen bestehen? Welche Erfahrungen gibt es hiermit?
- Gab es bereits Informationen / Initiativen zum Thema Sucht und Suchtmittelmissbrauch?

¹⁵ Feser, Herbert (1997), S.48-50

- Welche Personen / Organisationen haben sich bisher mit dem Thema beschäftigt?
- etc.

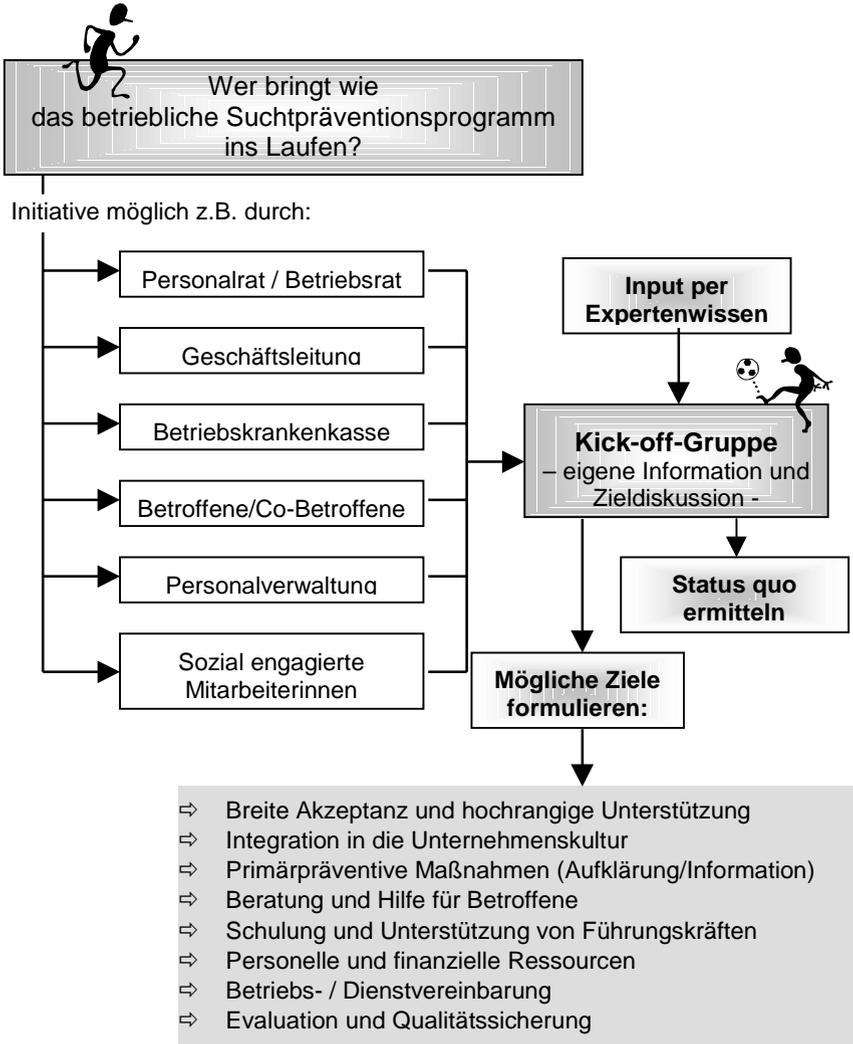


Abb. 2 Die Initiierung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme

Mit der Ist-Analyse sollte vorrangig geklärt werden, welche Erfahrungen gemacht wurden, welche Initiativen einbezogen und auf welche Ressourcen zurückgegriffen werden kann. Diese Analyse ermöglicht eine erste Formulierung von Zielen eines betrieblichen Suchtpräventionsprogrammes.¹⁶ Nicht ratsam ist, in dieser Phase bereits in eine Detaildiskussion bzw. Differenzierung / Ausformulierung von Zielen einzusteigen; z.B. kann als Ziel eine Dienst-/Betriebsvereinbarung ins Auge gefaßt werden, aber ohne diese schon inhaltlich auszugestalten.

Im Sinne des *Defreezing*, des Auftauens, sollten in dieser Phase der innerbetrieblichen Öffentlichkeit auch erste Informationen zugänglich gemacht werden. Dieses beugt ggfls. Gerüchten und Konfusionen über das, was da wohl geschehen mag oder geplant ist, vor. In diesen Informationen sollte darauf verwiesen werden, dass für konkretere Planungsschritte frühzeitig eine Beteiligung / Anhörung der relevanten Personen / Organisationen im Hause erfolgt.

6 Die Planung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme

In dieser Phase müssen alle Personen, Funktions- und Entscheidungsträger, die mit der Thematik ‚Suchtprobleme am Arbeitsplatz‘ befasst sind bzw. über ein betriebliches Suchtpräventionsprogramm entscheiden werden, an einen Tisch kommen mit dem Ziel der Konstituierung einer Arbeitsgruppe (oder wie auch sonst benannt: Arbeitskreis, Projektgruppe, Steuerungsgruppe). Unverzichtbare Mitglieder in dieser Gruppe sind:

- Ein/e VertreterIn der Behörden-/Unternehmensleitung (denn ohne Unterstützung der obersten Leitung wäre ein betriebliches Suchtpräventionsprogramm auf Illusionen gebaut)
- Ein/e VertreterIn des Betriebs-/Personalrates (denn auch die Arbeitnehmervertretung muss einem solchen Vorhaben grundsätzlich positiv gegenüberstehen)

¹⁶ siehe hierzu auch: Dietze, Klaus (1992), S. 79ff

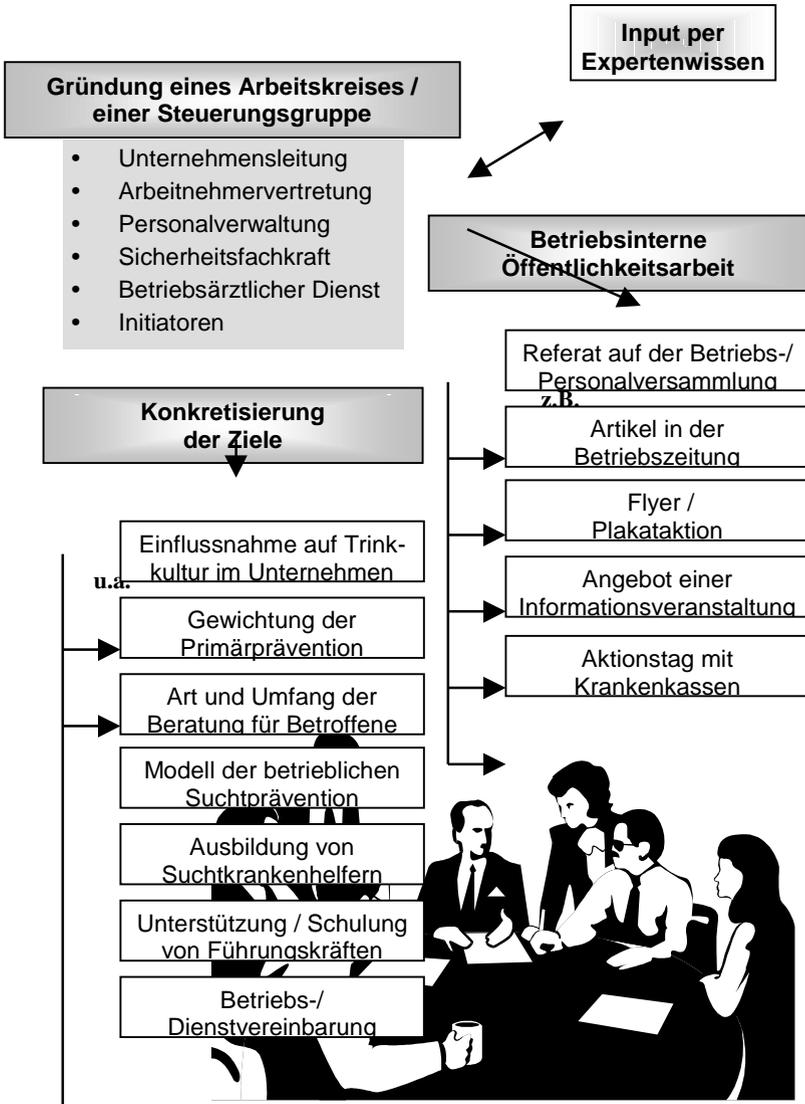
- Ein/e VertreterIn der Personalabteilung (denn hier ist die arbeits-/dienstrechtliche Kompetenz vorhanden und die spätere praktische Umsetzung von Interventionsverfahren o.ä. erforderlich)
- Ein/e VertreterIn der Führungskräfte (denn die Führungskräfte sollen die wichtigsten Stützen und Hauptakteure des praktizierten Suchtpräventionsprogramms werden).
- Weitere wichtige Mitglieder der Gruppe sind z.B. der Sicherheitsingenieur / Sicherheitsfachkraft, betriebsärztlicher Dienst, soweit schon vorhanden die betriebliche Sozialberatung / betriebliche SuchtkrankenhelferIn.

Vorrangige Aufgabe dieser Steuerungsgruppe ist die Konkretisierung der Ziele und Inhalte des betrieblichen bzw. behördlichen Suchtpräventionsprogrammes. D.h. unter den Aspekten von:

- Was wollen wir?
- Was wird gewünscht?
- Worauf können wir aufbauen?
- Welche Kooperations-/Netzwerkmöglichkeiten bestehen bzw. können initiiert werden?
- Was ist auf der Basis der praktischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen?
- Was ist machbar / durchsetzbar / finanzierbar?

ist u.a. zu diskutieren und ein Entscheidungsvorschlag zu erarbeiten, welches Modell der betrieblichen Suchtprävention umgesetzt, was konkret unter dem Begriff der ‚Suchtprävention‘ verstanden werden soll. Wird von einem umfassenden Präventionsbegriff ausgegangen? Sind also auch primärpräventive Maßnahmen incl. der Reduzierung suchtfördernder Arbeitsbedingungen gewollt und umsetzbar? Oder soll es nur um sekundärpräventive Maßnahmen im Sinne der Einzelfallhilfe gehen? Wird das Programm auf alle Suchterkrankungen bezogen oder geht es nur um Alkohol? Soll das Programm über Suchterkrankungen hinaus auch in den sonstigen Bereich der Gesundheitsförderung geöffnet werden?

Dieser kleine Ausschnitt der zu diskutierenden und zu entscheidenden Fragen zeigt bereits, dass die Entwicklung eines betrieblich bzw. behördlich zugeschnittenen Präventionsprogrammes nicht in einem Schnelldurchlauf erfolgen kann. Auch für diese Phase ist es ratsam, nochmals Expertenwissen einzubeziehen.



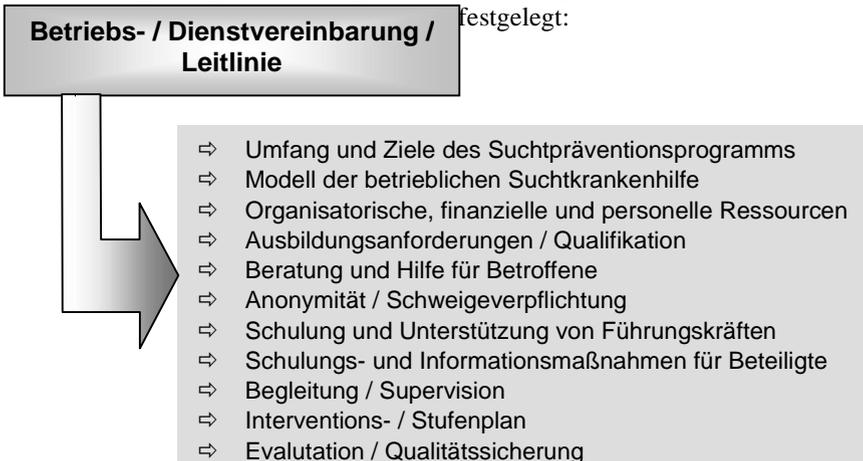
→
Abb. 3 Die Planung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme
→
→
→
→

Parallel zur Arbeit der Steuerungsgruppe sollte verstärkt die betriebsinterne Öffentlichkeitsarbeit¹⁷ einsetzen, um eine breite Diskussion zu ermöglichen, neue Aspekte einzubeziehen, Widerständen vorzubeugen. Speziell die betriebliche Öffentlichkeitsarbeit kann die Phase des *Changing* insoweit forcieren, als das bisherige Verhaltensmuster im Umgang mit Suchtproblemen in Frage gestellt und neue Verhaltensalternativen gesucht werden.

Die Planungsphase endet mit einem ausformulierten Entscheidungsvorschlag, eventl. einem Entwurf einer Betriebs-/Dienstvereinbarung, zur Vorlage an die Behörden-/Unternehmensleitung sowie Arbeitnehmervvertretung. Der Entscheidungsvorschlag sollte konkrete Aussagen zu den benötigten Ressourcen, zu Folgekosten, zur Finanzierung, zur Evaluation und zur Qualitätssicherung enthalten.

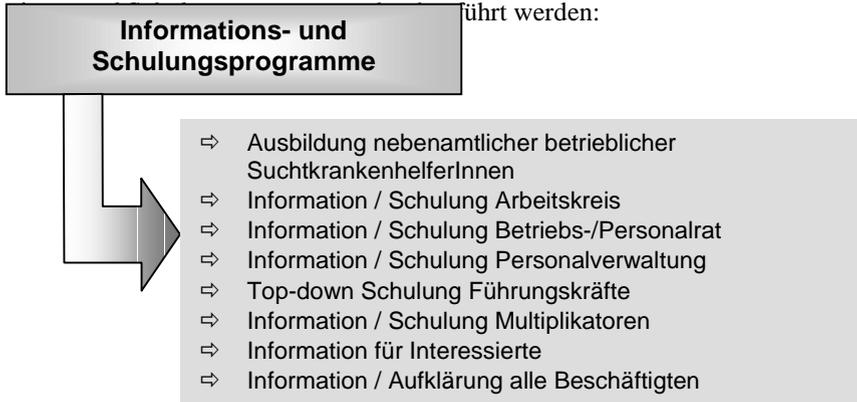
7 Die Realisierung betrieblicher Suchtpräventionsprogramme

Mit der Leitungsentscheidung oder der Ratifizierung einer Betriebs-/Dienstvereinbarung erfolgt der Einstieg in die Realisierung des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms. Die Realisierung ist festgelegt:

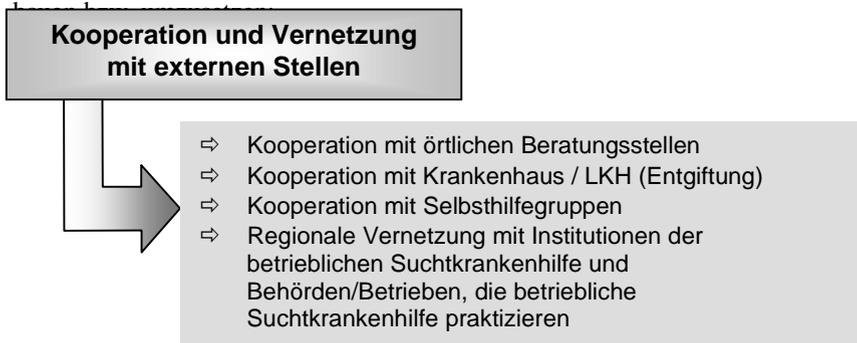


¹⁷ zur Öffentlichkeitsarbeit siehe u.a.: NORD AG betriebliche Suchtprävention (Hrsg.) (1999), S.13 u. 23f

Zur Realisierung der Betriebs-/Dienstvereinbarung oder Leitlinie müssen – soweit dieses noch nicht vorher geschehen ist – die notwendigen Informations- und Schulungsprogramme durchgeführt werden:



Gleichzeitig sind die notwendigen Kooperationen und Vernetzungen aufzu-



Zur Umsetzung der Hilfsangebote müssen die personellen, räumlichen und finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die Realisierung der Hilfsangebote bietet nochmals die Möglichkeit einer Marketingkampagne.

Da es in dieser Phase ‚endlich‘ an die praktische Umsetzung der bisherigen Diskurse und Planungen geht, ist sie eher durch mitreißende Aktivität oder

sogar Euphorie bestimmt. Dieser Schwung sollte auch genutzt werden, allerdings mit einem nüchternen Blick auf die Tatsache, dass der euphorischen Phase neue Entwicklungen folgen werden¹⁸ und es auch im Stadium der Realisierung zu Schwierigkeiten kommen kann.

8 Probleme und Schwierigkeiten in der Einstiegsphase betrieblicher Suchtpräventionsprogramme

Für alle Phasen der Einführung eines betrieblichen Suchtpräventionsprogrammes habe ich die frühzeitige Öffentlichkeitsarbeit betont, da

„innerbetrieblich ... oft große Unsicherheiten im Umgang mit suchtgefährdeten und –abhängigen Mitarbeitern (bestehen; d.Verf.), die vielfach weder von Vorgesetzten und Personal- bzw. Betriebsräten noch von Arbeitgebern und Gewerkschaften angemessen aufgefangen werden.

Die Hauptprobleme sind nicht selten das Kaschieren, ‚Übersehen‘, Entschuldigen, die Resignation und Angst, die aus mangelndem Wissen, ungenügender Erfahrung oder nicht ausreichender Zivilcourage resultieren können. Die Folge ist in der Regel Untätigkeit oder zudeckendes Verhalten in Bezug auf das vorhandene Problem.“¹⁹

Es sollte daher das Bemühen bestehen, die verständlicherweise vorhandenen Widerstände gegen die Thematisierung von Suchtproblemen – worauf diese Widerstände auch immer beruhen – nicht noch durch unzureichende Information und vernachlässigte Partizipation zu verstärken, sondern - wie bereits unter dem Aspekt der Implementierungsstrategien betont - durch weitgehende Transparenz zu reduzieren.

Für alle Implementierungsphasen existieren spezifische Fehlerquellen (z.B. zu frühzeitig strittige Details zu diskutieren; sich mit einer zu großen Steuerungsgruppe in endlosen Diskussionen verlieren; in sachfremden Konflikten verfangen bleiben; sich an Grundsatzfragen und unterschiedlichen Standpunkten ‚aufheizen‘; etc.²⁰).

¹⁸ siehe zu den ‚klassischen 6 Phasen betrieblicher Alkoholpräventionsprogramme‘: Fuchs, Reinhard (1992), S.51ff

¹⁹ Feser, Herbert (1997), S.45/46

²⁰ siehe Dietze, Klaus (1992), S.83f., 85ff

Ich möchte hier nur auf einige Probleme und Schwierigkeiten verweisen, die in der Realisierungsphase auftreten können:²¹

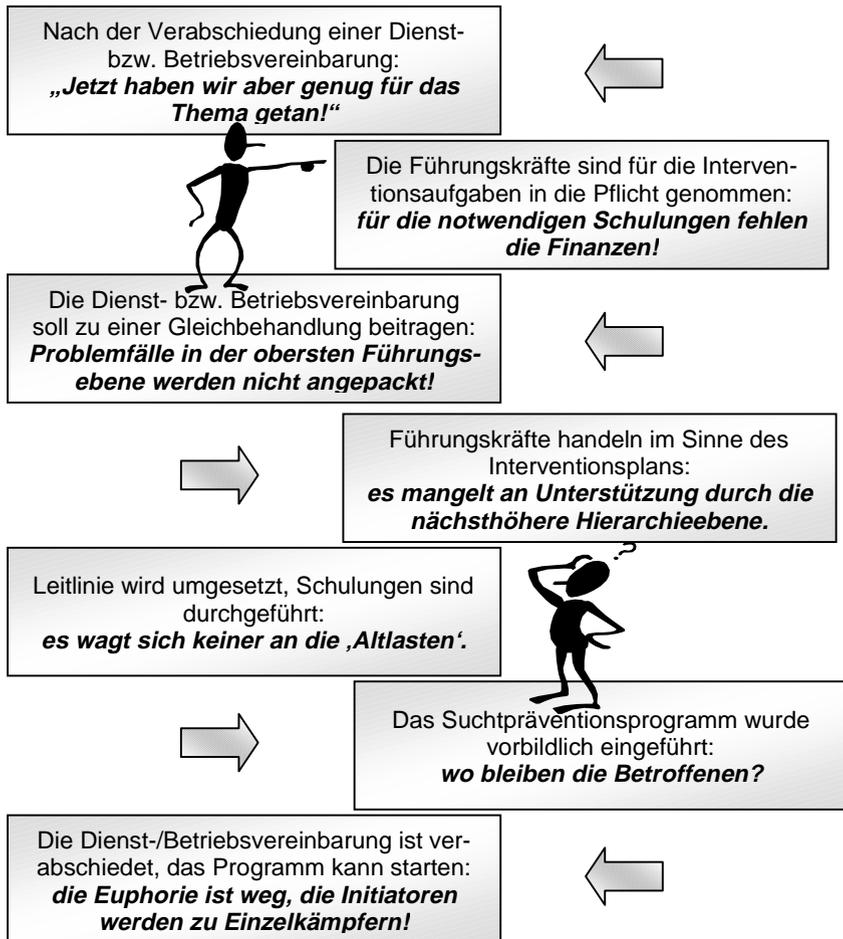


Abb. 4 Probleme und Schwierigkeiten in der Realisierungsphase betrieblicher Suchtpräventionsprogramme

²¹ siehe auch Dietze, Klaus (1992), S.132ff

Diese Schwierigkeiten und Probleme sollten aber nicht zur Resignation führen, denn es sind konstruktive Lösungen möglich und die ‚Krisen‘ in der Einstiegsphase können für die Weiterentwicklung des betrieblichen Suchtpräventionsprogrammes genutzt werden.

*EINE REISE VON TAUSEND MEILEN
FÄNGT UNTER DEINEM FUSSE AN.
LAOTSE*

Literatur

- BAMBERG / DUCKI / METZ (Hrsg.) (1998). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- BRUHN, Manfred (1996). Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Berlin / Heidelberg / New York: Springer Verlag.
- DEUTSCHER/FIESELER/MAÒR (Hrsg.) (1978). Lexikon der sozialen Arbeit. Stuttgart: Verlag W.Kohlhammer
- DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hrsg.) (1997). Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt a.M.: Eigenverlag. 4.Aufl.
- DIETZE, Klaus (1992). Alkohol und Arbeit – Erkennen – Vorbeugen - Behandeln. Reihe: Management heute. Zürich: Orell Füssli Verlag
- FESER, Herbert (1997). Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern. Arbeitshefte Führungspsychologie. Bd.26. Heidelberg: Sauer-Verlag
- FUCHS, Reinhard (1992). Sucht am Arbeitsplatz. Ein nicht mehr zu verleugnendes Thema. In: SUCHT Nr. 1/1992
- FUCHS/RAINER/RUMMEL (Hrsg.) (1998). Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag Angewandte Psychologie

- FUCHS/RAINER/RUMMEL/SCHÖNHERR (1998). Betriebliche Suchtprävention: Ein Arbeitsfeld in der Diskussion. In: FUCHS/RAINER/RUMMEL (Hrsg.) (1998). Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag Angewandte Psychologie
- FUCHS/RESCH (1996). Alkohol und Arbeitssicherheit. Hogrefe: Verlag für Psychologie
- HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFGENOSSENSCHAFTEN / DEUTSCHER VERKEHRSSICHERHEITSRAT (1990). Alkohol im Betrieb. Wiesbaden
- INDUSTRIEGEWERKSCHAFT METALL (Hrsg.) (1992). Das Suchtbuch in der Arbeitswelt. Frankfurt a.M. Schriftenreihe IG Metall. 2.Aufl.
- KASTNER, Micheal (Hrsg.) (1994). Personalpflege. Berlin-München: Quintessenz-Verlag
- KLEPSCH/FUCHS (1998). Entwicklung und Entwicklungsstand amerikanischer und kanadischer Alkohol-Präventionsprogramme. In: FUCHS/RAINER/RUMMEL (Hrsg.) (1998). Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag Angewandte Psychologie
- LANDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.) (1988). Alkohol und Betrieb. Essen: Eigendruck BKK. 2.Aufl.
- LAU-VILLINGER, Doris (1994). Betriebliche Sozialberatung als Führungsaufgabe. Frankfurt a.M.: Verlag der Gesellschaft zur Förderung arbeitsorientierter Forschung und Bildung e.V.
- LENFERS, Henner (1993). Alkohol am Arbeitsplatz – Entscheidungshilfen für Führungskräfte. Berlin: Luchterhand. 2.Aufl.
- MEFFERT, Heribert / BRUHN, Manfred (1995). Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte – Methoden. Wiesbaden: Th. Gabler Verlag.
- NIEDERSÄCHSISCHE LANDESSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN – NLS – (Hrsg.) (1987). Alkohol am Arbeitsplatz. Tagungsbericht. Hannover
- NORD AG BETRIEBLICHE SUCHTPRÄVENTION (NABS) (Hrsg.) (1999). Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und –hilfe – Orientierungshilfen für die betriebliche Praxis. Hamburg/Hannover
- PETSCHLER, Thomas / FUCHS, Reinhard (2000). Betriebswirtschaftliche Kosten- und Nutzenaspekte innerbetrieblicher Alkoholprobleme. In: Sucht aktuell. 7.Jahrg. Nr.1 / Febr.2000. 14ff.

- REIS, C. / SCHULZE-BÖING, M. (Hrsg.) (1998). Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Berlin: Edition Sigma.
- RUMMEL / RAINER / FUCHS (1998). Alkoholprävention – ein Sonderfall in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: BAMBERG / DUCKI / METZ (Hrsg.) (1998). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- RUßLAND, Rita (1988). Suchtverhalten und Arbeitswelt. Frankfurt a.M.: Fischer Verlag
- WIENEMANN, Elisabeth (1999). Entwicklung des Arbeitsfeldes betriebliche Suchtprävention und Bedingungen seiner Professionalisierung. Dissertation. Universität Hannover
- ZIEGLER, H. / BRANDL, G. (1999). Suchtprävention als Führungsaufgabe. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt

Bernd Graefe

Juristische Rahmenbedingungen im Umgang mit Suchtproblemen in der Arbeitswelt

A. Einführung in das Thema

Trotz aller Tabuisierung ist inzwischen weithin bekannt, dass Suchtverhalten nicht nur großes Leid für Betroffene und ihre Familien bedeutet. Als Stör- und Belastungsfaktor hat insbesondere der Alkoholmissbrauch weit über den privaten Bereich hinaus auch in der betrieblichen Praxis eine erhebliche, eher wachsende Bedeutung erlangt. Die deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren geht davon aus, dass 5 % der Beschäftigten in Fabriken und Büros, Behörden, Banken und Kaufhäusern alkoholkrank sind. Diese Beschäftigtengruppe fehlt 16 mal häufiger kurzfristig, wird 2,5 mal häufiger krank und ist 3,5 mal häufiger in Betriebsunfälle verwickelt. Die Entgeltfortzahlungskosten im Krankheitsfall sind bei einem alkoholkranken Mitarbeiter etwa 3 mal höher als bei einem gesunden. Hinzu kommt der nur schwer messbare, auf Alkoholmissbrauch zurückzuführende Leistungsabfall, bedingt durch uneffiziente Arbeitsweise sowie nachlassende Arbeitsqualität und -quantität.

Schon diese wenigen Hinweise mögen die Relevanz der Suchtproblematik im Arbeitsleben verdeutlichen. Demgemäß beschäftigen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit in den letzten Jahren auch zunehmend die Arbeitsgerichte. Im Vordergrund stehen Verfahren um Entgeltfortzahlung sowie Kündigungsschutz- und Haftungsprozesse. Besondere Schwierigkeiten bereitet dabei für die rechtlich entscheidende Frage der Vorwerfbarkeit die Abgrenzung zwischen Alkoholkonsum und alkoholbedingtem Fehlverhalten einerseits sowie Alkoholismus als anerkannte Krankheit andererseits. Aus der zutreffenden Einordnung ergeben sich sowohl im Kündigungsrecht als auch im Recht der Entgeltfortzahlung sowie im Haftungsrecht grundlegend andere Bewertungen und Rechtsfolgen.

Von besonderem Interesse ist auch die gerade in letzter Zeit heftig umstrittene Frage, inwieweit vom Arbeitgeber dem Arbeitnehmer die Möglichkeit einer Therapie einzuräumen ist, ferner welche rechtlichen Schlussfolgerungen bei fehlender Therapiebereitschaft zu ziehen sind. Kann daraus etwa in einem Kündigungsverfahren ein Verschuldensvorwurf im Sinne einer verhaltensbedingten Kündigung hergeleitet werden? Oder ist die fehlende Therapiebereitschaft lediglich als ungünstiges Prognosemerkmal im Rahmen einer personenbedingten Krankheitskündigung zu berücksichtigen?

Immer häufiger stellt sich in arbeitsgerichtlichen Prozessen auch die Frage, wie der Rückfall nach durchgeführten Therapiemaßnahmen zu bewerten ist. Gerade für die existentiell bedeutsamen Bestandsschutzstreitigkeiten ist ein differenzierter Umgang mit dieser Problematik geboten. Die dem Rückfall zugrunde liegenden Ursachen sind auch arbeitsrechtlich sehr viel komplexer und schwieriger zu beurteilen, als sich dies bisweilen in allzu vordergründiger Beurteilung - auch in höchstrichterlichen Entscheidungen - darstellt.

Noch ein weiterer Aspekt verdient der Hervorhebung. Arbeitsgerichtliche Verfahren können naturgemäß nur auf etwas reagieren, was bereits eingetreten ist. Der Schwerpunkt betrieblicher Bemühungen muss indes darin liegen, es gar nicht erst zum Äußersten kommen zu lassen. Es geht also um Prävention. Auch hier stellt das Arbeitsrecht durchaus Hilfsmittel zur Verfügung, die bei der Bewältigung der Probleme hilfreich sein können. An erster Stelle sind die Dienst- oder Betriebsvereinbarungen zu nennen, in denen sowohl Alkoholverbote geregelt als auch sehr differenzierte Stufenpläne im Rahmen der Suchthilfe entwickelt werden können, die gestaltende Elemente von Interventions- und Beratungsgesprächen über konkrete Hilfsangebote, Androhung repressiver Maßnahmen bis zum Ausspruch der Kündigung als ultima ratio enthalten. Aber auch im bereits laufenden Kündigungsschutzprozess gibt es durchaus kreative Gestaltungsmittel im Rahmen eines Prozessvergleichs, die sowohl Elemente eines konstruktiven Leidensdrucks als auch die Option auf Erhalt des Arbeitsplatzes enthalten. Dies kann etwa in der Weise realisiert werden, dass der gekündigte Arbeitnehmer seine uneingeschränkte Therapiebereitschaft bekundet, ihm nach erfolgreich durchgeführter Therapie eine zunächst befristete Wiedereinstellung zugesagt und nach erfolgreichem Verlauf der „Bewährungszeit“ eine unbefristete Weiterbeschäftigung garantiert wird. In sinnvoller Weise werden hier repressive Elemente mit der Möglichkeit, den Arbeitsplatz als verzichtbare Voraussetzung zur Existenzsicherung zu erhalten und damit die Stabilisierung der Lebensverhältnisse zu gewährleisten, kombiniert.

Diese Hinweise mögen zunächst für eine summarische Einführung in die arbeitsrechtlichen Problematiken genügen.

B. Gliederung

Ich werde nunmehr eine Gliederung vorstellen, an der sich die Arbeitsgruppe orientieren kann, wobei es sicherlich - je nach Wünschen der Teilnehmer - sinnvoll ist, Schwerpunkte zu setzen.

- I. Bedeutung von Suchtproblemen in der Arbeitswelt
- II. Alkoholgenuss - Alkoholmissbrauch - Alkoholismus
- III. Alkoholverbote
 1. Gesetzliche Regelungen
 - § 38 Abs. 1 Unfallverhütungsvorschrift
 - § 31 Abs. 2 Satz JArbSchG
 2. Betriebs-/Dienstvereinbarungen
 3. Individualrechtliche Vereinbarungen
 4. Direktionsrecht
- IV. Feststellung der Alkoholisierung
 1. Blutprobe oder Atemmessgerät
 2. Indizien; Beweissicherung durch Zeugen
- V. Begründung des Arbeitsverhältnisses
 1. Offenbarungspflicht des Arbeitnehmers
 2. Fragerecht des Arbeitgebers
 3. Rechtsfolgen bei Verletzung der Offenbarungs- und Wahrheitspflicht
- VI. Arbeitsrechtliche Konsequenzen bei Alkoholmissbrauch
 1. Lohnkürzung
 2. Entgeltfortzahlung
 - a) bei Arbeitsunfähigkeit infolge Alkoholabhängigkeit
 - b) bei alkoholbedingten Arbeitsunfällen
 3. Abmahnung
 - a) alkoholbedingtes Fehlverhalten
 - b) Alkoholsucht

4. Kündigung
 - a) außerdienstlicher Alkoholmissbrauch
 - b) alkoholisiertes Erscheinen am Arbeitsplatz /
Alkoholkonsum während der Arbeitszeit
 - aa) verhaltensbedingte Gründe (vorwerfbare Verstöße gegen ein betriebliches Alkoholverbot oder schuldhaftes Schlecht-, Minder- oder Nichtleistung infolge Alkoholgenusses)
 - bb) personenbedingte Gründe (Alkoholkrankheit)
 - cc) Abgrenzungsprobleme; Bedeutung der Therapiebereitschaft
- VII. Rückfallproblematik
 1. Entgeltfortzahlung
 2. Kündigung
- VIII. Haftungsfragen
- IX. Arbeitsrechtliche Gestaltungsmittel zur Suchtbekämpfung und Prävention

C. Literaturhinweise

Zur Vertiefung des Themas wird auf den **ergänzenden Beitrag von Dr.Reinhard Künzl in diesem Reader** sowie folgende weiterführende Literatur, die durchgängig auch umfangreiche Hinweise auf die einschlägige Judikatur enthält, hingewiesen:

- ADAM: Außerdienstliches Verhalten des Arbeitnehmers als Kündigungsgrund - dargestellt am Beispiel des Alkoholmissbrauches im privaten Bereich -; in: Zeitschrift für Tarifrrecht 1999, S.292 ff;
- BENGELSDORF: Alkohol im Betrieb, Schriftenreihe „Düsseldorfer“, 1997;
- DERS.: Alkohol im Betrieb - Die Aufgaben des Vorgesetzten; in: Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht 1999, S.1304 ff.;
- FLECK-KÖRKEL: Der Rückfall von Alkoholabhängigen im Arbeitsrecht; in: Der Betrieb 1990, S.274 ff.;

- DIES.: Der Rückfall alkoholabhängiger Arbeitnehmer als Kündigungsgrund; in: Betriebs-Berater 1995, S.722 ff.;
- GLAUBITZ: Alkohol im Betrieb in: Betriebs-Berater 1979, S.579 ff.
- GOTTWALD: Verhaltensbedingte Kündigung bei krankhaftem Alkoholismus; in: Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht 1997, 5.635 ff.
- HEMMING: Die alkoholbedingte Kündigung, in: Betriebs-Berater 1998, 5. 1998ff
- v. HOYNINGER-HUENF: Alkoholmissbrauch und Kündigung; in: Der Betrieb 1995, S.142 ff.
- KÜNZL: Alkohol im Betrieb; in: Betriebs-Berater 1993, 51581 ff.
- DERS.: Arbeitsvertragliche Nebenpflicht zur Durchführung einer Alkoholtherapie; in: Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht 1998, S.122 ff.
- DERS.: Verhaltensbedingte Kündigung wegen Alkoholgenusses; in: Arbeit und Recht 1995, S.206 ff.
- DERS.: Alkohol im Betrieb, in: Kasseler Handbuch zum Arbeitsrecht, 2. Auflage, 2000, Bd. 1,2.1 Rdnr. 909ff.
- SCHWAN-ZÖLLER: Alkohol im Betrieb als Kündigungsgrund; in: Zeitschrift für Tarifrecht 1996, S.62 ff..
- WILLEMSSEN/BRUNE: Alkohol und Arbeitsrecht; in: Der Betrieb 1998, 5. 2304ff.

Klaus Leuchter

**Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe im Rahmen
von Klein- und Mittelbetrieben am Beispiel des
Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V.**

Inhalt

1. Vorbemerkung
2. Vereinsgründung
- 2.1 Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V.
- 2.2 Handwerker-Fonds Suchtkrankheit im
Handwerkskammerbezirk Lübeck e.V.
- 2.3 Leistungen durch die Mitgliedschaft
- 3 Handwerker-Arbeitskreise Sucht
- 4 Projekte
- 4.1 Betreuung im Handwerk/Mobilzeit
- 4.2 Arbeitshilfe für Kreishandwerkerschaften
- 4.3 Fort- und Weiterbildungsangebote
- 4.4 Fotomappe Alkohol in der Arbeitswelt
- 4.5 Wanderausstellung/Fotoausstellung
- 4.6 Gläserne Schule
- 5 Ergebnisse der Arbeitsgruppe

1. Vorbemerkung

Bei dem Projekt "Alkohol im Handwerk" handelt es sich um eine von dem Kirchlichen Dienst in der Arbeitswelt Nordelbien (KDA NE) gemeinsam mit der Innungskrankenkasse Schleswig-Holstein ins Leben gerufene ständige Einrichtung, die sich als Ansprechpartner des gesamten schleswig-holsteinischen Handwerks für die Suchtproblematik versteht.

Im Mittelpunkt der Aktivitäten des Projekts "Alkohol im Handwerk" steht der Aufbau einer tragfähigen und kontinuierlich arbeitenden Infrastruktur von und für das Handwerk im Hinblick auf den Umgang mit diesem Problem. KDA und IKK nehmen dabei vor allem die Rolle eines Beraters, Initiators und Förderers von Aktivitäten ein, die zusammen mit anderen, in diesem Bereich besonders qualifizierten Institutionen - wie etwa Suchtberatungsstellen - oder von ehrenamtlichen, ehemals selbst betroffenen Helfern, durchgeführt werden.

2. Vereinsgründung

Nach einer Vorbereitungsphase von zwei Jahren wurde die Idee umgesetzt, einen gemeinnützigen Verein zu gründen, der einen Fonds verwaltet, aus dem Betriebe finanzielle Unterstützung bei stationären Therapien von Beschäftigten erhalten könnten bzw. aus dem der Verdienstaufschlag bei der ersten ambulanten Behandlung erstattet würde.

Am 5. Dezember 1989 wurde der gemeinnützige Verein "Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V." gegründet. Gründungsmitglieder des Vereins waren der Kirchliche Dienst in der Arbeitswelt Nordelbien, die Innungskrankenkasse Flensburg, die Handwerkskammer Flensburg, die Kreishandwerkerschaften Flensburg und Schleswig, die Psychosoziale Beratungsstelle Schleswig und ein selbständiger Schornsteinfegermeister. Später traten dem Verein alle Kreishandwerkerschaften im Handwerkskammerbezirk Flensburg, mehrere Innungen und Handwerksbetriebe, der Bäckerfachverein Flensburg/Schleswig sowie weitere Einrichtungen der Suchthilfe bei. Die Geschäftsführung des Vereins liegt in den Händen des Kirchlichen Dienstes in der Arbeitswelt (KDA NE). Die Arbeit des Vereins wird im folgenden Abschnitt näher dargestellt.

2.1. Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V.

Dem "Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V." gehören neben den oben genannten Gründungsmitgliedern und anderen fördernden Mitgliedern vor allem Handwerksbetriebe an, die durch ihre Mitgliedschaft einen Anspruch auf Beratung und Unterstützung aus dem Vereinsvermögen bei Entwöhnungsbehandlungen von Mitarbeitern erwerben.

Der Verein erhielt bei seiner Gründung eine Startförderung durch das Sozialministerium Schleswig-Holstein. Er finanziert sich einerseits durch Förderbeiträge der Handwerkskammer Flensburg, des KDA, der IKK Schleswig-Holstein, weitere, dem Verein angehörende Institutionen und Handwerksbetriebe und durch Spenden. Handwerksbetriebe, die aufgrund ihrer Mitgliedschaft auch die finanziellen Unterstützungsleistungen des Vereins in Anspruch nehmen können, zahlen einen nach der Betriebsgröße abgestuften Beitrag.

2.2. Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. im Handwerkskammerbezirk Lübeck

Im Jahre 1996 kam es zur Gründung eines lange vorbereiteten zweiten Handwerker-Fonds Suchtkrankheit - nunmehr im Handwerkskammerbezirk Lübeck.

Beide Vereine haben zur Zeit (Anfang 2000) ca. 100 Mitglieder (größtenteils Betriebe und Einrichtungen aus dem Handwerk).

2.3. Leistungen durch die Mitgliedschaft

Mit der Mitgliedschaft im "Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V." und im "Handwerker-Fonds Suchtkrankheit im Handwerkskammerbezirk Lübeck e.V." sind folgende Leistungen verbunden:

- Mitglieder werden beraten, erhalten Informationen über das Suchtproblem am Arbeitsplatz. Die Beratung von Handwerksbetrieben ist ein Schwerpunkt der Arbeit. Betriebe wenden sich an den Fonds mit der Bitte, sie bei der Lösung von Problemen im Umgang mit suchtauffälligen Mitarbeitern zu beraten.

- Mitglieder erhalten finanzielle Unterstützung bei Lohnfortzahlungen während ambulanter und stationärer Therapien von Arbeitnehmern (außer fördernde Mitglieder).
- Mitglieder sind eingebunden in die Aktivitäten der "Handwerkerarbeitskreise Sucht". Das bedeutet, sie können Information und Begleitung auch durch Betroffene in Anspruch nehmen.
- Mitglieder zeigen ihr aktives Interesse an einer handwerksspezifischen Suchtbekämpfung.

3. Handwerkerarbeitskreise Sucht

Bei den durchgeführten Beratungen in den Handwerksbetrieben konnte häufig die Gefühlsebene von Betroffenen nicht erreicht werden. Deshalb entstand die Idee, die Kompetenz von ehemals selbst betroffenen Menschen in die Beratung mit einzubeziehen. Es wurde im September 1991 ein "Handwerkerarbeitskreis Sucht" in Flensburg gegründet, der Beschäftigte und Betriebe in allen Fragen, die mit der Alkoholproblematik zusammenhängen, beraten will.

Das Konzept des "Handwerkerarbeitskreises Sucht" knüpft an das in Großbetrieben bewährte Modell der ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfer an: ehemals selbst betroffene Handwerker, also "trockene" Alkoholiker, arbeiten im Arbeitskreis mit und beraten auf der Grundlage ihrer eigenen Erfahrungen Beschäftigte und Handwerksbetriebe. Diese Beratungen finden in Zusammenarbeit mit professionellen Helfern, also den Mitarbeitern des KDA, dem Sozialen Dienst der IKK oder Suchtberatungsstellen, statt.

Anfang 2000 arbeiten in neun Städten in Schleswig-Holstein (Flensburg, Kiel, Lübeck, Meldorf, Neumünster, Oldenburg, Pinneberg, Ratzeburg, Rendsburg) Handwerkerarbeitskreise an der Suchtproblematik.

4. Projekte

4.1. Betreuung im Handwerk "Mobilzeit" - Integration / Adaption

Vor dem Hintergrund einer Anfrage des Sozialministeriums in Kiel an den "Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V." wurden in Zusammenarbeit mit dem Fachkrankenhaus Nordfriesland GmbH in Bredstedt zwei Projekte entwickelt, in denen es um neue Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zwischen stationärer Therapie und Handwerksbetrieben geht.

4.2. Arbeitshilfe für Kreishandwerkerschaften

Im Juni 1990 wurde durch das Projekt eine Arbeitshilfe für Kreishandwerkerschaften fertiggestellt. Damit wird auf das von den Handwerksorganisationen beklagte Beratungsdefizit reagiert.

Die Arbeitshilfe enthält in Form einer Loseblattsammlung Sachinformationen zum Thema und vor allem regionale Kontaktadressen von Beratungsstellen, Fachkliniken usw.

4.3. Fort- und Weiterbildungsangebote

Auf Initiative und mit Unterstützung des Projektes wurde das Thema Alkoholsucht seit 1991 in Schulungsangebote der Handwerkskammer für Lehrlinge aus den verschiedenen Innungen eingebaut.

Auch bei einer Weiterbildungsmaßnahme für Lehrwerksmeister aus dem Handwerkskammerbezirk Flensburg konnte ein Seminar zum Thema "Alkoholproblem im Handwerk - eine Führungsaufgabe" mit Erfolg durchgeführt werden.

Gemeinsam mit der Suchtberatungsstelle des Diakonischen Amtes Niebüll wurden mehrfach Seminare angeboten, an denen Mitglieder von Selbsthilfegruppen und Handwerker teilnahmen.

Auch in verschiedenen Arbeitskreisen der „Unternehmerfrauen im Handwerk“ fanden Abendseminare statt.

Generell ist das Handwerk aber für Schulungen zum Thema Sucht schwer zugänglich.

4.4. Fotomappe "Alkohol in der Arbeitswelt" mit medienpädagogischer Anleitung

Aus Motiven eines Fotowettbewerbs, den der "Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V." veranstaltet hat (vgl. den folgenden Abschnitt), wurde eine Arbeitsmappe zum Thema "Alkohol in der Arbeitswelt" erstellt, die im Nicol-Verlag erschienen ist. Die Mappe dient der Unterstützung von Gruppenarbeiten und Seminaren und vermittelt Denkanstöße, die einen leichten Einstieg in eine vertiefte Bearbeitung des Themas ermöglichen.

Die Arbeit mit der Fotomappe wird durch eine medienpädagogische Anleitung erleichtert.

4.5. Wanderausstellung/Fotoausstellung

In Zusammenarbeit mit der Zentralstelle für Suchtvorbeugung in der LSSH wurde eine Wanderausstellung aus Fotos eines Wettbewerbs zum Thema "Alkohol in der Arbeitswelt" entwickelt, zu der neben der Landesstelle gegen die Suchtgefahren (LSSH) auch die Leitstelle Sucht am Arbeitsplatz der Landesverwaltungen in Schleswig-Holstein (LSA) als Partner gewonnen werden konnte.

4.6. Gläserne Schule

In Zusammenarbeit mit dem KDA Nordelbien, Arbeitsbereich Handwerk, der IKK Schleswig-Holstein und einer Berufsschule in Schleswig-Holstein wurden im Jahre 1996 342 Schüler über ihre Lebenssituation und ihr Suchtverhalten befragt. Die epidemiologische Befragung wurde durch das *Institut für Suchtprävention und Angewandte Pädagogische Psychologie Kiel* durchgeführt. Die Ergebnisse zur Suchtproblematik bei Auszubildenden

wurden in mehreren Veranstaltungen dem Handwerk und der Berufsschule zur weiteren Bearbeitung vorgestellt.

5. Ergebnis der Arbeitsgruppe

In der Arbeitsgruppe waren ausnahmslos Menschen vertreten, die beruflich im Umfeld der Suchtarbeit tätig sind. Betriebsinhaber oder Führungskräfte, die sich über Handlungsmöglichkeiten informieren wollten, hatten diese Arbeitsgruppe nicht gewählt.

Auf Wunsch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden die Entstehungsgeschichte und die Arbeitsweise des Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. vorgestellt.

Zu den Einzelthemen fanden Diskussionen und Vergleiche mit eigenen betrieblichen Erfahrungen statt.

Abschließend erfolgte eine Prüfung der Möglichkeiten von vernetzter Arbeit und von Kooperationen zur Betreuung von Kleinbetrieben in der Region Oldenburg.

Wolfgang Schmidt / Herbert Wulf

Chancen und Grenzen der Kooperation und Vernetzung zwischen Betrieben und ambulanten bzw. stationären Einrichtungen

Darstellung des Oldenburger Suchthilfeverbundes

Das Diakonische Werk Oldenburg ist Träger ambulanter, stationärer und komplementärer Einrichtungen innerhalb der Suchtkranken- und Gefährdetenhilfe.

Die Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke in den Städten Oldenburg und Wilhelmshaven sowie in den Landkreisen Ammerland, Oldenburg und Wesermarsch bilden mit der Fachklinik „Oldenburger Land“ und der „Dietrich-Bonhoeffer-Klinik“ in Ahlhorn als Einrichtungen des Diakonischen Werkes Oldenburg gemeinsam mit den regionalen Selbsthilfegruppen ein Verbund- bzw. Vernetzungssystem.

In diesem Verbund- und Vernetzungssystem sind ambulante, stationäre und komplementäre Dienste als eigenständige Angebote anzusehen, wobei sie jedoch auch wechselseitig ineinandergreifen und sich aufeinander beziehen.

So kann ein flexibles Beratungs- und Behandlungsangebot, das sich an den individuellen Notwendigkeiten des Hilfesuchenden orientiert, gewährleistet werden.

Zur Bedeutung der Arbeit bzw. des Arbeitsplatzes im Rehabilitationsprozeß

Gerade für den suchtkranken Mitarbeiter ist davon auszugehen, daß er seine persönlichen Probleme, suchtkrankbedingten Verhaltensweisen usw. nicht am Eingangstor des Betriebes zurückläßt, sondern seine gesamte persönliche Problematik mit an den Arbeitsplatz nimmt, und sich dort suchtspezifisch verhält.

Vor diesem Hintergrund bleiben betriebliche Arbeitsabläufe von der Suchterkrankung eines Mitarbeiters nicht verschont, wenn sie nicht in einzelnen Fällen sogar selbst Auslöser für die Suchterkrankung eines Mitarbeiters sind.

Ambulante bzw. stationäre Rehabilitation geht dabei von den folgenden Grundmaximen aus:

- Arbeit ist für Alkoholranke die wichtigste Unterstützung, abstinenz zu leben.
- Arbeit wird als wichtigster Ausdruck sozialer Integration erlebt.
- Erklärtes Ziel ambulanter und stationärer Rehabilitation ist immer der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Arbeitskraft.

Bezug: Arbeitsplatz – Beratungsstelle

Die Beratungsstelle versteht sich als Partner sowohl für den hilfeschenden suchtkranken Mitarbeiter wie auch für den Betrieb selbst, der sich um betriebsbezogene Umgangsformen mit dem Suchtproblem bemüht.

Das betriebsbezogene Angebot der Beratungs- und Behandlungsstelle umfasst:

- Durchführung betriebsinterner Veranstaltungen zur Suchtprävention.
- Beratung und ambulante Behandlung suchtgefährdeter und suchtkranker Betriebsangehöriger durch externe Beratungsstellenmitarbeiter die nicht in das betriebliche Hierarchiesystem eingebunden sind, in enger Zusammenarbeit mit den Betrieben bzw. den betrieblichen Sozialdiensten.
- Vermittlung in stationäre Entwöhnungsbehandlung.
- Beratung bei der Planung innerbetrieblicher Interventionsmöglichkeiten (Dienstvereinbarung, Stufenplan).
- Durchführung von Vorgesetztschulungen.

In der Beratungsstelle wird neben der persönlichen Problemstellung, die zur Kontaktaufnahme geführt hat, die berufliche gegenwärtige Situation thematisiert. In der ambulanten Rehabilitation wird neben den üblichen anamnesti-

schen Erhebungen zur individuellen Therapie eine ausführliche Berufsanamnese und eine Exploration der gegenwärtigen Berufstätigkeit durchgeführt.

Die Beratungsstelle unterscheidet dabei zwischen Klienten / Patienten,

- die sich in einem Arbeitsverhältnis befinden,
- die arbeitslos sind oder deren Arbeitsverhältnisse gekündigt worden sind.

Die folgenden Aspekte werden in der anamnestischen Erhebung (berufsbezogene Anamnese) erhoben oder in der Rehabilitationsbehandlung thematisiert.

Bei Klienten / Patienten mit noch bestehendem Arbeitsverhältnis:

- Schulabschlüsse
- Ausbildungsverhältnisse
- Bisherige Berufsbiografie
- Berufserfahrungen
- Art und Dauer der bisherigen Tätigkeit
- Arbeitsplatzwechsel
- Brüche in der Berufsbiografie
- Arbeitsplatzbeschreibungen
- Arbeitsbelastungen
- betriebliche strukturelle Abhängigkeiten
- Problemanlässe am Arbeitsplatz
- Montagearbeiten
- Umgang mit Gefahrstoffen am Arbeitsplatz
- Umgang mit Suchtmitteln am Arbeitsplatz
- Betriebsinterne "Trinkkulturen"
- Kündigungsandrohungen

Bei Klienten / Patienten ohne Arbeitsplatz:

- Dauer der Arbeitslosigkeit
- Gründe für den Arbeitsplatzverlust
- Kündigungsgründe
- bisherige Berufsbiografie
- Brüche in der Berufsbiografie
- Schulabschlüsse
- Ausbildungsverhältnisse
- Berufserfahrungen
- Persönliche berufliche Wunschvorstellungen, Interessen
- Selbst- bzw. Fremdperspektiven zum Arbeitsmarkt
- Aushilfstätigkeiten
- Fähigkeitsprofil
- Umschulungsperspektiven
- Zeugnisse, Nachweise, „Papiere“
- Fachberatung: Arbeitsamt, Landesversicherungsanstalt
- Bewerbungstrainings

Bezug: Arbeitsplatz – Klinik

Das wichtigste Prognosekriterium in der Behandlung Alkoholkranker ist die Arbeit. Dies ist eine klinische Grundmaxime.

In der Fachklinik wie im Betrieb finden die Patienten einen strukturierten Tages- und Wochenablauf vor. Dies sind wichtige Strukturmerkmale. Sie helfen dem Patienten dabei, abstinent zu leben. So finden Patienten mit einem Arbeitsplatz mit höherer Wahrscheinlichkeit zur Abstinenz, als Patienten ohne Arbeit. Wir erstreben deshalb sowohl beim Eintritt in die Klinik als auch bei der Entlassung aus der klinischen Behandlung die enge Zusammenarbeit mit dem Betrieb. Im letzten Drittel des stationären Aufenthaltes fordern wir daher die Patienten auf, Kontakt zu ihrem Betrieb / dem Vorgesetzten sowie mit den Fachberatern / betrieblichen Sozialdiensten aufzunehmen.

Meist können auf diese Weise Konflikte bereinigt werden und es lassen sich gute Voraussetzungen für einen Neubeginn im Betrieb nach der Entwöhnungsbehandlung schaffen.

Die Klinik hat sich verpflichtet, bereits während des stationären Aufenthaltes mehrfach mit den einweisenden Stellen - dies kann auch eine betriebliche Stelle sein - Kontakt (meist telefonisch) aufzunehmen, um auf der Ebene der professionellen Helfer den Übergang von der Klinik in den Betrieb zu begleiten. Meist klappt dies ganz gut und wird von den beteiligten Personen als hilfreich erlebt.

Auf der anderen Seite bedeutet dies aber auch eine Einschränkung der Autonomiebedürfnisse des Patienten. Der Patient erlebt sich hier „behandelt“. Es kommt zu einer Aktualisierung eines oft vorhandenen Konfliktes zwischen Autonomie und Abhängigkeit, den wir in der Klinik aufarbeiten müssen.

Therapeuten bzw. das Klinikpersonal werden oft kontrollierend, einschränkend, strafend erlebt. Das Widerspruchspaar einschränkend / kontrollierend gegen hilfreich / unterstützend angemessen aufzulösen ist eine wichtige Aufgabe während der stationären Behandlung. Nach der Entlassung kann

dann auf einer tragfähigen Ebene ambulant bzw. im Betrieb weitergearbeitet werden.

Patientenmerkmale / -fähigkeiten und Arbeitsplatz

Patienten aus Betrieben sind in Entwöhnungskliniken als Patienten besonders „beliebt“.

Suchtkranke zeichnen sich häufig durch eine relative Unzuverlässigkeit aus, insbesondere in ihrer „nassen“ Phase. Dies macht oft den Umgang mit Suchtkranken emotional schwierig. Es ist unter anderem oft heftiger Ärger im Spiel. Dies ist bei Patienten aus Betrieben anders. Sie sind geübt, Verabredungen und Abmachungen einzuhalten, sie halten sich an Zeiten, sind verlässlich. Dies alles sind Merkmale, die im Klinikalltag von den Klinikmitarbeitern geschätzt werden.

Diese Patientenmerkmale /-fähigkeiten sind unter anderem Ausdruck von Potentialen, die am Arbeitsplatz erworben werden bzw. erhalten bleiben, die aber bei längerer Arbeitslosigkeit, wie andere kulturelle Errungenschaften auch, verloren gehen können.

Es geht um die Kompetenz bezüglich der sogenannten Ich-Funktionen (Realitätsprüfungsfunktion, Urteilsfunktion, Frustrationstoleranz, Impulskontrolle). Dies sind Eigenschaften, ohne die ein moderner Produktionsprozeß nicht aufrecht erhalten werden kann. In der Klinik geht es oft darum, diese Patientenmerkmale positiv zu entwickeln.

Sozialmedizinische Beurteilung

Entwöhnungsbehandlungen sind Rehabilitationsbehandlungen. Ziel ist der Erhalt oder die Wiederherstellung des Leistungsvermögens.

Es geht um das Leistungsvermögen, mit anderen Worten um die Berufsfähigkeit bzw. Erwerbsfähigkeit, deshalb sind die Leistungsträger für Entwöhnungsmaßnahmen die Rentenversicherungsträger und nicht die Krankenversicherungen. Aus diesem Grunde war schon immer das sozialmedizinische Leistungsbild ein wesentlicher Bestandteil der Dokumentation, insbesondere des Entlassberichtes.

Bezug: Beratungsstelle - Klinik – Beratungsstelle

Die notwendigen institutionellen Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Behandlungsform verlangen eine intensive Zusammenarbeit zwischen Beratungsstelle und Fachklinik, damit diese Schnittstellen nicht zu "Bruchstellen" im Behandlungsablauf werden. Im Verlauf der gesamten Rehabilitation kann durch die Zusammenarbeit im Behandlungsverbund die Kontinuität gewahrt bleiben.

Das gilt besonders im Hinblick auf die notwendige Verknüpfung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation und der daraus sich ergebenden Bezugnahme der Beratungsstelle bzw. der Fachklinik auf die Arbeitsplatzbedingungen des Klienten / Patienten.

Schnittstellen im Behandlungsablauf sind:

- Übergang von einer Beratung in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung
- Übergang von einer ambulanten Rehabilitation in eine stationäre Rehabilitation
- Abschluß einer stationären Rehabilitation mit Überleitung in eine Nachsorgebehandlung

Im Falle einer Vermittlung oder beim Übergang von einer ambulanten in eine stationäre Rehabilitation erfolgt eine Übergabe des „beruflichen Befundes“ und eine Abstimmung über die weiteren berufsbezogenen Zielsetzungen mit dem weiterbehandelnden Mitarbeiter in der Klinik.

Beim Übergang von stationärer in ambulante Nachsorgebehandlung wird im Übergabegespräch der Stand der beruflichen Perspektiven eingehend erörtert unter der Fragestellung:

- Welche berufsrelevanten Aspekte des Suchtverhaltens wurden aufgearbeitet?
- Welche Themenstellungen sind für die Nachsorgephase in beruflicher Hinsicht relevant?

Zukunftsvorstellungen für eine noch engere Verzahnung beruflicher und medizinischer Rehabilitation:

- Gemeinsame, berufsbezogene Indikationsgruppen von ambulanten und stationären Patienten
- Parallelangebot von medizinischer Rehabilitation und beruflichen Förderungsmaßnahmen
- Bereitstellung von Praktikaplätzen in den Betrieben vor Ort.

Diskussionspunkte in der Arbeitsgruppe

- Wie können ambulante und stationäre Behandlungsabläufe noch besser unter berufsrehabilitativen Gesichtspunkten modifiziert und optimiert werden?
- Im Sinne eines Case-Management wäre es sinnvoll, wenn jemand den Patienten im Gesamtablauf (Betrieb – Behandlung – Betrieb oder: Arbeitslosigkeit – Behandlung – Neuer Arbeitsplatz) begleitet.
- Betriebliche Umfeldler und Rahmenbedingungen sind relativ schwer zu verändern
- Wenn Patienten erst einmal im Suchthilfesystem „angedockt“ haben, ist der weitere Verlauf in der Regel klar und problemlos. Angesichts der Tatsache, daß aber nur ca. 5% der behandlungsbedürftigen Suchtkranken von diesem Suchthilfesystem aufgefangen werden stellt sich die Frage, wie noch frühzeitiger auch in betrieblicher Hinsicht präventiv interveniert werden kann?
- Auch bei einem prognostisch günstigen Rehabilitationsverlauf darf nicht übersehen werden, daß sich im Zuge fortschreitender Rationalisierungen Arbeitsfelder zunehmend verdichten und u.U. ganz wegfallen.

Waltraud Schäfer

Betriebliche Suchtprävention aus der Sicht von Betriebs- und Personalräten

Wenn wir über betriebliche Suchtprävention aus Sicht der Betriebs- und Personalräte diskutieren und arbeiten wollen, sollten wir dies in 3 Stufen tun:

1. Den Ist-Zustand beleuchten
2. Die Problemfelder aufzeigen
3. über Perspektiven reden

Der Ist-Zustand sieht so aus, dass seit nunmehr ca. zwei Jahrzehnten in Deutschland aktive Suchtprävention im Bereich der Alkoholproblematik in den Betrieben praktiziert und thematisiert wird. Mit unterschiedlichsten Vorgehensweisen.

In den letzten ca. 5 Jahren ist der gesamte Bereich der „illegalen Drogen“ hinzugekommen.

Im Gegensatz zur Alkoholproblematik gestaltet sich hier die betriebliche Präventionsarbeit weitaus schwieriger.

Sachlage ist, dass zwischenzeitlich etwa jede/r siebte ArbeitnehmerIn massive Alkoholprobleme hat.

Bei den illegalen Drogen wissen wir lediglich, dass ca. 2,1 Millionen Menschen sogenannte „weiche Drogen“ konsumieren und an die 300.000 Menschen von sogenannten „harten Drogen“ abhängig sind.

In vielen Betrieben - insbesondere Großbetrieben - funktioniert die Präventionsarbeit vorbildlich. Hier erkennt man auch sofort, dass Betriebs- und Personalräte voll dahinter stehen und diese wichtige Arbeit aktiv unterstützen.

Vorteilhaft ist natürlich, wenn Betriebe Sozial- oder Suchtberater haben, die sich dieser Aufgabe ausführlich widmen können.

Trotzdem müssen wir uns von dem Gedanken frei machen, dass allein durch gezielte Präventivmaßnahmen Abhängigkeit grundsätzlich verhindert werden kann.

Die Erfahrung zeigt aber:

- dort, wo präventiv gearbeitet wird, gibt es in der Regel auch Suchtbetriebsvereinbarungen. Diese regeln gezielt die Vorgehensweise mit abhängig Erkrankten.

Übergreifendes Ziel nahezu aller entstandenen betrieblichen Alkohol- und Suchtpräventionsprogramme war und ist es allerdings, mit Alkoholkonsum verbundene Probleme wie

- Leistungsminderung,
- Arbeitspflichtverletzungen,
- Fehlzeiten,
- Unfälle,
- Reibungsverluste durch innerbetriebliche Auseinandersetzung um Einzelfälle

offensiv anzugehen und einer Lösung zuzuführen.

Gleichzeitig werden Präventionsprogramme als Bestandteil betrieblicher Fürsorge für MitarbeiterInnen mit psychosozialen Problemen verstanden.

Durch aktive Hilfestellung und Präventivmaßnahmen sollen die MitarbeiterInnen vor gesundheitlichen Schäden bewahrt werden.

Ich möchte jedoch ausdrücklich darauf hinweisen, dass es aber auch eine Anzahl von Betrieben gibt, wo Präventionsarbeit ohne Betriebsvereinbarung durchaus funktioniert.

Gleichzeitig darf aber nicht unerwähnt bleiben wo sich Problemfelder auf tun.

Gerade in den letzten 2 Jahren mache ich immer wieder die Erfahrung, dass neben den Unternehmensleitungen auch ein Teil der Betriebs- und Personalräte sinnvolle Suchtpräventionsarbeit blockieren.

Dies hat bei Betriebs- und Personalräten sehr unterschiedliche Gründe.

Zum einen werden andere, „wichtigere“ betriebliche Schwierigkeiten angeführt, die es zu bearbeiten gilt; zum anderen wird die Suchtproblematik total verharmlost.

Hierbei unterstelle ich nicht grundsätzlich Nachlässigkeit oder gar Boshaftigkeit, viel eher drängt sich mir der Eindruck auf, dass durch Unkenntnis und Hemmungen dieses unbequeme Thema außen vor gelassen wird. Anstatt die weitreichenden Mitbestimmungsrechte aus Betriebsverfassungs- und Personalvertretungsgesetz auszunutzen, wird lieber der Kopf in den Sand gesteckt.

Es bedeutet aber, dass indirekt die derzeit teilweise menschenverachtende - aber weitverbreitete - Betriebs- und Personalpolitik vieler Unternehmen unterstützt wird. Es ist momentan ein Trend erkennbar, dass viele Arbeitgeber wieder dazu übergehen möchten, unbequem gewordene Betriebsangehörige so schnell wie möglich loszuwerden. Dies ist ersichtlich an den vielen Aufhebungsverträgen, die geschlossen werden, wo ja bekanntlich Betriebs- und Personalräte außen vor sind. Aber auch daran, dass in vielen Betrieben versucht wird, allein durch ein absolutes Alkoholverbot das Problem und die Vorgehensweise zu regeln. Gerade in einer Zeit der Massenarbeitslosigkeit, der ständigen Umstrukturierungen und den Drucksituationen in den Betrieben ein durchaus angstmachendes Mittel.

Dem gilt es entschieden entgegen zu wirken.

Ich hatte bereits erwähnt, dass zwischenzeitlich verstärkt das Problem der illegalen Drogen in den Unternehmen eine große Rolle spielt. Hier stelle ich immer wieder fest, dass Personal- und Betriebsräte total überreagieren. Geschäftsleitungen einschließlich ihrer Betriebsärzte wollen diesen Problemen durch gezielte Testmaßnahmen begegnen. Und Betriebs- und Personalräte unterstützen dies oftmals aus Unkenntnis und Hilflosigkeit heraus.

Durch dieses Verhalten tragen sie aber mit dazu bei, dass Auswahlverfahren und Diskriminierungen stattfinden können.

Ich denke, dass gerade hier noch ein großes Stück Arbeit in Bezug auf Präventionsmaßnahmen vor uns liegt.

Allerdings gibt es auch hierzu bereits eine große Anzahl von Positivbeispielen.

Unsere gemeinsame Aufgabe hier und heute sollte es sein, Suchtprävention wieder als originäre Aufgabe von Betriebs- und Personalräten in den Vordergrund zu rücken.

Das bedeutet aber gleichzeitig, auch die Geschäfts- und Firmenleitungen davon zu überzeugen, dass sich diese Arbeit lohnt. Vor allem, dass diese Arbeit nur dann geleistet werden kann, wenn alle Seiten im Betrieb sich aktiv daran beteiligen.

Mein Vorschlag wäre deshalb, herauszuarbeiten:

- Was läuft gut? - Was hemmt? - Was fördert?
- Und perspektivisch gesehen:
- Was wollen wir verändern?
- Was oder wen brauchen wir dazu?
- Wer müßte was tun?

Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Bestandsaufnahme – Ist-Zustand und Problemfelder

1. Was läuft gut?

Es wird übereinstimmend festgestellt, dass mit einer Ausnahme so gut wie gar nichts „gut“ läuft.

2. Was hemmt?

Fehlendes Bewusstsein und Hilflosigkeit. Leider wird Suchtarbeit von Seiten vieler Geschäftsleitungen immer noch am Geld festgemacht.

3. Was fördert?

Fördernd wäre unter allen Umständen die Zusammenarbeit aller maßgeblichen Stellen (Vernetzung).

Perspektiven

1. Was wollen wir verändern?

Es muss mehr sensibilisiert und enttabuisiert werden. Die Suchtproblematik muss im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zum wichtigen Thema gemacht werden.

Dazu gehört: Die betrieblichen Situationen genau unter die Lupe zu nehmen. Hierzu gehört auf alle Fälle, die Arbeitsbedingungen menschlicher zu gestalten, die Drucksituationen zu vermindern und den kontinuierlichen Arbeitsplatzabbau zu stoppen.

2. Was/wen brauchen wir dazu?

Betriebs- und Dienstvereinbarungen sind dringend anzustreben. ‚Fachleute‘ sind hierbei unbedingt mit heranzuziehen.

Betriebs- und Personalräte sind wichtig für die tatkräftige Unterstützung dieser Vorgehensweise.

3. Wer müsste was tun?

Betriebs- und Personalräte müssen in Personal- und Betriebsversammlungen „Sucht“ zum Thema machen. Es muss Öffentlichkeit hergestellt werden.

Entsprechende Schulungen – auch für Vorgesetzte – sind unabdingbar.

Oberste Priorität hat die Zusammenarbeit aller maßgeblichen Stellen im Betrieb. Von der Geschäftsleitung über die weisungsbefugten Vorgesetzten, Betriebs- und Personalräte, Betriebsärzte, Sozialbetreuer, Sicherheitsfachkräfte, betriebliche Suchtkrankenhelfer bis hin zu örtlichen Beratungsstellen und Suchtfachkliniken.

Dr. Reinhard Künzl

**Alkohol im Betrieb – Juristische Aspekte zu
Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und Alkoholismus
in der Arbeitswelt**

**Auszug aus Handbuch zum Arbeitsrecht (HzA) Gruppe 1,
Teilbereich 5, RZ. 1833-1929 (Stand 8/99), Luchterhand Verlag,
Neuwied¹**

Alkohol im Betrieb

Einleitung

I. Allgemeine Fragen

1. Alkoholverbote
2. Alkoholkonsum und Alkoholismus

II. Alkohol und Einstellung

1. Offenbarungspflicht des Arbeitnehmers
2. Fragerecht des Arbeitgebers
3. Untersuchung
4. Folge der Verletzung der Offenbarungs- oder Wahrheitspflicht

III. Pflichten des Arbeitgebers im Arbeitsverhältnis

1. Vorsorgemaßnahmen
2. Sicherungsmaßnahmen
3. Feststellung der Alkoholisierung

IV. Arbeitsrechtliche Konsequenzen

1. Lohnminderung

¹ Mit Dank für die Genehmigung des Abdrucks an den Autor Herrn Dr.Reinhard Künzl und den Hermann Luchterhand Verlag, Neuwied

2. Ausschluß der Lohnfortzahlung
3. Abmahnung
 - a. Alkoholbedingtes Fehlverhalten
 - b. Alkoholsucht
4. Kündigung
 - a. Das Arbeitsverhältnis nicht berührender Alkoholgenuß
 - b. Alkoholgenuß während der Arbeit
 - aa. Verhaltensbedingte Kündigung
 - bb. Personenbedingte Kündigung
 - cc. Konkurrenz zwischen verhaltens- und personenbedingter Kündigung

V. **Haftungsfragen**

1. Haftung des Arbeitnehmers
 - a. Gegenüber dem Arbeitgeber
 - b. Gegenüber Mitarbeitern
 - c. Gegenüber Dritten
2. Haftung des Arbeitgebers
 - a. Gegenüber dem betrunkenen Arbeitnehmer
 - b. Gegenüber Mitarbeitern
 - c. Gegenüber Dritten
3. Versicherungsschutz / Regreß

VI. **Folgerungen für die Praxis**

Die „Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“ schätzte 1980 die Zahl alkoholabhängiger Arbeitnehmer auf immerhin 5-10 % (vgl. *Bengelsdorf in: Spiegelhalter „Alkohol“ I*), Zahlen die seither nicht geringer geworden sind. Betroffen sind alle Berufsgruppen; so wird etwa bei 5-7 % der Piloten (!) Alkoholabhängigkeit oder Alkoholgefährdung angenommen (*Lepke Kündigung bei Krankheit C V S 126*). Folgen des Alkoholkonsums, privat oder während der Arbeitszeit, zeigen sich im Arbeitsergebnis, aber auch in der „Arbeitsmoral“; die Qualität der Arbeitsleistung wird regelmäßig beeinträchtigt, die Zuverlässigkeit und Einsatzbereitschaft des Arbeitnehmers macht Gleichgültigkeit und Passivität Platz. Dazu kommt häufig eine mehr oder minder starke Aggressivität gegenüber den Mitarbeitern, die sich negativ auf das Betriebsklima auswirkt. Schließlich sind teils erhebliche Ausfallzeiten

wegen Alkoholkonsums zu nennen. Hier spricht die Hauptstelle von Lohnfortzahlungen in Höhe von ca. 25 % des jeweiligen Entgelts.

Für das Arbeitsverhältnis sind dabei insbesondere nachfolgende Fragen von Bedeutung:

- Kann der Einstellende - ggf. wie - eine bestehende Alkoholkrankheit eines Stellenbewerbers ermitteln?
- Kann eine alkoholische Vorbelastung (*häufiges Trinken oder überwundene Sucht*) – ggf. wie - erfragt werden?
- Ist es möglich, den Genuß alkoholischer Getränke unmittelbar vor oder während der Arbeitszeit zu untersagen?
- Welche Handlungsmöglichkeiten und -pflichten bestehen für den Arbeitgeber, wenn ein Arbeitnehmer betrunken zur Arbeit erscheint oder sich während der Arbeit betrinkt?
 - Wie kann eine vermutete Alkoholisierung ermittelt werden? Welche Zahlungen fallen bei alkoholbedingtem Ausfall der Arbeitskraft an?
 - Welche Möglichkeiten bestehen im Hinblick auf die Beendigung des Arbeitsverhältnisses?
- Welche Haftungsfragen treten bei alkoholbedingten Schäden für den Arbeitnehmer und für den Arbeitgeber auf?

Zur Beantwortung dieser Fragen ist die „Qualität des Trinkens“ und die Frage, ob eine Alkoholkrankheit oder Alkoholmißbrauch gegeben ist, zu sehen. Ferner ist zu prüfen, inwieweit ein Alkoholverbot im Betrieb besteht.

I. Allgemeine Fragen

1. Alkoholverbote

In den Betrieben besteht im allgemeinen **kein absolutes Alkoholverbot**, weder gesetzlich, noch auf Grund von Unfallverhütungsvorschriften. Ein Arbeitnehmer ist auch wegen einer arbeitsvertraglichen Nebenpflicht nicht gehalten, jeglichen Alkoholgenuß während der Arbeitszeit zu unterlassen (*BAG 23.09.1986 BB 1987, 548; Künzl BB 1993, 1581*).

Soweit § 38 Abs. 1 Unfallverhütungsvorschrift „Allgemeine Vorschriften“ (VBG 1) einem Arbeitnehmer untersagt, sich in einen Zustand zu versetzen, in dem er sich oder andere gefährden kann, liegt darin nur ein relatives Alkoholverbot (*BAG 23.09.1986 BB 1987, 548; LAG Schleswig-Holstein*

28.11.1988 DB 1989, 630). Je nach der Art der Tätigkeit kann bereits der Genuß geringerer Mengen Alkohols untersagt sein (z.B. bei einem Kraftfahrer); dementsprechend hat das BAG bei einem Kraftfahrer den Genuß eines Glases 48%igen Zwetschgenschmapses noch als unschädlich angesehen, soweit dadurch die Fahrtüchtigkeit nicht beeinträchtigt ist (23.09.1986 a.a.O.). Gleiches gilt nach der arbeitsvertraglichen Nebenpflicht: Auch danach darf sich ein Arbeitnehmer nicht durch Genuß alkoholischer Getränke vor oder während der Arbeitszeit in einen Zustand versetzen, der eine ordnungsgemäße Arbeitsleistung nicht mehr zuläßt (**relatives Alkoholverbot**). Generelle Grenzwerte gibt es nicht; sofern für bestimmte Tätigkeiten Blutalkoholgrenzwerte aufgestellt sind, gelten diese auch im Rahmen des Arbeitsverhältnisses (v. Hoyningen-Huene DB 1995, 142 [143]). Danach sind für Kraftfahrer die Richtwerte von 0,5 ‰ (§ 24 a StVG) bzw. 1,1 ‰. (BGH 28.06.1990 BGHSt 37, 89; zur Verfassungsgemäßheit dieser neuen Grenze der absoluten Fahrtüchtigkeit vgl. BVerfG 27.6.1994 NJW 1995, .125, §§ 315 c Abs.1 Nr.1a, 316 StGB) zu beachten. Für Radfahrer gilt ein Grenzwert von 1,5 ‰. (§§ 315 c Abs. 1 Nr. 1a, § 316 StGB; Dreher/Tröndle StGB 46. Aufl.1993 § 316 Rz. 6; v. Hoyningen-Huene, DB 1995, 142 (143) m.w.N.).

Allein § 31 Abs. 2 S 2 JArbSchG regelt für **jugendliche Arbeitnehmer** ein absolutes Alkoholverbot. Der Arbeitgeber darf unter 16-jährigen Arbeitnehmern keine alkoholischen Getränke, unter 18jährigen keinen Branntwein abgeben. Er muß ferner sicherstellen, daß Jugendliche sich nicht aus einem etwa vorhandenen Getränkeautomaten bedienen. Zudem kann ausnahmsweise ein absolutes Alkoholverbot nach den UVV bestimmter Branchen bestehen. Ein solches ist nach § 5 VBG 64 für das Bewachungsgewerbe und in § 16 Abs. 2 VBG 81 (*Verarbeitung von Klebstoffen*) statuiert.

Darüber hinaus kann einem Teil oder allen Arbeitnehmern im Wege einer **Betriebsvereinbarung** nach § 87 Abs. 1 Nr.1 BetrVG der Alkoholgenuß untersagt werden (BAG 23.09.1986 BB 1987, 548); diese gilt unmittelbar und zwingend (§ 77 Abs. 4 Satz 1 BetrVG) für alle Beschäftigten. Die Überwachung der Einhaltung des Alkoholverbotes obliegt dem Arbeitgeber (§ 77 Abs. 1 BetrVG).

Eine **einzelvertragliche Vereinbarung** eines Alkoholverbotes kommt nur in betriebsratslosen Betrieben in Betracht. Dabei hat der Arbeitgeber aber das Gleichbehandlungsgebot zu beachten und darf nicht ohne Sachgründe einzelne belasten oder vom Verbot ausnehmen. Statthaft ist es, ein Verbot

nur mit (allen) Kraftfahrern oder Staplerfahrern zu treffen (*Olderog in: Hromadka Krankheit im Arbeitsverhältnis S 63 [64]*).

2. Alkoholkonsum und Alkoholismus

Von den Fällen, da ein Arbeitnehmer gerne Alkohol zu sich nimmt ist die Alkoholsucht zu unterscheiden. Bei bloßem Alkoholkonsum liegt ein willensgesteuertes Verhalten des Arbeitnehmers vor, während der Alkoholsucht Krankheitswert zukommt (vgl. *BAG 27.05.1992 EzA § 1 LohnFG Nr.123*).

Alkoholismus stellt ein exzessives Trinken dar, wenn die Abhängigkeit der Trinker „vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodrome einer solchen Entwicklung zeigen.“ Es ist eine Zustandsveränderung des subjektiven Befindens gegeben, wobei die pathologischen Trinkmuster unter anderem in einem Verlust der Kontrolle über Alkohol, der Unfähigkeit, das Trinken einzuschränken oder einzustellen und dem Aufstellen von Trinksystemen liegen (*Feuerlein Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit S 7*). Alkoholismus ist als Krankheit anerkannt (*Feuerlein a.a.O. S 8; BAG 01.06.1983 EzA § 1 LohnFG Nr.69 (sub II 2); BAG 27.05.1992 a.a.O.; eb. KR/Etzel § 1 KSchG Rz. 309; Künzl BB 1993, 1581*), selbst dann, wenn die physische Abhängigkeit nach einer Therapie aufgehoben ist. Die psychische Abhängigkeit, also die Lust der Einnahme von Suchtmitteln mit der Folge nachfolgenden Kontrollverlustes, besteht in jedem Fall fort (*BAG 01.06.1983 a.a O.*).

Ein Alkoholiker, dessen Arbeitsfähigkeit hierwegen beeinträchtigt ist,

- kann nur **personenbedingt** gekündigt werden, da er wegen der Sucht sein Verhalten nicht steuern kann. Insbesondere stellt die fehlende Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft kein Fehlverhalten dar (*Künzl NZA 1998, 122; a.M. Gottwald NZA 1997, 635; KR/Etzel §1 Rz. 444*). Eine verhaltensbedingte Kündigung kommt nur in Betracht, wenn ein von der Krankheit unabhängiges Fehlverhalten vorliegt.
- kommt grundsätzlich in den Genuß von Entgeltfortzahlung, sofern die Krankheit - wie üblich - nicht selbst verschuldet ist (*BAG 27.05.1992 EzA § 1 LohnFG Nr.123*).

II. Alkohol und Einstellung

Der Arbeitgeber wird daher im Interesse der Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer bestrebt sein, keine alkoholisch vorbelasteten Bewerber einzustellen. Um derartige Probleme zu eruieren, bieten sich drei Wege:

- Zum einen ist an eine **Offenbarungspflicht** des Stellenbewerbers über Alkoholprobleme zu denken.
- Daneben besteht ein **Fragerecht** des Arbeitgebers.
- Schließlich bleibt die Möglichkeit einer **Einstellungsuntersuchung**, bei der Aufschlüsse über das Trinkverhalten zu erwarten sind.

1. Offenbarungspflicht des Arbeitnehmers

Der Stellenbewerber muß von sich aus alles mitteilen, was schon aus seiner Sicht einem störungsfreien Vertragsverhältnis entgegensteht (*Einzelheiten Rz 1070/7*). Dazu rechnet auch eine **bestehende** Alkoholerkrankung.

Die Grenzen sind bei Alkoholsucht fließend. Deren Vorliegen ist nicht allgemein eindeutig feststellbar. Bei Alkoholismus sind im Übergang nicht klar voneinander zu trennende Stadien der Erkrankung zu unterscheiden:

- die symptomatische, präalkoholische Phase, in der bereits einzelne be-
lohnende Effekte des Alkohols erfahren werden;
- das Anfangsstadium (*Prodromalphase; gelegentliches Trinken*),
- das Gefährdungsstadium (*bestehende Alkoholprobleme*) und
- das chronisches Stadium (*vorliegende Sucht*) (vgl. *Feuerlein a.a.O. S 157*).

Eine **bestehende** Alkoholerkrankung berührt in aller Regel die geschuldete Arbeitsleistung, weswegen die Offenbarungspflicht angenommen werden kann. Allerdings wird der Kranke häufig das Vorliegen der Sucht nicht einsehen (wollen). Von daher ist wohl nur in den seltensten Fällen eine offene Antwort zu erwarten.

Früher bestandene Alkoholprobleme müssen nicht von sich aus mitgeteilt werden. Hat der Stellenbewerber seine Krankheit überwunden, wird das Arbeitsverhältnis nicht mehr berührt. Wann die Alkoholkrankheit überwunden ist, kann allerdings nicht immer eindeutig beantwortet werden. Suchterkrankungen sind grundsätzlich nicht ausheilbar. Die Rückfallquote bei Alkoholsucht ist hoch; daher kann in den Fällen, da die Sucht erst kurze Zeit (*wenige Wochen oder erst einige wenige Monate*) „überwunden“ ist, noch nicht von überwundenen Alkoholproblemen gesprochen werden (*zutr. BAG 27.05.1992 EzA § 1 LohnFG Nr. 123*).

Schließlich ist immer die Sozialprognose des Arztes zu berücksichtigen. Beruht die Alkoholsucht auf privaten Problemen des einzelnen (*Problemtrinker*), wird die Prognose auch bei erst kurzzeitig überwundener Sucht und ausgeräumten Suchtursachen positiver ausfallen, als etwa bei einem Gewohnheitstrinker.

2. Fragerecht des Arbeitgebers

Im allgemeinen ist der Arbeitgeber bei der Einstellung auf sein Fragerecht angewiesen, für das Arbeitsverhältnis wesentliche Umstände in der Person des Stellenbewerbers zu erfahren (*zum Fragerecht allgemein vgl. Rz. 1070/11 ff; 1070/23ff*). Dabei spielt es keine Rolle, ob die Fragen schriftlich oder mündlich vorgelegt werden. Erhebt der Arbeitgeber systematisch Informationen, ist aber ein **Beteiligungsrecht des Betriebsrats nach § 94 Abs. 1 BetrVG** zu beachten (*vgl. GK/Kraft § 94 BetrVG Rz. 8, 11; Rz. 1070/62ff*).

Eine Frage nach gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie auch nach einer **bestehenden Alkoholkrankheit** kann zulässigerweise gestellt werden. Der Arbeitgeber hat ein berechtigtes Interesse an einer wahrheitsgemäßen Antwort, da die Einsatzmöglichkeit des Arbeitnehmers wegen der Suchterkrankung ggf. beschränkt und mit erheblichen Ausfallzeiten zu rechnen ist (*zu Ausfallzeiten vgl. BAG 07.06.1984 EzA § 123 BGB Nr.24*). (**Unbehandelte**) **Sucht neigt zur Eskalation**; mit zunehmender Dauer des Arbeitsverhältnisses sind regelmäßig auch sich mehr und mehr manifestierende Störungen zu erwarten.

Fragen nach einer **überwundenen Sucherkrankung** sind unzulässig. Diese zeitigt in der Gegenwart keine Folgen, weswegen auch keine Störungen des Arbeitsverhältnisses, die auszuschließen das Fragerecht erstrebt, zu erwarten sind. Zur Frage der überwundenen Sucht *vgl. o. Rz. 1847-1850*.

Unzulässig sind auch Fragen nach **bestehenden Trinkgewohnheiten**. Der Rechtskreis des Arbeitgebers wird davon nicht berührt, wann, wie oft und welche Alkoholika ein Arbeitnehmer in seiner Freizeit zu sich nimmt, solange dieser zu Arbeitsbeginn in arbeitsfähigem Zustand erscheint. Der Erkenntniswert der Befragung für das Arbeitsverhältnis ist zudem zweifelhaft. Aus Art und Umfang des Alkoholgenusses können nur in Ausnahmefällen Rückschlüsse auf das Arbeitsverhalten und die Arbeitsbereitschaft des Arbeitnehmers gezogen werden (*Künzl BB 1993, 1581 [1583]*). Deshalb ist auch ein weitergehendes Fragerecht nach Trinkgewohnheiten bei gefährlichen Tätigkeiten zu bezweifeln.

3. Untersuchung

Der Stellenbewerber ist **nicht verpflichtet, sich** bei oder vor der Einstellung **einer Alkoholkontrolle oder einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen**, sofern nicht anderes z.B. in Gesetzen, Verordnungen oder Unfallverhütungsvorschriften bestimmt ist (z.B. Lebensmittel-, Gaststättenbereich). Die Untersuchung z.B. auf erhöhte Leber- oder Blutfettwerte stellt, wie auch eine bloße Alkoholkontrolle, einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar und kann nur mit dessen Einwilligung erfolgen. Wegen des Interesses am Zustandekommen eines Arbeitsverhältnisses wird der Stellenbewerber aber in aller Regel mit der Untersuchung durch einen unabhängigen Arzt oder einen Werksarzt einverstanden sein. In diesem Fall darf der Arzt aber keine Fragen an den Arbeitnehmer stellen, die der Arbeitgeber nicht vorlegen dürfte (*LAG Düsseldorf 30.08.1971 LAGE §123 BGB Nr.1*).

Der Arzt, auch der Werksarzt (§ 8 Abs. 1 Satz 2 ASiG), unterliegt der **Schweigepflicht**. Stellt er anlässlich der Untersuchung bestimmte Umstände fest, darf er diese nicht an den Arbeitgeber offen oder verschlüsselt weitergeben, ohne daß der Untersuchte damit einverstanden ist (*Künzl BB 1993, 1581 [1583]*).

Beispiel:

Der Stellenbewerber ist mit einer werksärztlichen Untersuchung einverstanden, um zu klären, ob er körperlich den Belastungen des Arbeitsplatzes, für den er sich beworben hat, gewachsen ist. Der Werksarzt kommt zum Ergebnis, daß die körperliche Eignung gegeben ist, stellt allerdings auch fest, daß die Leberwerte des Bewerbers deutlich überhöht sind, ohne aber Anhaltspunkte für eine Alkoholkrankheit feststellen zu können. Diese weiteren Feststellungen darf der Werksarzt nun weder offen, neben der Mitteilung der körperlichen Eignung, noch verschlüsselt – etwa so, der Stellenbewerber sei nicht oder nur bedingt geeignet - dem Arbeitgeber mitteilen.

4. Folge der Verletzung der Offenbarungs- oder Wahrheitspflicht

Der Arbeitgeber kann einen abgeschlossenen Arbeitsvertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten (*vgl. dazu Rz. 1070/65ff*).

III. Pflichten des Arbeitgebers im Arbeitsverhältnis

1. Vorsorgemaßnahmen

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den einzelnen Arbeitnehmer, wie die Belegschaft insgesamt, im Rahmen betrieblicher Möglichkeiten, vor alkoholbedingten Gefahren und Schäden zu bewahren. Insbesondere an neuralgischen, besonders gefahrträchtigen Arbeitsplätzen, muß er den Alkoholkonsum soweit als möglich ausschließen. Dies kann durch

- immer wieder erfolgende **Aufklärung** über Unfallgefahren und Unfallverhütungsvorschriften,
- **Zur-Verfügung-Stellen alkoholfreier Getränke** oder
- durch Abschluß eines **Betriebsvereinbarung über ein Alkoholverbot** erfolgen.

2. Sicherungsmaßnahmen

Besteht auf Grund der Alkoholisierung eines Arbeitnehmers eine Gefahr für diesen oder für andere Mitarbeiter, darf dieser **nicht mehr beschäftigt** werden. § 38 Abs. 2 VBG 1 enthält insoweit ein **absolutes Beschäftigungsverbot** (*BAG 23.08.1986 EzA § 87 BetrVG Betriebliche Ordnung Nr.12; LAG Schleswig-Holstein 28.11.1988 DB 1989, 630*). Der Arbeitgeber kann dann (abstrakt)

- **weniger gefährliche Arbeiten zuweisen**. Unbeschadet der Frage, ob solche Arbeiten arbeitsvertraglich geschuldet sind, handelt es sich aber eher um eine theoretische Möglichkeit. Eine Aussage über die Gefährlichkeit einer Aufgabe kann in aller Regel nur bei (regelmäßig) nicht gegebener Kenntnis von der individuellen Alkoholverträglichkeit und des Grades der Alkoholisierung getroffen werden.
- bei entsprechenden räumlichen Voraussetzungen den Arbeitnehmer **ausnüchtern**. Diese Möglichkeit dürfte aber ebenso, wie die vorstehende, aus denselben Gründen auch nur theoretischer Natur sein.
- für die **Sicherheit des Heimweges** des Arbeitnehmers sorgen, was erfolgen kann durch
 - Benachrichtigung Angehöriger,
 - Bestellen eines Taxis oder
 - Heimfahren des Arbeitnehmers.

Bei schweren Ausfallerscheinungen ist ggf. eine Einlieferung ins **Krankenhaus** zu veranlassen; bei Widersetzlichkeit des Arbeitnehmers kann die **Polizei** benachrichtigt werden.

Die Verantwortlichkeit des Arbeitgebers oder Vorgesetzten endet nicht am Eingang oder Werkstor. Überläßt er den Arbeitnehmer sich selbst, kann er sich ggf. auch strafrechtlich verantwortlich machen.

Beispiel:

Der Arbeitgeber entfernt einen erkennbar betrunkenen Arbeitnehmer von seinem Arbeitsplatz. Er führt ihn zum Betriebstor und schärft ihm ein, nach Hause zu gehen. Auf dem Heimweg fällt der Arbeitnehmer infolge der Alkoholisierung vom Bürgersteig auf die Fahrbahn und wird von einem Auto erfaßt.

Der Arbeitgeber ist hier seiner Verpflichtung, für die Sicherheit des Arbeitnehmers zu sorgen, nicht nachgekommen. Er haftet für den aus dem Unfall entstandenen Schaden. Ggf. kann er auch strafrechtlich wegen Aussetzung (§ 221 StGB) und fahrlässiger Körperverletzung (§ 229 StGB) oder - bei Tod des Arbeitnehmers - fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) zur Verantwortung gezogen werden.

In jedem Fall ist ein erkennbar betrunkenen Arbeitnehmer **von der Benutzung seines Kraftfahrzeuges oder auch nur Fahrrades abzuhalten**. Dies gilt nicht nur, wenn dem Arbeitgeber/Vorgesetzten die Trunkenheit bereits während der Arbeitszeit auffällt, sondern auch nach Feierabend. Entstehende Kosten (Telefonate; Taxi; Begleitperson) hat der Angetrunkene zu erstatten

3. Feststellung der Alkoholisierung

Im Streitfall muß der Arbeitgeber die Trunkenheit des Arbeitnehmers darlegen und beweisen (*BAG 01.06.1983 EzA § 1 LohnFG Nr.69*). Eine objektive Feststellung der Alkoholisierung (z.B. *durch Atemmeßgeräte oder Blutprobe durch einen Werksarzt*) kommt nur im Falle des Einverständnisses des betroffenen Arbeitnehmers in Betracht (*Künzl BB 1993, 1582 [1584]; ders AuR 1995, 206 [209]; i Erg. auch v Hoyningen/Huene DB 1995, 142 [145]*).

Meist bleibt daher nur eine **Feststellung anhand von Indizien** (*Alkoholfahne, lallende Sprache, schwankender Gang aggressives Verhalten; vgl. LAG Schleswig-Holstein 28 11.1988 DB 1989, 630*). In diesem Falle sollte der Arbeitgeber zur Beweissicherung Zeugen beiziehen, die diese Anzeichen ebenso feststellen. Dem Arbeitnehmer sollte stets auch Gelegenheit gegeben

werden, eine abgestrittene Alkoholisierung durch objektive Tests nachzuweisen (*Künzl BD 1993, 1581 [1584]*).

Die Ergebnisse einer freiwilligen oder im Rahmen der Ermittlungen in einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren durchgeführten Blutuntersuchung sind auch arbeitsrechtlich berücksichtigungsfähig. Der Arbeitgeber ist aber nicht auf derart genaue Ergebnisse angewiesen, da er einem Arbeitnehmer keine (absolute oder relative) alkoholbedingte Arbeitsunfähigkeit nachweisen muß. Trunkenheit kann schon durch Atemalkoholmessungen verifiziert oder ausgeschlossen werden (*BAG 26.01.1995 BB 1995, 308*). Die Ergebnisse älterer Meßgeräte sind aber mit erheblichen Fehlerquellen behaftet; so kann tiefes Luftholen vor dem Blasen zum Nachweis einer geringeren Alkoholkonzentration führen und der angezeigte Wert ist durch verschiedene Stoffe (z.B. *Pattex [Aderian/Schmitt/Wu Blutalkohol 1992, 360]*, *Rasierwasser, Parfüm etc. [Bilzer/Grüner Blutalkohol 1993, 225, 228; ferner Schorknecht/Hahlbrauck Blutalkohol 1992, 193]*) beeinflussbar. Entgegen der Ansicht des *BAG (a.a.O.)* belegt die angeführte Studie von *Bilzer/Sprung/Schewe (Blutalkohol 1994, 1)* keine Abweichungen von nur mindestens 0,1 ‰ bis 0,25 ‰ absolut. Die Untersuchungen erfolgten mit Prototypen einer Gerätekombination mit Infrarotmessungen mit 2 unterschiedlichen Wellenlängen; ihre Ergebnisse sind daher nicht unbesehen auf andere Geräte übertragbar (*i.e. Künzl AuR 1995, 206 [210 ff]*). Neuere Geräte liefern allerdings deutlich präzisere Messergebnisse.

V. Arbeitsrechtliche Konsequenzen

1. Lohnminderung

Soweit ein Arbeitnehmer infolge seiner Alkoholisierung nicht in der Lage ist, die geschuldete Arbeitsleistung (gefahrlos) zu erbringen, kann das Entgelt zeitanteilig gekürzt werden (*LAG Schleswig-Holstein 28.11.1988 DB 1989, 630*). Ist das Arbeitsentgelt bereits (z.B. am Monatsbeginn) entrichtet, besteht in Höhe des Kürzungsbetrages ein Anspruch aus **ungerechtfertigter Bereicherung** (§ 812 Abs. 1 BGB). Damit kann der Arbeitgeber unter Beachtung der Pfändungsfreigrenzen (§§ 394 BGB, 850 c ZPO) gegen den nächsten Lohnanspruch aufrechnen (§§ 387 ff BGB).

2. Ausschluß der Lohnfortzahlung

Erleidet ein Arbeitnehmer alkoholbedingt einen Unfall (Verkehrsunfall bei Trunkenheitsfahrt, Sturz), in dessen Folge er arbeitsunfähig erkrankt, sind Entgeltfortzahlungsansprüche (§ 3 Abs. 1 EFZG) ausgeschlossen, soweit der Unfall selbst verschuldet war. Verschulden ist nach überwiegender Ansicht ein Verschulden gegen sich selbst; der Arbeitnehmer muß **gröblich gegen das von einem verständigen Menschen im eigenen Interesse zu erwartende Verhalten verstoßen** haben (vgl. nur BAG 11.11.1987 EzA § 1 LohnFG Nr.88; BAG 30.03.1988 BB 1988, J464; Künzl BB 1993, 1581 [1584] m.w.N.).

Verschulden des Arbeitnehmers kann nach den Umständen des Einzelfalles in einem vorangegangenen Alkoholmißbrauch liegen (BAG 11.03.1987 EzA § 1 LohnFG Nr.86). Betrinkt sich jemand so, daß er sein Verhalten nicht mehr steuern oder Gefahren nicht mehr erkennen kann (*Trunkenheit des Fahrers*, LAG Frankfurt 24.04.1989 DB 1989, 2031) ist eine daraus resultierende Verletzung schuldhaft verursacht.

Beispiele:

- Eine Arbeitnehmerin trinkt in einer Gaststätte trotz mehrfacher Aufforderung ihres Lebensgefährten, aufzuhören, eine erhebliche Menge Alkohol. Deswegen stürzt sie beim Versuch aufzustehen über einen Stuhl und verletzt sich; infolge dessen war sie ca. 7 Wochen arbeitsunfähig krank.
- Ein Arbeitnehmer hatte auf einem Fest erheblich getrunken, daß er bei der Heimfahrt die - nicht mehr gegebene - Fahrtüchtigkeit des Fahrers nicht mehr beurteilen konnte (LAG Frankfurt 24.04.1989 DB 1989, 2031).

Alkoholismus stellt eine nicht notwendig selbst verschuldete Krankheit dar (BAG 01.06.1983 EzA § 1 LohnFG Nr. 69). Trunksucht beruht auf einem „Ursachenbündel soziologischer, psychologischer und physiologischer Art, wobei u.a. die Persönlichkeit des Erkrankten, sein soziales Umfeld und auch sein Verschulden“ Einzelfaktoren darstellen können (BAG 01.06.1983 a.a.O.).

- Nach Ansicht des BAG (11.11.1987 EzA § 1 LohnFG Nr.88) kann ein Verschuldensvorwurf bei einem **Rückfall nach abgeschlossener Therapie** begründet sein (dazu vgl. Fleck/Körkel DB 1990, 274; dies BB 1995, 722 [723 ff]). So nahm das BAG Verschulden an, als ein Arbeit-

nehmer nach 5-monatiger Abstinenz nach einer Therapie rückfällig geworden war. Durch seine Abstinenz habe er gezeigt, daß er sich entsprechend den Belehrungen und Hinweisen, die er während der Entziehungskur erhalten habe, verhalten könne, sei der Rückfall selbstverschuldet (krit. gegen diese medizinisch nicht absicherbare Aussage *LAG Frankfurt 06.02.1991 DB 1992, 533; Künzl DB 1993, 1581 [1585]*).

Diese Aussage des *BAG* kann aber auch eigener Ansicht zufolge **nicht generalisiert** werden. War der Arbeitnehmer nach der Therapie - wie üblich - nicht „endgültig... geheilt“ und konnte er nicht in jeder Situation entsprechend der erhaltenen Hinweise dem Alkohol widerstehen, ist ein Verschuldensvorwurf nicht begründet (*BAG 27.05.1992 EzA § 1 LohnFG Nr.123; zust. Künzl BD 1993, 1876; vgl. auch Fleck/Körkel BB 1995, 722[723ff]*).

Beispiel:

Ein seit Jahren an Alkoholsucht leidender Arbeitnehmer unterzog sich vom 09.07.1984 bis 08.01.1985 einer Entziehungskur. Am 16.05.1985 wurde er rückfällig, weswegen er sich einer Entgiftungsbehandlung und einer weiteren Entziehungskur unterzog.

Obwohl auch hier eine nahezu 5-monatige Abstinenz gegeben war, lehnte das *BAG* Verschulden des Arbeitnehmers am Rückfall ab. Auf Grund tatsächlicher Feststellungen habe sich ergeben, daß er nicht „endgültig... geheilt“ aus der ersten Therapie entlassen worden sei. Rückfälle seien, ausweislich eines psychiatrischen Gutachtens, beim Arbeitnehmer zudem seiner freien Willensbestimmung nicht zugänglich und krankheitsimmanent; hinzu komme eine Hirnschädigung auf Grund langjährigen Alkoholmißbrauchs, die ihn seiner Einsichts- und Willensfähigkeit beraube.

- Schließlich soll **Verschulden** gegeben sein, wenn ein Alkoholkranker Arbeitnehmer im Zustand der Schuldunfähigkeit ein Fahrzeug benutzt, und anlässlich dieser Fahrt einen Unfall erleidet, infolge dessen er arbeitsunfähig erkrankt (*BAG 30.03.1988 EzA § 1 LohnFG Nr.92; enger zu Recht LAG Hessen 23.07.1997 BB 1998, 750*)

Beispiel:

Im entschiedenen Fall fuhr ein alkoholkranker Arbeitnehmer morgens in fahruntüchtigem Zustand in nüchternem Zustand mit seinem Auto zur Arbeitsstätte. Ihm war seine Krankheit bekannt, wie auch der Umstand, daß er, einmal mit dem Trinken begonnen, nicht mehr würde aufhören können. Während der Arbeitszeit trank er erhebliche Mengen Alkohol. Trotz absoluter Fahruntüchtigkeit (mittlere BAK 2,7% o. bis 2,85% o.), benutzte er sein Fahrzeug zur Heimfahrt; infolge seiner Alkoholisierung erlitt er einen Unfall, bei dem er selbst verletzt wurde.

Das BAG erkennt die Alkoholerkrankung nur als mittelbare Ursache des Unfalles an. Ein Verschulden könne auch nicht darin gesehen, daß der Arbeitnehmer mit dem Trinken begonnen habe oder sein Auto zur Heimfahrt benutzt hatte. Vom Trinken konnte er krankheitsbedingt nicht Abstand nehmen; beim Einsteigen ins Fahrzeug, um nach Hause zu fahren, war er bereits schuldunfähig. Allerdings, so das BAG, sei ein Alkoholiker nicht schlechthin schuldunfähig; ihm sei es vielmehr möglich, im eigenen Interesse zu erwartende Verhaltensweisen zu beachten. So sei ihm anzuhinweisen gewesen, sein Fahrzeug nicht zur Fahrt zur Arbeitsstätte zu benutzen, wodurch er sich „unbeherrschbaren Gefahren“ und „einem besonders hohen Verletzungsrisiko“ aussetzte.

Damit hat das BAG aber seine bisherige Rechtsprechung, wonach der Verschuldensvorwurf sich aus der unmittelbaren Ursache der Verletzung (*hier: Einsteigen zur Rückfahrt*) ergeben muß (vgl. BAG 07.12.197Z 22.03.1973, 01.06.1983 EzA § 1 LohnFG Nrn. 30, 34, 69) verlassen. Dazu besteht auch in Fällen der Alkoholerkrankung keine Notwendigkeit, weswegen diese Ansicht abzulehnen ist (*MünchArbR/Schulin § 81 Rz. 94; Künzl BB 1989, 62 [67ff]; ders BB 1993, 1681 [1585]*).

Das Verschulden hat der **Arbeitgeber darzulegen und zu beweisen** (BAG 01.06.1983 EzA § 1 LohnFG Nr.69), auch das Verschulden an der Entstehung der Trunksucht (BAG 30.03.1988 BB 1988, 1464). Dabei kommen ihm ggf. die Grundsätze des Anscheinsbeweises zugute. Gelingt der Nachweis der Alkoholisierung, ist von deren Ursächlichkeit für einen eingetretenen Unfall auszugehen (LAG Rheinland-Pfalz DB 1981, 223). Den Arbeitnehmer treffen ferner **Mitwirkungspflichten** an der Aufklärung der Ursachen der Entstehung (vgl. §§ 60 ff SGB I; LAG Hamm 07.08.1985 BB 1986, 735).

3. Abmahnung

a. Alkoholbedingtes Fehlverhalten

Ein schuldhafter Verstoß gegen ein **bestehendes Alkoholverbot** kann - wie auch alkoholbedingte Schlecht- oder Minderleistung - mitbestimmungsfrei abgemahnt werden. Ein Arbeitnehmer ist auf Grund des Arbeitsvertrages verpflichtet, jede Beeinträchtigung seiner Leistungsfähigkeit durch Alkoholgenuß zu unterlassen. Dies gilt umso mehr, wenn der Arbeitnehmer infolge des Alkoholgenusses **außerstande** ist, die **geschuldete Arbeitsleistung zu erbringen** (z.B. *angestellte Ärzte, Kraftfahrer*; vgl. BAG 23.09.1986 EzA § 87 BetrVG 1972 Betriebliche Ordnung Nr.12).

Beispiel:

Ein angestellter Arzt in einem Krankenhaus trinkt mittags mehrere Bier. Er ist deshalb nachmittags nicht mehr in der Lage, ohne Gefahr für den Patienten an einer Operation mitzuwirken. Auch ohne ein bestehendes Alkoholverbot hat der Arzt gegen die arbeitsvertragliche Pflicht, seine Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit zu erhalten, verstoßen; er kann abgemahnt werden.

Ein abmahnrelevantes Fehlverhalten ist auch bei **außerdienstlichem Alkoholgenuß** gegeben, wenn dadurch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt wird

Beispiel:

Ein Kraftfahrer hat bis in die frühen Morgenstunden dem Alkohol zugesprochen. Er erscheint erheblich angetrunken zum Arbeitsantritt und ist nicht in der Lage seine Arbeitsleistung zu erbringen.

oder dadurch der notwendige Vertrauensbereich des Arbeitsverhältnisses tangiert ist (vgl. Rz. 1903/1).

Beispiel:

Ein U-Bahn-Fahrer verliert anlässlich einer privaten Trunkenheitsfahrt (2,73 ‰) seine - für die Tätigkeit nicht erforderliche - Fahrerlaubnis. Der Arbeitgeber, der wegen des Alkoholisierungsgrades Bedenken gegen die Zuverläss-

sigkeit hat, muß dennoch vor Ausspruch einer personenbedingten (!) Kündigung abmahnen. Es liegt ein steuerbares Verhalten des Arbeitnehmers zugrunde, weswegen ihm Gelegenheit zu geben ist, das Vertrauen wiederherzustellen (*BAG 04.06.1997 EzA § 626 BGB n.F. Nr.168; Aufgabe von BAG 04. 04.1974 EzA § 15 KSchG n.F. Nr.1; BAG 30.11.1978 AP Nr.1 zu § 64 SeemG*).

Bei alkoholbedingter Minder- oder Schlechtleistung bedarf es vor Ausspruch einer verhaltensbedingten Kündigung grundsätzlich einer Abmahnung (*BAG 23.09.1986 BB 1987, 548; Künzl BB 1993, 1581 [1584]; ders AuR 1995, 206 [211ff]; v. Hoyningen-Huene, DB 1995, 142 [145]; allgemein BAG 17.02.1994 BB 1994, 1148; v Hoyningen-Huene RdA 1990, 193ff*). Dem Arbeitnehmer muß zunächst Gelegenheit gegeben werden, sein Verhalten zu ändern.

Das *BAG* sieht in einem Einzelfall eine Abmahnung bei einer **privaten Trunkenheitsfahrt** eines Kraftfahrers als entbehrlich an (*BAG 22.8.1963 AP Nr.51 zu § 626 BGB; zust. MünchArbR/Berkowsky § 133 Rz.124; § 117 Rz. 61*). Der Verlust des Führerscheins stellt hier aber einen personenbedingten Kündigungsgrund dar, bei dem es ohnehin keiner Abmahnung bedarf.

In der Abmahnung muß das gerügte Fehlverhalten konkret angeführt sein; pauschale Vorwürfe genügen nicht. Nach Ansicht des *BAG* (*26.01.1995 BB 1995, 308; eb. v Hoyningen-Huene DB 1995, 142 [146]; krit. Künzl AuR 1995, 206 [212]*) genügt es, wenn die bloße Tatsache der Alkoholisierung gerügt wird.

Beispiel:

Ein Arbeitnehmer war alkoholauffällig geworden. Ein mit seinem Einverständnis durchgeführter Alkomatentest ergab mehr als 1,4 ‰. Der Arbeitgeber mahnte daraufhin ab, wobei er dem Arbeitnehmer nur die „mehr als 1,4 ‰.“ vorwarf und für den Fall einer erneuten Alkoholisierung mit der Kündigung drohte. Als der Arbeitnehmer nach einiger Zeit erneut im Verdacht der Trunkenheit stand und ein erneuter Alkomatentest 1,6‰ ergab, kündigte der Arbeitgeber.

Das *BAG* sah die Kündigung als gerechtfertigt an; der Arbeitnehmer sei deutlich abgemahnt worden (*BAG 26.01.1995 a.a.o.*). Den Bedenken gegen

den Beweiswert der Alkomatenergebnisse ging das Gericht nicht nach (*dazu O. Rz. 1872*).

Schon wegen der Meßungenauigkeit älterer Atemalkoholmeßgeräte ist in einer Abmahnung die Aufnahme weiterer **alkoholbedingter Ausfallerscheinungen** zu fordern. Das Atemalkoholergebnis belegt für sich nicht zwingend einen Vertragsverstoß. Anderes gilt allein bei bestehenden festen Grenzwerte z.B. für Kraftfahrer. Dann liegt aber in der Regel eine (polizeilich veranlaßte) beweissichere Blutalkoholuntersuchung vor.

Nach erfolgter Abmahnung bedarf es eines weiteren gleichgelagerten Verstoßes, um eine Kündigung aussprechen zu können (*BAG 21.05.1987 DB 1977, 2367; Künzl AuR 1995, 206 [212]*). Der Alkoholmißbrauch bildet, entgegen einer teilweise vertretenen Ansicht (*Pflaum Die Abmahnung im Arbeitsrecht S.238*) keine Klammer, die alle auf Alkoholmißbrauch beruhenden Fehlverhaltensweisen verbindet (*KünzlAuR 1995, 206 [212ff]*).

Beispiel:

- Ein Arbeitnehmer kommt wegen übermäßigen Alkoholkonsums am Sonntag, montags nicht zur Arbeit; er wird deswegen abgemahnt. Drei Wochen später wird er stark alkoholisiert am Arbeitsplatz betroffen und muß entfernt werden. Hier liegt ein gleichgelagertes Fehlverhalten vor; der Arbeitnehmer konnte jeweils wegen Alkoholmißbrauchs seine Arbeitsleistung nicht erbringen. Es kann (vorbehaltlich der weiteren Voraussetzungen) - gestützt auf die Abmahnung - eine Kündigung ausgesprochen werden.
- War der Arbeitnehmer - wie vor - abgemahnt und verursacht drei Wochen später wegen seiner Alkoholisierung einen Schaden (Beschädigung einer Maschine), geht die Erinnerungswirkung der Abmahnung aber nicht so weit, daß der Arbeitnehmer wegen der Abmahnung infolge Nichterscheins mit einer Kündigung bei einer alkoholbedingter Schlechtleistung rechnen muß.

b. Alkoholsucht

Bei bekannt bestehender **Alkoholkrankheit** scheidet eine Abmahnung aus. Suchtbedingt kann der Arbeitnehmer sein Verhalten danach nicht ändern. Das *LAG Düsseldorf hält* dennoch eine Anzeige, bei weiteren Ausfallzeiten werde eine Kündigung erfolgen, für möglich (*06.03.1986 LAGE § 611 BGB*)

Fürsorgepflicht Nr.9). Eine derartige Anzeige ist im Einzelfall durchaus zweckmäßig und sinnvoll,

- einmal, wenn der Arbeitgeber das Vorliegen der Trunksucht nicht sicher kennt (es könnte dann auch ein dem Verhaltensbereich zuzuordnender, abmahnbarer Alkoholmißbrauch gegeben sein),
- aber auch bei Kenntnis der Suchterkrankung, um den Arbeitnehmer dadurch zu einer Therapie anzuhalten.

Es darf aber nicht übersehen werden, daß bei gegebener Alkoholkrankheit die Anzeige, im Wiederholungsfall werde gekündigt werden, nicht die rechtlichen Wirkungen einer Abmahnung zeitigt (*Künzl BB 1993, 1581 [1586]*).

4. Kündigung

a. Das Arbeitsverhältnis nicht berührender Alkoholgenuß

Aus dem Alkoholgenuß im privaten Bereich können arbeitsrechtlich keine nachteiligen Konsequenzen abgeleitet werden, sofern dadurch der betriebliche Bereich nicht berührt ist, also der Arbeitnehmer auch nicht angetrunken zur Arbeit erscheint (*vgl. schon Rz. 1867ff*).

Beispiel:

Einem Kraftfahrer wird anläßlich einer privaten Trunkenheitsfahrt (1,6 ‰) der Führerschein für 7 Monate entzogen.

Der Arbeitgeber ist zunächst gehalten, zu prüfen, ob die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses zu geänderten Bedingungen möglich und zumutbar ist. Kann der Kraftfahrer etwa im Betrieb (z.B. im Lager) eingesetzt werden, ist ihm ein vorhandener freier Arbeitsplatz (für die Dauer des Führerscheinentzugs) anzubieten. Ist kein freier Arbeitsplatz vorhanden oder ist der Arbeitnehmer für diesen nicht geeignet, kann ggf. außerordentlich gekündigt werden.

Umstritten ist, inwieweit ein Arbeitnehmer, dem der Führerschein entzogen wurde, darauf verweisen kann, Dritte, etwa die Ehefrau, könnten ihn fahren (*bejahend LAG Rheinland-Pfalz 11.08.1989 BB 1989, 2191; verneinend LAG Schleswig-Holstein 16.06.1986 DB 1987, 1390*). Im Einzelfall wird der Arbeitgeber das Angebot eines **privaten Chauffeurs** akzeptieren müssen, soweit keine betrieblichen Interessen entgegenstehen. Soll der Dritte aller-

dings mit dem Firmenwagen fahren, kann der Arbeitgeber schon aus haftungsrechtlichen Gründen diese Konstruktion ablehnen.

Hält sich ein Arbeitnehmer dienstlich im Ausland auf, wo Alkoholkonsum generell verboten ist (z.B. Saudi-Arabien), soll nach bedenklicher Ansicht des *LAG Frankfurt* (10.12.1986 *LAGE §1 KSchG Betriebsbedingte Kündigung Nr.11*) ein Verstoß dagegen auch im privaten Bereich, eine Kündigung rechtfertigen (*abl. Künzl BB 1993, 1581 [1586]*).

b. Alkoholgenuß während der Arbeit

Wegen übermäßigen Alkoholgenußes oder alkoholbedingter Ausfallzeiten kann im Einzelfall

- **aus verhaltensbedingten** (schuldhafte Verstöße gegen ein betriebliches Alkoholverbot oder schuldhafte Schlecht-, Minder- oder Nichtleistung infolge Alkoholgenußes), aber auch bei Arbeitsantritt im Zustand der Trunkenheit
- oder **personenbedingten** Gründen (Alkoholkrankheit) gekündigt werden.

aa. Verhaltensbedingte Kündigung

Soweit der Alkoholgenuß die **Hauptleistungspflichten** im Arbeitsverhältnis berührt oder dadurch Dritte gefährdet werden ist im Einzelfall nach vorangegangener **Abmahnung** (*BAG 26.01.1995 BB 1995, 308; LAG Hamm 15.12.1989 LAGE § 1 KSchG Verhaltensbedingte Kündigung Nr.26; KR/Etzel § 1 Rz. 444; Hemming BB 1998, 1998 [1999]; v. Hoyningen-Huene DB 1995, 142; Zöllner/Schwan ZTR 1996, 65*) eine verhaltensbedingte Kündigung gerechtfertigt (*vgl. auch Isenhardt HZA Gruppe 5 Rz. 423 ff und 485*). Dasselbe gilt bei Verletzung eines betrieblichen **Alkoholverbotes** (*BAG 22.07.1982 EzA § 1 KSchG Verhaltensbedingte Kündigung Nr.10*). Die Menge des genossenen Alkohols ist für die Annahme eines Verstoßes nicht allgemein quantifizierbar; je nach der zu erbringenden Arbeitsleistung sowie nach regionalen bzw branchenspezifischen Gesichtspunkten begründen bereits geringere oder erst größere Mengen genossenen Alkohols eine Pflichtverletzung.

Beispiel:

Bei Kraftfahrern genügen bereits geringe Mengen genossenen Alkohols zur Annahme eines arbeitsvertraglichen Verstoßes (*LAG Frankfurt 26.06.1986 LAGE § 1 KSchG Verhaltensbedingte Kündigung Nr.8; LAG Hamm 23.08.1990 LAGE § 626 BGB Nr. 52*).

Folgende Fälle können unterschieden werden:

- Trinkt ein Arbeitnehmer entgegen eines bestehenden Alkoholverbots, trinkt er mehr, als angesichts der konkreten Tätigkeit zuträglich (*vgl. BAG 30.09.1993 EzA § 626 BGB n.F. Nr.152*) oder kommt er einer arbeitsvertraglichen Verpflichtung, seine Leistungsfähigkeit zu erhalten, nicht nach und wird dadurch seine Arbeitsleistung beeinträchtigt (Verspätung; unentschuldigtes Fehlen wegen Alkoholisierung), kann nach vorangegangener Abmahnung eine Kündigung ausgesprochen werden. Allerdings verlangt das *BAG (22.07.1982 EzA § 1 KSchG Verhaltensbedingte Kündigung Nr.10)* die Prüfung, ob der Arbeitnehmer an einem anderen Arbeitsplatz im Betrieb beschäftigt werden kann.
- Wird durch den Alkoholgenuß weder die Arbeit noch die Verkehrssicherheit beeinträchtigt und besteht auch kein betriebliches Alkoholverbot, kann nur im Ausnahmefall, wenn durch den Alkoholgenuß das **Ansehen des Betriebes betroffen** ist, eine verhaltensbedingte Kündigung ausgesprochen werden. Dies sind Fälle,
 - da ein leitender Mitarbeiter Kundengespräche mit einer Alkoholfahne führt (*vgl. ArbG Emden 02.10.1970 ARSt 1972 Nr.42; Hotelgeschäftsführer*).
 - ein Außendienstmitarbeiter gegenüber Kunden in alkoholisiertem Zustand auftritt.
 - **Keine** verhaltensbedingte Kündigung kann ausgesprochen werden, wenn ein therapierter Arbeitnehmer den zunächst aufgenommenen Besuch einer Selbsthilfegruppe abbricht, den der Arbeitgeber verlangt. Dies gehört zum privaten Lebensbereich (*LAG Düsseldorf 25.02.1997 LAGE § 1 KSchG Verhaltensbedingte Kündigung Nr.57*).

Es muß stets ein **Zusammenhang zwischen Alkoholisierung und Arbeitspflicht** bestehen. Zu weit geht es, wenn eine Kündigung auch dann für gerechtfertigt erachtet wird, weil sich ein Arbeitnehmer im Rahmen eines vom Arbeitgeber finanzierten Fortbildungskurses, aber außerhalb der

Schulungszeiten, betrinkt. Das Argument, der Arbeitnehmer sei auf Grund seiner Position gleichsam ein „Aushängeschild“, nach dem die Bevölkerung die Firma beurteile (*LAG Berlin 03.11.1964 DB 1965, 1291*), führte letztlich zu einer tatsächlich nicht bestehenden Pflicht, sein Privatleben nach den betrieblichen Interessen auszurichten (*Künzl BB 1993, 1581 [1587]*).

Vor Kündigungsausspruch sind die Kündigungsinteressen gegen das Bestandsschutzinteresse des Arbeitnehmers abzuwägen (*BAG 30.09.1993 EzA § 626 DGB n.F Nr.152*).

Beispiel:

Ein seit 29 Jahren beschäftigter Arbeitnehmer wird alkoholisiert am Arbeitsplatz betroffen und soll mit dem Werkschutz nach Hause gebracht werden. Im Fahrzeug beschimpft er die Werkschutzleute und schlägt auf diese ein, daß der eine anschließend eine Woche, der andere 4 Wochen arbeitsunfähig krank sind.

Das BAG sah in diesem Fall weder die ausgesprochene außerordentliche, noch die hilfswise ordentliche Kündigung als gerechtfertigt an. Der Arbeitnehmer habe sich bis dahin nichts zu Schulden kommen lassen, weswegen dieser Vorfall einen „einmaligen Ausrutscher“ darstelle, der noch keine Kündigung rechtfertige (*30.09.1993 EzA § 626 BGB n.F. Nr.152*).

bb. Personenbedingte Kündigung

Beruhend auf Alkoholismus, ist infolge **suchtbedingt** fehlenden Verschuldens i.d.R. eine verhaltensbedingte Kündigung ausgeschlossen (*BAG 09.04.1987 EzA § 1 KSchG Krankheit Nr. 18*), auch, wenn durch die Suchtkrankheit die Persönlichkeit des Arbeitnehmers derart verändert wurde, daß die Eignung für die geschuldete Tätigkeit entfällt. In Betracht kommt nur eine personenbedingte Kündigung (*Einzelheiten Jsenhardt HZA Gruppe 5 Rz. 439 ff*).

- Zunächst bedarf es einer **negativen Gesundheitsprognose**. An diese sind entgegen der Ansicht des BAG (*09.04.1987 BB 1987, 1815*) keine geringeren Anforderungen zu stellen. Sie ist nur einfacher zu stellen, da die Suchtauswirkungen auf Person und Persönlichkeit des Arbeitnehmers medizinisch konkreter und empirisch sicherer feststellbar sind (*Lepke DB 1982, 173; MünchArbR/Berkowsky § 132 Rz. 76*). Diese wird bei unbehandelter und sich daher ausweitender Alkoholsucht regelmäßig

anzunehmen sein. Die Prognose ist aber im Einzelfall weit günstiger, wenn der Arbeitnehmer bereit ist, sich einer medizinisch befürworteten Therapie zu unterziehen.

Inwieweit dem Arbeitnehmer die **Möglichkeit zu einer Therapie vom Arbeitgeber geboten oder nahegelegt** werden muß, ist umstritten:

- Das BAG hat in seinem Urteil vom 09.04.1987 (*EzA § 1 KSchG Krankheit Nr.18*) eine derartige Pflicht nicht angenommen. Allerdings hatte der Arbeitgeber im entschiedenen Fall den Arbeitnehmer mehrfach verblichlich aufgefordert, die Hilfe eines von ihm unterhaltenen sozialtherapeutischen Dienstes in Anspruch zu nehmen.
- Von den Instanzgerichten wird **überwiegend die Ermöglichung einer Entziehungskur** gefordert (*LAG Frankfurt 26.06.1986 BB 1987, 2271; LAG Hamm 19.09.1986 NZA 1987, 669; eb. KR/Etzel § 1 KSchG Rz. 310; Künzl BB 1993, 1581 [1587]; enger LAG Berlin 01.07.1985 LAGE § 1 KSchG Verhaltensbedingte Kündigung Nr.4*). Begründet wird dies aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit; eine Kündigung sei erst dann gerechtfertigt, wenn kein anderes milderes Mittel zu Gebote stehe.
- Die **Bereitschaft zur Therapie muß bei Ausspruch der Kündigung** vorliegen (*eb. Hemming BB 1998, 1998 [1999]*). Lehnt der Arbeitnehmer die angebotene Möglichkeit zur Durchführung einer Alkoholtherapie ab, kann der Arbeitgeber eine personenbedingte Kündigung (bei Vorliegen betrieblicher Beeinträchtigungen) aussprechen. Eine danach erklärte Therapiebereitschaft führt zu keiner Korrektur der negativen Gesundheitsprognose und berührt die Wirksamkeit der Kündigung nicht (*BAG 09.04.1987 a.a.O.*).
- Der Arbeitgeber muß vor Ausspruch einer Kündigung **zumutbare anderweitige Maßnahmen** ergreifen, um einen krankheitsbedingten Ausfall aufzufangen. In Betracht kommen etwa die (befristete) Einstellung von Ersatzkräften oder Anordnung von Mehrarbeit.
- Daneben bedarf es einer umfassenden **Interessenabwägung**, in die alle betrieblichen Umstände, aber auch die Interessen des Arbeitnehmers an der Erhaltung des Arbeitsplatzes, einfließen. Das BAG (*10.06.1969 EzA § 1 KSchG Krankheit Nr.13*) stellt hier zwei bedeutsame **Erfahrungs- und Abwägungsgrundsätze auf:**

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Chronische Erkrankungen treten mit zunehmenden Alter in der Regel immer häufiger auf. Daher sind betriebliche Störungen bei Fortdauer des Arbeitsverhältnisses verstärkt zu erwarten. |
|---|

- Kannte der Arbeitgeber die Suchterkrankung bei Einstellung des Arbeitnehmers, muß er wesentlich längere Ausfallzeiten als üblich hinnehmen.
- Der Arbeitgeber hat zu bedenken, daß eine Kündigung die Heilungsaussichten der Suchterkrankung eher verschlechtern wird; daher ist die Möglichkeit einer Therapie zumindest im Rahmen der Interessenabwägung zu berücksichtigen. Nach Bekanntwerden der Sucht und bei gegebener Therapiebereitschaft wird daher eine Kündigung regelmäßig ausgeschlossen sein. Bricht der Arbeitnehmer die begonnene Therapie ab, steht einer solchen Maßnahme aber nichts mehr im Wege.
 - Wird ein Arbeitnehmer nach abgeschlossener Therapie **rückfällig**, spricht dies eher, aber nicht generell (*Fleck/Körkel BB 1995, 722*), für den Ausspruch einer Kündigung. Ist die Durchführung einer weiteren Therapie medizinisch aussichtsreich, kann im Einzelfall das Abwarten auch dieser Behandlung noch geboten sein (*vgl. BAG 27.05.1992 EzA § 1 LohnFG Nr.123; Künzl BB 1993, 1581 [1587]*).

Eine personenbedingte Kündigung kommt auch in Betracht, wenn durch die Alkoholisierung auch im privaten Bereich eine **notwendige persönliche Voraussetzung** für die Erbringung der Arbeitsleistung verlorengeht (*Verlust der Fahrerlaubnis bei einem Kraftfahrer; Vertrauensverlust bei einem mit Fahrgastbeförderung betrauten Mitarbeiter; vgl. BAG 04.06.1997 EzA § 626 BGB n.F. Nr. 168 = AuR 1998, 127 m Anm. Künzl*). Beruht der Vertrauensverlust auf einem steuerbaren Verhalten und kann mit der Wiederherstellung des Vertrauens gerechnet werden, ist ausnahmsweise eine Abmahnung erforderlich (*vgl. o. Rz.1881*).

cc. Konkurrenz zwischen verhaltens- und personenbedingter Kündigung

Hat der Arbeitgeber z.B. wegen alkoholbedingter Schlechtleistung verhaltensbedingt gekündigt und **stellt sich im Rahmen des Kündigungsschutzverfahrens eine bestehende Alkoholkrankheit des Arbeitnehmers heraus**, fehlt es regelmäßig an der Vorwerfbarkeit der verhaltensbedingten Kündigungsgründe. Andererseits kann die Kündigung auch nicht in eine personenbedingte umgedeutet werden; der Arbeitgeber hat dem Arbeitnehmer vor Kündigungsausspruch keine Therapiemöglichkeit geboten.

In der Instanzrechtsprechung wird teilweise angenommen, die Kündigung sei weiter **als verhaltensbedingte Kündigung zu beurteilen**. Als solche habe

sie sich bei Ausspruch dargestellt. Der Arbeitgeber sei nicht verpflichtet, sich über den Grund eines ständigen Alkoholgenusses zu erkundigen; er könne vielmehr erwarten, der Arbeitnehmer werde die Kündigung zurückweisen und sich auf seine Alkoholkrankheit berufen (vgl. *LAG Berlin 01.07.1985 EzA § 1 KSchG Verhaltensbedingte Kündigung Nr.4; im einzelnen HZA Gruppe 5 Rz. 447; krit. Künzl BB 1993, 1581 [1587]*). Trotz der Praktikabilität des Ergebnisses wird aber übersehen, daß die Kündigung nach den objektiven Gründen im Zeitpunkt ihres Zugangs, nicht nach der subjektiven Kenntnis des Arbeitgebers, zu beurteilen ist. Der Arbeitgeber muß in diesem Fall neu kündigen.

Dieses Ergebnis kann ggf. aber vermieden werden, wenn der Arbeitgeber bei Vorbereitung der Kündigung eine **mögliche Alkoholkrankheit mitbedenkt**. Dies könnte im Rahmen einer Abmahnung z.B. so erfolgen:

Abmahnung:

Sie wurden am erneut betrunken am Arbeitsplatz angetroffen, obwohl Sie bereits mehrfach, zuletzt am durch ... darauf hingewiesen wurden, daß Ihre Alkoholexzesse während der Arbeitszeit nicht hingenommen werden können. Sie waren erneut nicht mehr in der Lage, richtig zu sprechen. Sie schwankten nur mehr und konnten keine brauchbare Arbeitsleistung mehr erbringen; so haben sie

(Ggf. Hinweis auf Gefährdung Dritter oder Gefährdung bzw. Beschädigung von Firmeneigentum)

Ich weise Sie darauf hin, daß wir im Falle, daß Sie erneut betrunken angetroffen werden, Ihr Arbeitsverhältnis kündigen werden.

Hinweis:

Für den Fall, daß bei Ihnen einen Alkoholkrankheit vorliegt, betrachten Sie diese Abmahnung als deutliche und letzte Aufforderung, sich einer Therapie zu unterziehen. In diesem Fall sehen wir der Erklärung Ihrer Bereitschaft zu einer Therapiemaßnahme bis spätestens entgegen.

Unterschrift

Erklärt sich der Arbeitnehmer, muß und kann der Arbeitgeber alles Zumutbare unternehmen, ihn zu einer Therapiemaßnahme zu bewegen. Äußert er sich nicht oder verneint er eine gegebene Alkoholerkrankung, obschon dahingehende Indizien erkennbar sind, hat der Arbeitgeber aber noch nicht alles getan, um den Mitarbeiter zu einer Therapie zu bestimmen. Er hat im zumutbarem zeitlichen Rahmen weiterhin durch Gespräche mit Kollegen, den Betriebsrat und ggf. mit der Familie des Betroffenen auf eine Therapie hinzuwirken (*zu einer möglichen Vorgehensweise vgl. die Musterbetriebsvereinbarung bei Eichhorn/Hickler/Steinmann Handbuch Betriebsvereinbarungen S 100ff*).

V. Haftungsfragen

1. Haftung des Arbeitnehmers

a. Gegenüber dem Arbeitgeber

Der betrunkene Arbeitnehmer hat dem Arbeitgeber die **Kosten** zu erstatten, die ihm infolge der Fürsorgepflicht gegenüber dem betrunkenen Arbeitnehmer entstanden sind (Fahrt- oder Taxikosten; Telefonkosten). Dies gilt auch für die **Kosten einer Begleitperson** während der Heimfahrt (Vergütung für die ausgefallene Arbeitszeit). Hatte sich ein Arbeitnehmer alkoholbedingt verletzt und stellt der Arbeitgeber für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit eine **Ersatzkraft** muß der Arbeitnehmer auch diese Kosten, abzüglich eventuell ersparter Aufwendungen erstatten (*vgl. o. RZ. 1875*).

Der Arbeitnehmer haftet für **Schäden am Arbeitsgerät oder Eigentum des Arbeitgebers**, sowie für eventuelle **Folgeschäden** (*Erhöhung der Versicherungsprämie nach Alkoholunfall; entgangener Gewinn; vgl. BAG 23.06.1981 EzA §611 BGB Arbeitnehmerhaftung Nr.36*), die er infolge seiner Alkoholisierung verursacht hat, aus positiver Vertragsverletzung (pVV) oder § 823 BGB. Ein haftungsbegründendes Verschulden kann auch einem Alkoholiker im Einzelfall vorgeworfen werden, der nicht generell schuldlos handelt (*vgl. BAG 30.09.1993 EzA § 626 BGB N.F. Nr.152*).

Verschiedentlich kommen **Haftungsmilderungen** in Betracht:

- Nach der neuen **Haftungsrechtsprechung des BAG** greift bei Verrichtung betrieblicher Tätigkeiten generell eine **Haftungsmilderung** ein (*vgl. o. Rz. 1170*). Dies gilt auch für Alkoholunfälle. In Fällen starker Alkoholisierung wird regelmäßig **grobe Fahrlässigkeit** anzunehmen

sein. Aber auch, wenn ein Arbeitnehmer solchenfalls grundsätzlich den gesamten Schaden zu tragen hat, sind Haftungserleichterungen nach dem Umständen des Einzelfalles nicht ausgeschlossen. Dabei kommt es darauf an, ob der Verdienst eines Arbeitnehmers in krassem Mißverhältnis zum Schadensrisiko steht. (*BAG 23.01.1997 BB 1998, 107*).

Beispiel

Ein Fall des *BAG (a.a.O.)* war Arbeitnehmer in der Wartungsabteilung des Flughafens München mit einem Monatsverdienst von 2.500 DM netto trotz bestehenden Alkoholverbotes zu Schichtbeginn alkoholisiert erschienen (mittlere BAK 1,41 ‰). Er sollte ein Enteiserverzeug (Wert 150.000.-DM) auf dem Flughafengelände fahren. Alkoholbedingt verursachte er einen Unfall mit Totalschaden. Statt des begehrten Schadenersatzes in voller Höhe sprach das *BAG* nur eine Ersatzverpflichtung in Höhe von 20.000.- DM aus.

- Im Einzelfall ist an ein Mitverschulden des Arbeitgebers oder eines Vorgesetzten als Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB) zu denken (§ 254 BGB), wenn dieser der ihm kraft Fürsorgepflicht obliegenden Sicherungspflicht oder der Überwachungsaufgabe nicht nachkommt und einem offensichtlich betrunkenen Arbeitnehmer weiter Arbeiten zuweist oder ihn nicht vom Arbeitsplatz entfernt (*vgl. Künzl BB 1993, 1581 [1588]*). An Mitverschulden ist ferner zu denken, wenn in einem betrieblichen Getränkeautomaten zwar die alkoholischen, nicht aber andere Getränke regelmäßig nachgefüllt werden.

Bei **Personenschäden** (Verletzung des Arbeitgebers) besteht ein Haftungsprivileg der §§ 104 ff SGB VII (*o. Rz. 1206ff*), soweit ein Arbeitsunfall i.S. § 8 SGB VII vorliegt, der nicht vorsätzlich oder bei Teilnahme am allgemeinen Verkehr verursacht wurde (*zu den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen u Rz. 1922*). Der Arbeitnehmer haftet dann auch nicht auf Schmerzensgeld; allein die Berufsgenossenschaft ist verpflichtet, den Schaden auszugleichen.

Ein **Arbeitsunfall** i.d.S. ist nach der vom *BSG (20.01.1987 BSGE 61, 127)* vertretenen **Theorie der wesentlichen Bedingung** gegeben, wenn das Unfallereignis ursächlich auf die Verrichtung der versicherten Tätigkeit, also die Erbringung der Arbeitsleistung, zurückgeht. Hat sich der Arbeitnehmer

infolge übermäßigen Alkoholgenusses bereits von der versicherten Tätigkeit gelöst, haftet er nach den allgemeinen Grundsätzen voll.

b. Gegenüber Mitarbeitern

Verletzt ein betrunkenener Arbeitnehmer einen Arbeitskollegen oder beschädigt er dessen Eigentum, haftet er zivilrechtlich nach §§ 823, 844 (*BGH 03.11.1964 BB 1965, 62*), 847 BGB auf Schadensersatz und Schmerzensgeld. Liegt ein Arbeitsunfall (*vgl. Rz. 1911*) vor, kommt ihm wiederum das **Haftungsprivileg** der §§ 104, 105 SGB VII zugute.

Beispiel:

Ein alkoholisierter Staplerfahrer stößt auf dem Betriebsgelände mit dem PKW seines Arbeitskollegen zusammen. Der PKW wird beschädigt, der Arbeitskollege verletzt. Der Staplerfahrer hat die Reparaturkosten für den PKW nach § 823 BGB zu tragen. Ein Schmerzensgeldanspruch des Arbeitskollegen nach § 847 BGB besteht nicht: Der Unfall war weder vorsätzlich herbeigeführt noch bei Teilnahme am allgemeinen Verkehr (Betriebsgelände) erfolgt (§§ 104, 105 SGB VII).

Bei Schäden im Straßenverkehr bei betrieblichen Fahrten sind Ersatzansprüche nach §§ 7, 18 StVG gegen Arbeitnehmer und Arbeitgeber ausgeschlossen, da der Verletzte Arbeitskollege nicht entgeltlich und geschäftsmäßig befördert wird (§8 a Abs. 1 StVG).

Ein **Mitverschulden** des Arbeitgebers und/oder des Vorgesetzten (§ 278 BGB) kommt in Betracht (§ 254 BGB), wenn diese ihrer Überwachungspflicht nicht nachgekommen sind. Aber auch ein Mitverschulden des verletzten Arbeitskollegen ist ggf. ebenso zu berücksichtigen, wenn er die Trunkenheit hätte erkennen können.

c. Gegenüber Dritten

Schädigt der Arbeitnehmer Dritte, haftet er auch nach §§ 823, 844, 847 BGB. Bei Fahrten mit seinem Privatwagen kommt daneben eine Haftung aus §§ 7, 18 StVG bzw. bei Benutzung eines Firmenfahrzeuges nach § 18 StVG in Betracht. Letzterenfalls haftet der Arbeitgeber daneben nach § 7 StVG. **Mitverschulden** des Arbeitgebers ist nach den *o. Rz. 1915* genannten Grundsätzen zu berücksichtigen.

2. Haftung des Arbeitgebers

a. Gegenüber dem betrunkenen Arbeitnehmer

Der betrunkene Arbeitnehmer hat Eigenschäden grundsätzlich selbst zu tragen, wenn diese Folge seiner Alkoholisierung sind.

Verletzt der Arbeitgeber seine Fürsorgepflichten dem betrunkenen Arbeitnehmer gegenüber, überläßt er diesem etwa am Werkstor sich selbst oder gestattet er ihm die Benutzung eines, ggf. auch seines eigenen Kraftfahrzeuges, haftet er für einen daraus entstehenden Schaden, ohne daß er sich auf das Haftungsprivileg des §104 SGB VII berufen kann. Im übrigen wäre ihm wohl stets bedingter Vorsatz vorzuwerfen.

Der Arbeitnehmer hat daneben regelmäßig einen **Freistellungsanspruch** bei Schadenersatzansprüchen Dritter gegen sich, wenn die Schädigung eine Folge der Fürsorgepflichtverletzung darstellt (*BAG 23.06.1988 EzA § 611 BGB Arbeitnehmerhaftung Nr.49; vgl. dazu oben Rz. 1865ff*).

b. Gegenüber Mitarbeitern

Werden Mitarbeiter des Betriebes von alkoholisierten Kollegen geschädigt, haftet der Arbeitgeber auch diesen gegenüber aus pVV oder §§ 823 ff BGB; ggf. auch für das Verschulden seines Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB, Vorgesetzter), wenn der betrunkene Arbeitnehmer trotz erkannter oder erkennbarer Trunkenheit weiterarbeiten durfte. Bei Personenschäden greift aber das **Haftungsprivileg des § 104 SGB VII** ein.

c. Gegenüber Dritten

Wird ein Dritter durch den alkoholisierten Arbeitnehmer verletzt, haftet der Arbeitgeber

- bei **vertraglicher Bindung** zum Dritten (z.B. Auftraggeber) nach pVV ggf. i.V.m. § 278 BGB, soweit der betrunkene Arbeitnehmer Erfüllungsgehilfe war oder nach §§ 823ff ggf. i.V.m. § 831 BGB.
- **Ohne vertragliche Beziehung** kommt nur eine **deliktische Haftung** (§§ 823 ff; 831 BGB) in Betracht. Dem Arbeitgeber bleibt dann die Möglichkeit, sich für den Verrichtungsgehilfen zu exculpieren.

3. Versicherungsschutz/Regreß

Hat sich ein **Arbeitnehmer infolge Trunkenheit** von der versicherten Tätigkeit **gelöst, verliert** er seinen **Unfallversicherungsschutz**. Damit gehen auch für sich oder die Hinterbliebenen etwaige Rentenansprüche verloren. Der Versicherungsschutz geht verloren, wenn der Arbeitnehmer sich durch alkoholtypisches Fehlverhalten schädigt (*BSG 17.02.1998 BB 1998, 2319*) oder durch den Alkoholgenuß von der versicherten Tätigkeit löst. Eine **Lösung** von der versicherten Tätigkeit liegt vor, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen ist, daß der Arbeitnehmer infolge seiner Alkoholisierung den Arbeitsvorgang nicht mehr bewältigen kann (*BSG 28.06.1979 BSGE 48, 224; BSG 05.07.1994 EWiR § 548 RVO 1/94S1125 [Künz]*). Dafür gibt es keine festen Grenzwerte:

- Bei Volltrunkenheit (mehr als 2,5 ‰) ist diese Voraussetzung in aller Regel erfüllt (*BSG 27.11.1985 BB 1986, 395 [396]; vgl. aber BSG 05.07.1994 a.a.O.*). Der einzelne kann keine verwertbare und geschuldete Arbeitsleistung mehr erbringen.
- Bei bloßem (**alkoholbedingtem**) **Leistungsabfall** bleibt dem Arbeitnehmer der Unfallversicherungsschutz grundsätzlich erhalten. Der erforderliche Zusammenhang fehlt erst, wenn der Arbeitnehmer zwar in der Lage war zu arbeiten, aber der Alkoholgenuß konkret ursächlich für den Unfall war (*BSG 27.06.1984 NZA 1985, 37; BSG 27.11.1985 BB 1986, 395*), etwa wenn er nach der Lebenserfahrung **ohne Alkoholgenuß wahrscheinlich nicht verunglückt** wäre (*BSG 25.11.1977 BSGE 45, 176[179]*).

Beispiel:

Im Falle eines Arbeitnehmers, der mit 1,93 ‰ auf der Treppe ausgerutscht war, sah das *BSG* diese Voraussetzung noch nicht erfüllt (*BSG 25.11. 1977 BSGE 45; 776 [179]*); ein Ausgleiten sei erfahrungsgemäß nicht zwingend auf die Alkoholisierung zurückzuführen.

Das Abstürzen mit einem Muldenkipper in einer leichten Rechtskurve bei einer mittleren BAK von 2,08 ‰ genügte jedoch nach Ansicht des *BSG* zur Annahme der Ursächlichkeit des Alkoholkonsums (*BSG 27.11.1986 NZA 1987, 359*).

Der Verlust des Versicherungsschutzes erfaßt **auch den Weg von und zur Arbeitsstelle** (§ 8 Abs. 2 SGB III), wenn Alkohol die wesentliche Unfallursache war (*BSG 27.11.1985 BB 1986, 395 [396] [absolute Fahruntüchtigkeit]; BSG 20.01.1977 BSGE 43, 110 [113] [relative Fahruntüchtigkeit mit 0,4 %o.]*).

Nach § 61 VVG, § 3 Abs. 4 AUB entfällt der **private Versicherungsschutz**, wenn die Schäden vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden (*BGH 23.01.1985 BB 1985, 687*). Bei beruflichen Fahrten verliert der Fahrer den Haftpflichtschutz nach § 10 Abs. 1 AKB (*BAG 13.03.1961 VRS 21, 395*).

Tritt die Berufsgenossenschaft bei einem Arbeitsunfall (§§ 8 SGB VII) für den Ersatz der Schäden ein, kann sie im Falle deren vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Herbeiführung, beim Verursacher Regreß nehmen. Gleiches gilt für Vorgesetzte, denen der Arbeitsschutz und die Unfallverhütung übertragen sind (§ 9 OWiG). Ihnen kann eine Geldbuße bis zu 20.000.- DM auferlegt werden, wenn sie Unfallverhütungsvorschriften verletzen.

VI. Folgerungen für die Praxis

Wegen der vielfältigen Gefahren des Alkohols im Betrieb sollte zumindest dort, wo unter Umständen bereits der Genuß geringer Mengen Alkohols Gefahren für Dritte und/oder Störungen des Arbeitsprozesses hervorrufen kann, ein innerbetriebliches Alkoholverbot bzw eine Regelung des Alkoholkonsums während der Arbeitszeit erwogen werden. Soweit ein Betriebsrat besteht, kann der Arbeitgeber diese Regelung allerdings nicht einseitig treffen. Da die Ordnung des Betriebes berührt ist, bedarf es dann einer **Betriebsvereinbarung** nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG.

Der Betriebsrat wird sich einer solchen Vereinbarung regelmäßig nicht verschließen (können). Auch er hat den Schutz des einzelnen Arbeitnehmers und der Belegschaft zu überwachen (§ 80 Abs. 1 Nrn. 1, 2 BetrVG).

Soweit (dennoch) eine Betriebsvereinbarung nicht zustandekommt, ist der Arbeitgeber **einseitig** berechtigt, etwa im Wege eines Aushanges am Schwarzen Brett,

- auf die Gefahren des Alkohols während der Arbeit hinzuweisen,
- an die bestehenden Unfallverhütungsvorschriften zu erinnern,
- die Folgen erkannter Alkoholisierung (Entfernung vom Arbeitsplatz, Einstellung der Lohnzahlung, Abmahnung, Kündigung und Haftung für verursachte Schäden, sowie die versicherungsrechtlichen Folgen eines Unfalls unter Alkoholeinfluß) aufzuzeigen und
- zur Meidung von Alkohol am Arbeitsplatz aufzufordern.

Günter Schumann

Qualitätsmanagement und Qualitätsstandards in der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung

Inhalt

Einleitung	151	
1	Qualität in den Kategorien ökonomisch bestimmter Grunddimensionen und Faktoren	153
1.1	Begriffswirrwarr und Begriffsdefinitionen	154
1.2	Die historische Entwicklung ökonomischer Qualitätskonzepte	158
1.3	Das Beispiel eines ökonomischen Qualitätskonzeptes	161
1.4	Das Modell des Total Quality Management (TQM)	164
1.5	Die Normierung und Zertifizierung von Qualität	166
2	Konzepte zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung im Dienstleistungsbereich	169
2.1.	Dienstleistungen – Abgrenzung und Definition	169
2.2	Der Qualitätsbegriff im Dienstleistungsbereich	170
2.3	Modelle zur Erfassung von Dienstleistungsqualität	173
2.4	Modelle zur Messung von Dienstleistungsqualität	175
2.5	Qualitätsmanagement und Total Quality Management im Dienstleistungsbereich	176

3	Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit, im Gesundheits- und Suchtbereich	178
3.1	Die Ambivalenz des sozialen Sektors zu neuen Steuerungs- und Qualitätsmanagementkonzepten	179
3.2	Die strukturellen Elemente sozialer Dienstleistungen	181
3.3	Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Suchberatung und Suchthilfe	183
4	Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung	187
4.1	Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe: ein internes soziales Dienstleistungsangebot im Kontext von Gesundheitsförderung, Organisations- und Personalentwicklung	189
4.2	Qualitätssicherung in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe	190
4.3	Ein kurzer Exkurs zum Kundenbegriff	192
4.4	Die Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe	193
4.4.1	Standards der Strukturqualität	198
4.4.2	Standards der Prozessqualität	216
4.4.3	Standards der Ergebnisqualität	226
	Schlußbemerkung	230
	Literatur	232

Einleitung

Auch wenn das Thema „Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit“ nicht unbedingt mehr zu den ‚biggest news‘ gehört, scheint es doch – angesichts der Publikationen, Artikel in Fachzeitschriften, Beiträgen auf Tagungen etc. – an Aktualität nichts eingebüßt zu haben. Dabei ließe sich das Thema auch als ‚trendy‘ beschreiben, denn wie alle Trends löst es nicht nur Begeisterung aus, sondern weckt viele Vorbehalte, Abwehr bis hin zu Aversionen. Andererseits zeigt die Diskussion, dass es sich nicht um einen ‚vorübergehenden Modetrend‘ handeln wird, sondern um ein sich einrichtendes Dauerthema, das für viele schon tägliche Praxis ist, für viele aber noch ein unbekanntes Terrain. Letzteres gilt sicherlich für das Arbeitsfeld der betrieblichen Suchthilfe und Suchtprävention.

Auf die in diesem Arbeitsfeld Tätigen wirkt u.a. wegen deren überwiegend ehrenamtlichen bzw. nebenamtlichen Wurzeln, der häufig bestehenden Nähe zur Selbsthilfegruppen-Philosophie sowie der geringer ausgeprägten professionellen Strukturen die Forderung nach Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung wahrscheinlich eher befremdlich. Dieses macht sich in unterschiedlichen Gegenargumenten bemerkbar, z.B.:

- Suchthilfe ist als ‚praktizierte Nächstenliebe‘ nicht instrumentalisierbar;
- der ‚Dienst am Menschen‘ läßt sich weder bürokratischer Rationalität noch ökonomischen Nutzentheorien unterwerfen;
- der ‚emanzipatorische, demokratische Charakter sozialer Arbeit‘ wird per aufoktrozierter Regularien gezügelt;
- ‚Freiräume der absoluten Verschwiegenheit und Vertraulichkeit‘ werden durch hierarchische Mechanismen bedroht;
- Qualitätssicherung dient lediglich der Umsetzung von ‚lean-management‘-Konzeptionen;
- Hintergründiges Ziel von Qualitätsmanagement ist die Reduzierung und der Abbau sozialer Dienstleistungen;
- Beratungsarbeit ist ein sich ständig entwickelnder Prozess, der sich nicht in genormte Korsetts zwingen läßt;
- Beratungsqualität und die Ergebnisse von Beratungsarbeit lassen sich nicht messen.

In diesen Argumentationen spiegeln sich sowohl stark emotional geprägte Abwehrhaltungen bis hin zu Ängsten um die eigenen Position als auch inhaltlich-rationale Vorbehalte und theoretische Gegenentwürfe wider.

In diesem Beitrag soll es nicht darum gehen, auf alle Gegenargumente einzugehen oder sie gar zu entkräften. **Ziel ist vielmehr, für diejenigen, die sich der Thematik nähern, einige Grundinformationen aufzubereiten und aufzufordern, in die Diskussion einzusteigen. Verständlicherweise möchte sich nicht jede Leserin, jeder Leser mit allen Informationen befassen, sondern lieber gleich beim Wesentlichen ansetzen. Ich habe daher versucht, die Hauptkapitel so zu fassen, dass sie für sich verständlich sind und der spätere Quereinstieg möglich ist.**

Ich gehe davon aus, dass in erster Linie die professionellen Kräfte in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe gefordert sind, das vorgestellte Terrain zu bearbeiten und praktikable Konzepte zu entwickeln, damit letztlich auch für die vielen nebenamtlichen Helferinnen und Helfer in der betrieblichen Arbeit Nutzeffekte zu erzielen sind.

Zu den Grundinformationen zählen begriffliche Definitionen incl. eines Überblicks zu unterschiedlichen Konzepten des Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung, da sehr differierende Herangehensweisen und Modelle existieren.

Qualitätskonzepte sind ursprünglich betriebswirtschaftlich technische Konzepte für den Produktionsbereich und können nicht einfach auf den Dienstleistungsbereich übertragen werden. Es ist daher notwendig, die spezifischen Gegebenheiten des Dienstleistungsbereichs darzulegen.

Dienstleistungen werden u.a. im Gesundheitsbereich und sonstigen Feldern sozialer Arbeit verrichtet. In einem dritten Schritt sind daher noch die Besonderheiten sozialer Arbeit einschließlich der Frage von Qualitätskonzepten für diesen Bereich zu erläutern.

Letztlich ist auf die Frage einzugehen, wie dieses im Arbeitsfeld der betrieblichen Suchtprävention und Suchtberatung umgesetzt werden kann und welchen besonderen Aspekten es dort unterliegt.

1 **Qualität in den Kategorien ökonomisch bestimmter Grunddimensionen und Faktoren**

*...Beim Wohnen zeigt sich Qualität am Platze
beim Denken zeigt sich Qualität in der Tiefe
beim Schenken zeigt sich Qualität in der Liebe
beim Reden zeigt sich Qualität in der Wahrheit
beim Walten zeigt sich Qualität in der Ordnung
beim Wirken zeigt sich Qualität im Können
beim Bewegen zeigt sich Qualität in der rechten Zeit ...
LAO-TSE (ca. 300 v. Chr.)¹*

Das die einleitend genannten Vorbehalte und Befürchtungen gegenüber den Bestrebungen zur Einführung von Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich bestehen ist u.a. der Tatsache geschuldet, dass dieses ursprünglich rein betriebswirtschaftliche Konzepte der industriellen Produktion waren und auch dort lange eine sehr eingeeengte Bedeutung hatten. So ist z.B. in Gablers Wirtschaftslexikon von 1972 *Qualität* lediglich definiert als

„Güte einer Sache, Ware“²

und unter dem Begriff ‚*Qualitätssicherung*‘ findet sich der Verweis auf den Begriff ‚*Beschaffenheitssicherung*‘ als

„Maßnahmen zur Garantierung bestimmter Eigenarten oder Eigenschaften von *Handelswaren*.“³

Hiermit eng verbunden ist die ‚*Qualitätskontrolle*‘ als

„systematische Überwachung aller qualitätsbeeinflussenden Faktoren im Produktionsprozeß, um Ausschuß und Nacharbeit zu vermindern und den Ruf des Betriebes beim Kunden zu festigen.“⁴

Dieses eher formal-technische Verständnis von Qualität und der dahinterstehende interventionistische Kontrollzugriff haften den Qualitätskonzepten

¹ Lao-tse: Tao te king. Nach der Übersetzung von R.Wilhem (1910). Düsseldorf/Köln. Hierbei wurde der im Original verwendete Begriff „*Güte*“ durch den Begriff „*Qualität*“ ersetzt.

Zitiert nach: Oppen, Maria (1995), S.7

² Sellien, R./ Sellin, H. (1972), Bd.5, S.1200

³ ebenda, Bd.1, S.213

⁴ ebenda, Bd.5, S.1201

noch stark an, obwohl – wie nachfolgend aufzuzeigen ist – dieses nicht einmal mehr auf die ökonomisch ausgerichteten Modelle zutrifft.

1.1 Begriffswirrwarr und Begriffsdefinitionen

Die Tatsache, dass der Ruf nach Qualitätsmanagement oder Qualitätssicherung quer durchs ganze Land erschallt bedeutet nicht gleichzeitig ein einheitliches Verständnis dieser Begriffe. Im Gegenteil entsteht eher der Eindruck einer großen Verwirrung, die schon beim Ausgangsbegriff ‚*Qualität*‘ ansetzt.

„Die heterogenen und diffusen Auffassungen über ‚Qualität‘, die vielfach sowohl für Sach- als auch für Dienstleistungen gültig sind, machen deutlich, daß es bis heute nicht gelungen ist, ein in Ansätzen tragfähiges und allgemein akzeptiertes Qualitätsverständnis zu schaffen.“⁵

Umgangssprachlich steht das vom lateinischen „qualis“ (=wie beschaffen) stammende Wort für die ‚Beschaffenheit‘, ‚Güte‘ oder den ‚Wert‘ eines Objektes und ist im Ursprung eine Kategorie, die sich in den verschiedensten philosophischen Lehren wiederfindet⁶.

„**Qualität** [lat.], allgemein Beschaffenheit; Güte, Wert.

☒ seit Aristoteles eine Kategorie, in die die Aussagen über zumeist sinnl. Wahrnehmbare, „wesentl.“ Eigenschaften von Gegenständen fallen; ontolog. das System der Eigenschaften, die ein Ding zu dem machen, was es ist, und es von anderen Dingen unterscheiden. Auf Aristoteles geht die Unterscheidung von *objektiven Qu.en* (in der Natur unabhängig von der spezif. Transformation durch menschl. Sinnesorgane vorhanden) und *subjektiven Qu.en* (bei J.Locke: *primäre* und *sekundäre Qu.en*) (die wie Farbe, Töne usw. nicht „wirkl.“ in oder an den Dingen seien; die Dinge induzierten ledigl. die entsprechenden Empfindungen) zurück.“

Meyers Enzyklopädisches Lexikon in 25 Bänden (1977).
Mannheim/Wien/Zürich: Bibliographisches Institut.

Mit dem Beginn der Manufaktur und dann verstärkt mit der industriellen Produktion ist der Qualitätsbegriff aber zunehmend ein ökonomischer geworden, wobei es auch hier sehr unterschiedliche Definitionsversuche der ‚Qualitätsexperten‘ gibt.

⁵ Bruhn, Manfred (1996), S.23

⁶ siehe hierzu: Klaus, G. / Buhr, M. (1972), Bd.3, S.895ff.

- Das Problem mit der Definition von Qualität ist die Übersetzung zukünftiger Bedürfnisse der Nutzer in meßbare Charakteristika, nach denen das Produkt zufriedenstellend designed und produziert werden kann, und zwar zu einem Preis, den der Abnehmer auch zahlen wird
(*Shewhart 1931*)
- Quality means best of certain customers conditions. These conditions are a) the actual use and b) the selling price (*Feigenbaum 1961*)
- Quality is fitness for use (*Juran 1974*)
- Qualität muß am Zusammenwirken dreier Faktoren gemessen werden: dem Produkt, dem Benutzer und der Anleitung/Unterstützung des Gebrauchs (*Deming 1982*)
- Qualität ist die Beschaffenheit (Gesamtheit der Merkmale und Merkmalswerte) einer Einheit (materielle und immaterielle Gegenstände der Betrachtung) bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen (*DIN Norm 55350; 1987*)
- Qualität heißt den Kunden zufriedenstellen; sie ist in den Herstellungsprozeß eingebaut durch kontinuierliche Verbesserung des Standards unter Einbeziehung aller Beschäftigten (*Lillrank/Kano 1989*)

Abb. 1 Definitionen von Qualität (nach Oppen 1995, S.13)

Zur Präzisierung dieser unterschiedlichen, betriebswirtschaftlich orientierten Auffassungen von Qualität erscheint eine Systematisierung unumgänglich. Hierzu wird meist auf die von David A. Garvin herausgearbeiteten Ansätze zur Qualitätsdefinition zurückgegriffen⁷.

□ **Der transzendente Qualitätsbegriff**

Bei diesem eher metaphysischen Ansatz wird Qualität verstanden als etwas *Einzigartiges, Perfektes und Absolutes*, das sich „jedem Vergleich entzieht“ oder für das „kein Preis zu hoch ist“. Dieser Qualitätsbegriff steht somit für außergewöhnlich hohe Anforderungen und Standards, die keinem Trend unterworfen sind. Diese Einzigartigkeit zielt in Priorität auf die subjektive Erfahrung und Wertung des eher ‚erlauchten‘ Kreises der Nutzer und entzieht sich einer objektivierten Messbarkeit.

⁷ siehe hierzu: Bruhn, Manfred (1996), S.24. Oppen, Maria (1995), S.13ff.. Oess, Attila (1993), S.31ff.

□ **Der produktbezogene Qualitätsbegriff**

Letzteres kehrt sich beim produktbezogenen Ansatz um in Qualität als präzise und messbare Größe in einer objektivistischen und technisierten Orientierung. Für die Qualitätsbewertung, die –kontrolle sowie den Qualitätsvergleich bedarf es hierzu normierter Kriterien, wie sie z.B. in den DIN-Normen zu finden sind. Qualitätsunterschiede manifestieren sich in Differenzen der Produkteigenschaften bzw. Teileigenschaften des Produktes („*product-based*“). Die Herstellung einer höheren Qualität ist bei diesem Ansatz in der Regel mit höheren Produktionskosten verbunden.

□ **Der kundenbezogene Qualitätsbegriff**

Bei diesem Ansatz wird Qualität durch die ‚Brille des Kunden‘ über dessen subjektive Wahrnehmung und Wertung definiert („*user-based*“). Als Indikator steht dahinter die optimale Bedürfnisbefriedigung. Unter diesen Prämissen gibt es verständlicherweise eine hohe Abhängigkeit von aktuellen Trends, was bedeutet, dass

„nicht jedes Produkt, das häufig gekauft wird, deswegen besser ist.“⁸

□ **Der herstellungsbezogene Qualitätsbegriff**

Unter diesem Ansatz wird Qualität auf den Produktionsprozeß fokussiert. Vorgegebene Anforderungen sind zu erfüllen, Abläufe einzuhalten, Fehler auszuschließen. Sind diese Kriterien erfüllt, ist die Produktion von Qualitätsprodukten gewährleistet, erfolgen Abweichungen vom Standard, kommt es zu Qualitätsminderungen. Die Konsumentenorientierung ist bei diesem Ansatz stark vernachlässigt.

□ **Der wertbezogene Qualitätsbegriff**

Unter diesem Ansatz erfolgt die Definition von Qualität auf der Basis von Kosten und Preisen. D.h. ein betrieblich bestimmtes Qualitätsniveau erfordert bestimmte Produktionskosten; der Kunde muß für einen spezifischen Qualitätsstandard einen bestimmten Preis zahlen. Das Resultat hieraus ist die Frage nach der ‚bezahlbaren Qualität‘ bzw. die Entscheidung für den Kunden: ‚ist ein Produkt den geforderten Preis wert‘, jeweils in Abhängigkeit zur Zahlungsfähigkeit oder Zahlungswilligkeit des einzelnen

⁸ Oess, Attila (1993), S.32

Kunden. Es gibt bei diesem Ansatz somit keine definierbaren objektiven Qualitätskriterien.

Deutlich wird bei diesen Ansätzen, dass nicht nur zwischen Kunden und Produzenten, sondern auch zwischen verschiedenen Abteilungen eines Unternehmens differierende Qualitätsbegriffe bestehen können. Daraus folgern unterschiedliche Konzepte zur Qualitätsmessung, -bewertung und -sicherung.

„In Anbetracht der Komplexität und des Facettenreichtums der Qualitätsproblematik ist eine Präzisierung dessen, was jeweils mit Qualität gemeint sein soll, Voraussetzung für jede Verständigung über Konzeption und Strategien zur Qualitätssicherung und -verbesserung.“⁹

In diesem Sinne erfolgt hier eine Festlegung des Qualitätsbegriffes auf die Definition der *Deutschen Gesellschaft für Qualität e.V.*

Qualität ist danach „.... die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“¹⁰

Der Begriff der ‚Einheit‘ bezieht sich sowohl auf Produkte als auch auf Tätigkeiten und kann daher auch für den Bereich der Dienstleistungen verwendet werden. *Qualität bezeichnet dann die realisierte Beschaffenheit eines Produktes, einer Tätigkeit, einer Dienstleistung bezüglich aller Anforderungen an die Qualität dieser Einheit.*

Der Qualitätsbegriff für Dienstleistungen soll im Nachfolgenden noch konkretisiert werden.

Des weiteren werden folgende Begriffsdefinitionen zugrunde gelegt:

Unter **Qualitätsmanagement (QM)** werden verstanden „alle Tätigkeiten der Gesamtführungsaufgabe, welche die Qualitätspolitik, Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems verwirklichen“.¹¹

⁹ Oppen, Maria (1995), S.16

¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (Hrsg.) (1995a); siehe auch DIN EN ISO 8402 (1995-08). Qualitätsmanagement – Begriffe.

¹¹ DIN EN ISO 8402 (1995-08). Qualitätsmanagement -Begriffe

„Unter einem **Qualitätsmanagementsystem (QMS)** ist die Zusammenfügung verschiedener Bausteine unter sachlogischen Gesichtspunkten zu verstehen, um unternehmensintern und –extern eine systematische Analyse, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle von qualitätsrelevanten Aspekten des Leistungsprogramms eines Unternehmens sicherzustellen.“¹²

Qualitätssicherung (QS) sind „alle geplanten und systematischen Tätigkeiten, die innerhalb des Qualitätsmanagementsystems verwirklicht sind ...“¹³

Das **Qualitätssicherungssystem (QSS)** sind „die Organisationsstruktur, die Verantwortlichkeiten, Abläufe, Verfahren und Mittel zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements.“¹⁴

1.2 Die historische Entwicklung ökonomischer Qualitätskonzepte

„Wenn von dem heutigen Total Quality Management gesprochen wird, ist es nicht das Ergebnis einer gradlinigen Umwandlung eines Konzeptes der Qualitätsexperten, sondern das Ergebnis einer Vielzahl von kleinen Entwicklungsschritten, die nicht nur in Europa so nachvollzogen werden, sondern auch in ihrer ursprünglichen Form in Japan so abgelaufen sind. Der Hauptunterschied besteht darin, daß sich in Japan die Entwicklung in vielen kleinen Schritten in ständiger Verbesserung (Kaizen) vollzogen hat, während sie in den westlichen Industrienationen aufgrund des Wettbewerbsvorsprungs von Japan an dieser Stelle auf kürzere Zeit komprimiert nachvollzogen werden mußte.“¹⁵

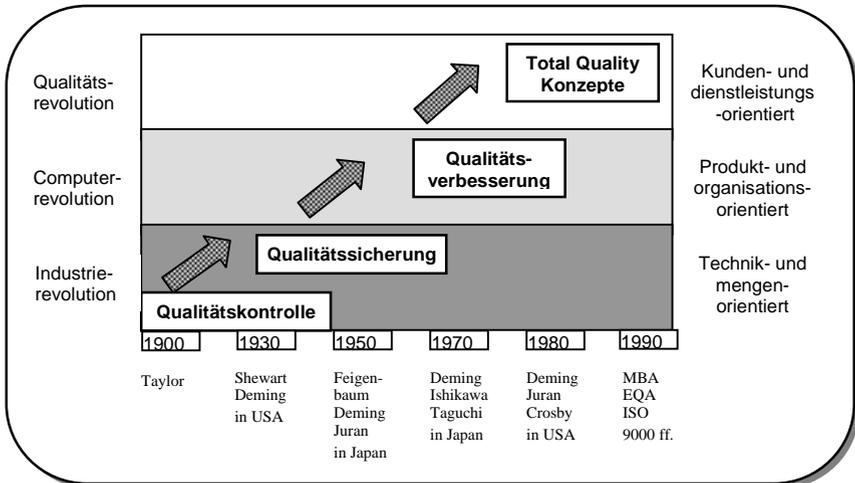
Die historische Entwicklung ist im Überblick aus der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen:

¹² Bruhn, Manfred (1996), S.89

¹³ DIN EN ISO 8402 Nr.3.5.

¹⁴ DIN ISO Norm; nach Hartkamp, N. (1995)

¹⁵ Seigner, Jörg (1997), S.44



Quelle: Seigner, Jörg (1997), S.45

Abb.2 Entwicklung des Qualitätsmanagements im Zeitverlauf

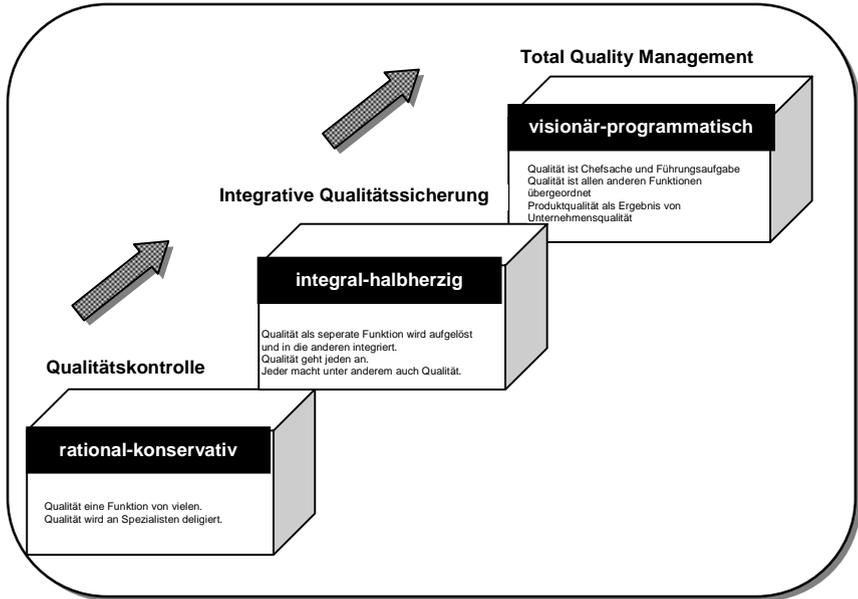
Wie schon erwähnt liegt der Ursprung im Zeitraum der Ausweitung industrieller Massenproduktion unter den Bedingungen des Taylorismus in der Einführung strenger Kontrollmechanismen zur Überprüfung der Produktqualität. Es folgte laut J.Seigner eine Weiterentwicklung mittels statistischen Methoden, z.B. Prozessregelkarten, Histogramme, Varianzprüfungen etc. von der Qualitätskontrolle zur Qualitätssicherung. Erstmals in der Folgestufe der Qualitätsverbesserung wurde der technisch determinierte Focus durch mitarbeiterorientierte Maßnahmen, wie z.B. Qualitätszirkel, erweitert. In dieser Stufe hat

„als Strategie der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung unter Einbeziehung von Management und Mitarbeitern ‚Kaizen‘ große Bedeutung erlangt.“¹⁶

Mit der Entwicklung von Total Quality Konzepten wurde schließlich Qualität als oberstes strategisches Ziel manifestiert.

¹⁶ Seigner, Jörg (1997), S.46

Die Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Veränderung des Qualitätsaspektes, wie in der nachfolgenden Abbildung beschrieben:



Quelle: Kamiske, G.F. / Malomy, C. (1994), S.9

Abb.3 Entwicklungsstufen des Qualitätsaspektes¹⁷



Rational-konservativ

Qualität wird als eine von vielen Funktionen im Unternehmen angesehen und an Spezialisten delegiert. Damit ist die Qualitätsverantwortung personen- bzw. abteilungsbezogen institutionalisiert. Unter Qualität wird vor allem die Produktqualität verstanden.



Integral-halbherzig

Durch die Auflösung der Qualität als separate Funktion geht die Qualitätsverantwortung zwar auf alle im Unternehmen über, doch bleibt der Qualitätsbegriff unklar, diffus und untergeordnet.

¹⁷ siehe Seigner, Jörg (1997), S.47

☒ Visionär-programmatisch

Qualität wird aus dem Schattendasein emporgehoben, zur Chefsache erklärt und allen anderen Unternehmensfunktionen übergeordnet – Total Quality Management. Produktqualität ist das selbstverständliche Produkt aus der Unternehmens- und Prozeßqualität. Qualität wird unternehmensweit definiert, geplant, überwacht und schrittweise verbessert.“¹⁸

1.3 Das Beispiel eines ökonomischen Qualitätskonzeptes

Als einer der „*Qualitätspäpste*“ gilt Edwards W. Deming. Wesentliche Eckpunkte seines Qualitätskonzeptes sind¹⁹:

- QM muß im Kopf beginnen, sowohl im Kopf des Unternehmens als auch im Kopf jedes einzelnen Mitarbeiters und Qualität kann über Schulungen, Trainings und den Führungsstil beeinflusst werden.
- Er verzichtet auf eine übergreifende Definition von Qualität. Qualität ist vielmehr für jede einzelne Einheit präzise zu definieren, wobei die Qualitätsanforderungen aus unterschiedlichen Blickrichtungen zu erörtern sind.
- Alle Aussagen über die Qualität einer Einheit sind ständig zu hinterfragen und von allen Seiten neu zu beleuchten, da jede Einheit unterschiedliche ‚Qualitäten‘ aufweist.
- E.W.Deming legt hohes Gewicht auf den umfangreichen Einsatz statistischer Methoden hinsichtlich der systematischen Erfassung von Qualitätsabweichungen sowie zum entdecken und eliminieren ihrer Ursachen.
- Antriebsfeder ist das Bestreben nach ständiger Verbesserung.

E.W.Deming hat für seinen Ansatz 14 Grundsatzpunkte formuliert und versucht, daraus ein Management-Konzept zu formen:

1. Aufbau der Zielsetzung einer ständigen Verbesserung der angebotenen Produkte und Serviceleistungen.
2. Übernahme der Null-Fehler-Philosophie, die es ablehnt, Fehler zu akzeptieren.
3. Beseitigung der Abhängigkeit von Massenprüfungen und des sich Verlassens auf statistische Kontrollen.

¹⁸ Seigner, Jörg (1997), S.46

¹⁹ siehe hierzu u.a.: Oess, Attila (1993), S.76ff.; Seigner, Jörg (1997), 61ff:

4. Verpflichtung der Lieferanten, statistische Qualitätsnachweise zur Verfügung zu stellen.
5. Permanente Verbesserung von Produktion und Service.
6. Ständige Weiterbildung aller Angestellten.
7. Bereitstellung geeigneter Instrumente zur korrekten Aufgabenerfüllung für alle Angestellten.
8. Förderung der Kommunikation und Produktivität.
9. Förderung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Abteilungen bei der Lösung von Problemen.
10. Beseitigung von Botschaften, die keine genau festgelegten Verbesserungen beinhalten.
11. Nutzung statistischer Verfahren, um Qualität und Produktivität laufend zu verbessern.
12. Beseitigung aller Hindernisse, hochwertige Leistungen zu erbringen.
13. Laufendes Angebot von Fortbildungsmaßnahmen, um mit den laufenden Marktveränderungen Schritt zu halten.
14. Deutliche Verpflichtung des Topmanagements zur Qualität.

Quelle: Bruhn, Manfred (1996), S.63

Abb. 4 Deming's 14-Punkte für das Management

Obwohl der Kern des Ansatzes von E.W.Deming in der systematischen statistischen Dokumentation und Überprüfung liegt,

„...legt er hohes Gewicht auf das Verhalten der Mitarbeiter in bezug auf Zusammenarbeit, Kommunikation, freie Meinungsäußerung und offenes Klima. Deming könnte, auf eine griffige Formel gebracht, als ‚der Statistiker mit dem sozialen Gewissen‘ bezeichnet werden.

Obwohl jedoch die Hälfte seiner 14 Punkte Verhaltensdimensionen ausmachen und er sich deren Bedeutung durchaus bewußt ist, hat Deming kein Konzept für das soziale System entwickelt, das so komplexen Fragen wie Motivation, Führungsstil und Betriebsklima Rechnung trägt. Statt dessen wendet er zum Teil seine statistischen Methoden auf das soziale System an.“²⁰

Aus den Erfahrungen mit der japanischen Qualitätskultur entwickelte E.W.Deming das System des „*profunden Wissens*“ (System of Profound Knowledge), und betonte die Bedeutung der ständigen Zusammenarbeit aller

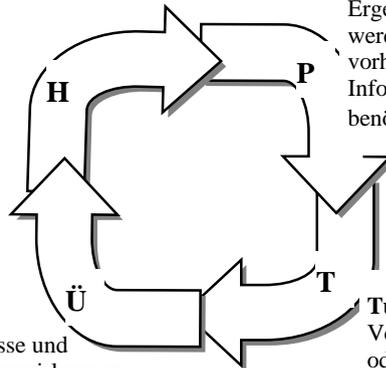
²⁰ Oess, Attila (1993), S.78/79

Facheinheiten eines Unternehmens im Kreislauf permanenter Verbesserungsprozesse.

„Die Japaner übertrugen diese Gedanken auf alle Management-Aktivitäten und taufte diesen Kreislauf den Deming Cycle oder PDCA, wobei sie folgende Beziehung herstellten:“²¹

Handle: Bestätigen die Daten das Vorhaben? Wirken andere Ursachen ein? Sind die Risiken für weitere Veränderungsschritte notwendig oder nützlich?

Plane: Was könnte zukünftig sein? Welche Veränderungen werden benötigt? Welche Hindernisse müssen überwunden werden? Welches sind die wichtigsten Ergebnisse, die benötigt werden? Sind bereits Daten vorhanden? Welche neuen Informationen werden benötigt?



Überprüfe: Messe und beobachte die Auswirkungen der durchgeführten Veränderungsmaßnahme.

Tue: Führe eine Veränderungsmaßnahme oder einen Test durch, um erste Informationen über die Auswirkungen zu erhalten.

Quelle: Oess, Attila (1993), S.95

Abb. 5 Der Deming-Cycle

„Der DemingCycle besteht aus einem Kreislauf von Aktivitäten zur Verbesserung. Er beginnt mit einer Untersuchung der gegenwärtigen Situation. Hierzu werden Daten gesucht, um einen Plan zur Verbesserung zu formulieren. Wenn dieser fertiggestellt ist, wird er eingeführt beziehungsweise umgesetzt. Nach Umsetzung des Plans wird überprüft, ob er die gewünschte Verbesserung auch erzielt hat. Im positiven Falle werden Maßnahmen zur Standardisierung der Lösung ergriffen, um die neue Methode auf Dauer zu etablieren. Dieser

²¹ Oess, Attila (1993), S.94

etablierte Standard kann dann erneut durch einen neuen Plan in Frage gestellt und verbessert werden.“²²

1.4 Das Modell des Total Quality Management (TQM)

Dieses Modell eines umfassenden QM basiert auf der Philosophie, dass zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung alle Mitarbeiter und alle Führungskräfte sämtlicher Hierarchieebenen beteiligt sowie verantwortlich sein müssen. Die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. definiert das Total Quality Management wie folgt:

„Total Quality Management ist eine auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder beruhende Führungsmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenheit der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt.“²³

„Unter Total Quality Management werden alle Strukturen, Abläufe, Vorschriften, Regeln, Anweisungen und Maßnahmen verstanden, die dazu dienen, die Qualität von Produkten und Dienstleistungen einer Unternehmung in allen Funktionen (...) und allen Ebenen durch die Mitwirkung aller Mitarbeiter termingerecht und zu günstigen Kosten zu gewährleisten sowie kontinuierlich zu verbessern, um eine optimale Bedürfnisbefriedigung der Konsumenten und der Gesellschaft zu ermöglichen.“²⁴

Aus diesen Definitionen ist zu ersehen, dass es sich bei TQM nicht mehr um ein isoliertes Qualitätskonzept handelt, sondern um eine das ganze Unternehmen umfassende *Qualitätsphilosophie* bzw. *Qualitätskultur*, deren Entstehungsgrundlage in Japan zu finden ist und für die es die unterschiedlichsten Konzepte gibt. Einige hiervon sollen im folgenden kurz dargestellt werden²⁵, wobei der vorab vorgestellte Ansatz von E.W.Deming ebenfalls dazu gehört.

Bei Joseph M.Juran (Qualität als „*fitness for use*“) steht die „*Quality Trilogy*“ aus Qualitätsplanung, -regelung und -verbesserung als umfassender Managementprozeß im Mittelpunkt, der ähnlich wie bei E.W.Deming vor allem statistische Methoden und Verfahren nutzt.

²² Oess, Attila (1993), S.95

²³ Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (Hrsg.) (1995a)

²⁴ Oess, Attila (1991), S.89

²⁵ beruhend auf: Bruhn, Manfred (1996), S.84ff.

„Obgleich Trainingsprogramme für Führungskräfte empfohlen werden, ist der Stellenwert der Mitarbeiter im Rahmen dieses Konzeptes eher gering.“²⁶

Im Konzept von Armand V. Feigenbaum findet TQM erstmals auch begrifflich seinen Niederschlag im „*Total Quality Control*“, in dem

„Schwerpunkte in der interfunktionalen Zusammenarbeit der Unternehmensbereiche und der Verantwortung sämtlicher Mitarbeiter für die Produktqualität – verstanden als Erfüllung der Verbrauchererwartungen – gesetzt“²⁷ werden.

Im japanischen Konzept der „*Company Wide Quality Control (CWQC)*“ von K. Ishikawa

„wird insbesondere ein partizipatives Management – mit besonderer Betonung der Mitarbeitermotivation und –schulung – gefordert. Qualität bedeutet für Ishikawa die Erfüllung der Kundenerwartungen, dementsprechend nehmen die Marktforschung sowie Instrumente zur Umsetzung der Qualitätserwartungen einen großen Stellenwert ein.“²⁸

Philip B. Crosby versteht QM

„... als unternehmensweites Konzept, das explizit Verwaltungsbereiche und Dienstleistungen einschließt. Seine generelle Forderung eines *Null-Fehler-Leistungsstandards* nach der Devise „Do it right the first time“ in allen Unternehmensbereichen sieht er durch den Aufbau einer qualitätsorientierten Unternehmenskultur erfüllt, die er als originäre Aufgabe der Unternehmensleitung ansieht.“²⁹

Diese verschiedenen TQM-Konzeptionen wurden im Laufe der Zeit durch unterschiedliche praxisorientierte Überlegungen erweitert, zu denen vor allem zählen

- „- die *Taguchi-Philosophie*, die zusätzlich eine gesellschaftspolitische Qualitätsdimension einführt,
- das *Prozeßmanagement* sowie
- das *Kaizen-Konzept* als Ansatz einer permanenten, konsequenten Verbesserungsorientierung sämtlicher Prozesse im Unternehmen.“³⁰

²⁶ Bruhn, Manfred (1996), S.85

²⁷ ebenda, S.86

²⁸ ebenda

²⁹ ebenda, S.86/87

³⁰ ebenda, S.87

Auf die letztgenannte Entwicklunglinie möchte ich noch gesondert eingehen, da diese m.E. einen sehr wichtigen motivationalen, partizipativen und prozeßorientierten Ansatz beinhaltet.

Der japanische Begriff **Kaizen** bedeutet „*Vervollkommnung*“ in dem Bestreben der ständigen Verbesserung um der Verbesserung willen. *Kaizen* ist eine aktive Praxis, die von kontinuierlicher Kleingruppenarbeit zur Qualitätsverbesserung getragen wird.

„TQM beschreibt die Führungsstrategie. KAIZEN die dafür förderliche Denkweise. Der Qualitätszirkel hingegen ist die operative Komponente.“³¹

„Nichts ist so beständig wie der Wandel. KAIZEN heißt, sich dieser pausenlosen Veränderung bewußt zu sein und sie positiv zu lenken. *„Da die Dinge ohnehin nicht so bleiben, wie sie sind, bringe sie in eine gute Richtung.“* Wenn schon Veränderung, dann auch zum Besseren. Das ist die Botschaft von KAIZEN. Nicht ein großes, endgültiges Ziel ins Auge fassen, sondern auf das konzentrieren, was in diesem Augenblick getan werden muß. Dies ähnelt der Haltung des ZEN Wer sich beispielsweise darum bemüht, ZEN in der Kunst des Bogenschießens zu erlangen, hat den Augenblick (das eigentliche Ziel) verpaßt, wenn er an die Scheibe denkt. Gelingt jedoch die vollkommene Konzentration im Vorgang, ohne das störende Gedanken aufkommen, so wird das Ziel von selbst getroffen.

Es ist eine meditative Kunst, die nichts mit Religion zu tun hat, sondern lediglich vollkommenes Gewahrsein des Augenblicks bedeutet. Wer nur an das denkt, was kommt, oder nur an das, was war, ist nicht in der Gegenwart. Im mechanistischen Denken nehmen Vergangenheit und Zukunft einen großen Raum in der Vorstellung ein.“³²

1.5. Die Normierung und Zertifizierung von Qualität

Im Gegensatz zu dem sehr dynamischen Ansatz des Kaizen mit der Forderung nach permanenter Verbesserung der Qualität, was gleichzeitig bedeutet, dass es keine abschließende, alle Kriterien auf Dauer festlegende Qualitätsdefinition geben kann, steht die traditionell deutsche Qualitätsphilosophie der Normierung als eine nicht führend oder gestaltende, sondern

³¹ Heß, Martin (1997), S.25

³² ebenda

bürokratisch kontrollierende und zertifizierende Organisierung von Qualität. Sie ist vor allem mit folgenden Problemen behaftet:

„sie ist eher statisch und von daher nicht besonders innovationsförderlich, kontrollorientiert und als Top-down-Expertensystem angelegt, bei dem die Kunden- und Beschäftigtenperspektive zu kurz kommen.“³³

Das diese Qualitätsnormen trotzdem so große Akzeptanz finden, liegt in der mit einer Normierung begründeten Vergleichbarkeit und der zunehmenden Bedeutung der Zertifizierung von QMS.

Die Zertifizierung (Certification of Conformity) ist eine

„Maßnahme durch einen unparteiischen Dritten, die aufzeigt, daß angemessenes Vertrauen besteht, daß eine ordnungsgemäß bezeichnete Einheit die Qualitätsforderung erfüllen wird“ (W.Geiger).³⁴

Seit 1985 führt die „Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Qualitätssicherungssystemen DQS“ Qualitätsaudits durch und stellt bei positiven Ergebnissen Qualitätszertifikate aus, welche in der Außendarstellung von Unternehmen einen hohen Stellenwert einnehmen.

„Grundlagen zum Aufbau und Betrieb eines Qualitätsmanagementsystems und damit auch Basis eines Qualitätsaudits sowie einer Zertifizierung sind die **Normen DIN ISO 9000 bis 9004**, beziehungsweise die Europa-Normenreihe EN 29000 bis 29004. Die Normen mit der Bezeichnung ISO (International Standard Organization) charakterisieren, daß diese Normenreihe nicht nur in Deutschland, sondern weltweit in 40 Ländern verbindlich anerkannt ist.“³⁵

DIN ISO 9000 Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsnormen, Leitfaden zur Auswahl und Anwendung.

DIN ISO 9001 Qualitätssicherungssysteme – Modell zur Darlegung der Qualitätssicherung in Design/Entwicklung, Produktion, Montage und Kundendienst.

DIN ISO 9002 Qualitätssicherungssysteme – Modell zur Darlegung der Qualitätssicherung in Produktion und Montage.

³³ Oppen, Maria (1995), S.20

³⁴ Meffert, H. / Bruhn, M. (1995), S.243

³⁵ ebenda

DIN ISO 9003 Qualitätssicherungssysteme – Modell zur Darlegung der Qualitätssicherung bei der Endprüfung.

DIN ISO 9004 Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssysteme – Leitfaden.

DIN ISO 9004 (Teil 2) Leitfaden für Dienstleistungen.

„Während ISO 9000 einige Definitionen, Konzepte sowie eine Zusammenfassung für die Auswahl und Anwendung der Normen gibt, sind ISO 9001 bis 9003 zur Auditierung gedacht. ISO 9004 dient dagegen im Rahmen eines internen Gebrauchs als ‚Gradmesser‘ für den Entwicklungsstand eines Total Quality Systems. Im Unterschied zu den Normen ISO 9001 bis 9003 fordert es nicht mehr, daß im Unternehmen bestimmte für Qualität verantwortliche Abteilungen existieren. Es werden keine einzuhaltenden Bedingungen gefordert, sondern Vorschläge in bezug auf technische, administrative und menschliche Faktoren, die Qualität von Produkten oder Dienstleistungen beeinflussen, formuliert.“³⁶

Die Problematik der Normierung im Dienstleistungsbereich wird im nächsten Kapitel nochmals aufgegriffen.

Im Übrigen unterscheidet sich

„die Auffassung der anderen europäischen Länder in bezug auf Qualität ... nicht allzu sehr von der deutschen, obwohl die European Organization for Quality Control (EOQC) eine etwas modernere Definition benutzt.Betrachtet man jedoch die in diesen Ländern praktizierte Qualitätspolitik sowie die dortigen Marktgegebenheiten, die sich nur in Details von den unseren unterscheiden, muß man den Schluß ziehen, daß auch hier weitgehend die Technokraten herrschen und der Blick auf die Marktverhältnisse getrübt scheint.“³⁷

Eine weitere Möglichkeit zur Zertifizierung mit einem weniger technokratischen Ansatz bietet das Qualitätsmanagement nach EFQM (European Foundation for Quality Management). Hierauf wird später noch einzugehen sein.

³⁶ Meffert, H. / Bruhn, M. (1995), S.244

³⁷ Oess, Attila, (1993), S.69

2 Konzepte zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung im Dienstleistungsbereich

Viele der bereits aufgeführten Definitionen und Qualitätskonzepte schließen zwar ihre Anwendung auf den Dienstleistungsbereich ein, trotzdem ist aufgrund der Spezifika von Dienstleistungen eine einfache Übertragung nicht möglich. Dieses soll im folgenden konkreter dargestellt werden.

2.1 Dienstleistungen – Abgrenzung und Definition

Dienstleistungen zeichnen sich gegenüber Gütern / Produkten durch folgende Charakteristiken aus:

- Dienstleistungen sind laut DIN ISO 8402 ‚*immaterielle Produkte*‘ als Ergebnis von Tätigkeiten und Prozessen (*Immaterialität*). Eine Dienstleistung kann allerdings durchaus einen materiellen Anteil haben, so z.B. die immaterielle Prüfung einer Rechtsgrundlage mit dem Ergebnis der materiellen Bewilligung einer Geldzahlung.
- Die Produktion und Konsumtion von Dienstleistungen erfolgt gleichzeitig (‚*uno-actu-Prinzip*‘), so dass Dienstleistungen nicht teilbar sind (*Unteilbarkeit*) und nicht gelagert werden können (*Vergänglichkeit*).
- Dienstleistungen werden in der Regel im direkten Kontakt mit dem Kunden erbracht, auch wenn diese in einigen Bereichen über indirekte Kommunikationswege erfolgt (*Integration des externen Faktors*).
- Dienstleistungen können nicht transportiert werden, sie müssen in der Regel am Ort des Produzenten oder Kunden erstellt werden (*Standortgebundenheit*).
- Dienstleistungen werden in jedem Einzelfall neu produziert, so dass jede Dienstleistung für sich einmalig ist (*Individualität bzw. Variabilität*).

Entsprechend ihrer konstitutiven Merkmale lassen sich vier Ansätze zur Definition von Dienstleistungen unterscheiden:³⁸

(1) *Tätigkeitsorientierte Definition*

Diesem Ansatz liegt eine sehr weite Definition von A.Schüller zugrunde, die besagt, dass „*jede menschliche Tätigkeit im eigentlichen und ursprünglichen Sinne eine Dienstleistung, das heißt eine Leistung im Dienste eigener und/oder anderer Interessen ist*“.

³⁸ siehe hierzu: Meffert, H. / Bruhn, M. (1995), S.24f.

(2) *Prozessorientierte Definition*

Hier steht die Dienstleistung als gleichzeitige Tätigkeit von Produktion und Konsumtion in einem ‚*synchronen Kontakt der Marktpartner*‘ (L.Berekoven) im Vordergrund.

(3) *Ergebnisorientierte Definition*

Unter diesem Ansatz wird das produzierte immaterielle Gut als Konkretisierung des Dienstleistungsprozesses in den Mittelpunkt gerückt.

(4) *Potentialorientierte Definition*

„beinhaltet die Auffassung, daß Dienstleistungen als die durch Menschen oder Maschinen geschaffenen Potentiale beziehungsweise Fähigkeiten eines Dienstleistungsanbieters angesehen werden können, spezifische Leistungen“³⁹ für den Kunden zu erbringen.

Hierauf haben Meffert/Bruhn folgende Definition von Dienstleistungen formuliert:

„**Dienstleistungen sind** selbständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung (zum Beispiel Versicherungsleistung) und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeit (zum Beispiel Friseurleistung) verbunden sind (*Potentialorientierung*). Interne (zum Beispiel Geschäftsräume, Personal, Ausbildung) und externe Faktoren (also solche, die nicht im Einflußbereich des Dienstleisters liegen) werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert (*Prozeßorientierung*). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren, an Menschen (zum Beispiel Kunden) oder deren Objekten (zum Beispiel Auto des Kunden) nutzenstiftende Wirkungen (zum Beispiel Inspektion beim Auto) zu erzielen (*Ergebnisorientierung*).

Verwiesen sei noch darauf, dass der Begriff ‚Service‘ synonym zum Dienstleistungsbegriff verwendet werden kann.

2.2 Der Qualitätsbegriff im Dienstleistungsbereich

Aufgrund der Spezifika des Dienstleistungsbegriffes ist auch der Qualitätsbegriff für Dienstleistungen gesondert zu definieren. In der DIN ISO-Norm 9004-2 heißt es hierzu:

³⁹ Meffert, H. / Bruhn, M. (1995), S.25

Qualität ist die „Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen **einer Dienstleistung**, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“.

Als maßgeblich kann zum Qualitätsbegriff festgehalten werden:

„Qualität wird ... wertneutral definiert und wird erst durch Zuordnung von Merkmalen und Eigenschaften greifbar. Letztendlich entscheidet der Kunde über die Qualität der Leistung. Die Entscheidung kann sowohl subjektiver als auch objektiver Art oder eine Mischung aus beidem sein. Qualität ist also nichts Absolutes, sondern es gilt, Qualität zu definieren und individuelle Qualitätsstandards festzulegen. Es muß kommuniziert und abgestimmt werden, was ein Dienstleister als Anbieter unter Qualität versteht, was dem Kunden versprochen wird bzw. die verschiedenen Kunden erwarten und was schließlich auch einzuhalten ist.“⁴⁰

Es geht also um das Verhältnis von realisierter Beschaffenheit (Ist-Zustand) und geforderter Beschaffenheit (Soll-Zustand).

„Daher kann Qualität nie als Ganzes erfaßt werden, sondern nur ausschnittsweise über unterschiedliche Kriterien bzw. Indikatoren.“⁴¹

Als eine ausschlaggebende Besonderheit der Qualität bestimmter Dienstleistungen ist zu berücksichtigen, dass der Kunde im Prozess der Produktion einer Dienstleistung gleichzeitig Ko-Produzent der Leistung ist. Dieses gilt in jedem Fall für soziale Dienstleistungen oder Beratungsdienstleistungen.

„Als weiteres Merkmal wird hervorgehoben, daß die Beratungsleistung im Verlauf eines **interaktiven Prozesses** erstellt wird. Der (Berater; d.Verf.) tritt in engen persönlichen Kontakt zu dem Klienten ..., daß heißt in den Leistungserstellungsprozeß werden sogenannte ‘externe Faktoren’ integriert. Gemeinsam werden Ansätze zur Lösung der anstehenden Probleme erarbeitet. Der Kunde wird zum ‚Co-Produzenten‘ der Beratungsleistung. Diese enge persönliche Zusammenarbeit von Berater und Kunde ist wichtig, um eine an den Bedürfnissen des Kunden orientierte Problemlösung zu gewährleisten. Die Interaktionsbeziehung von Berater und Klient wird daher auch als besonderes Vertrauensverhältnis charakterisiert. Die Zufriedenheit des Kunden hängt damit in entscheidendem Maße auch von seiner Bereitschaft zur konstruktiven Mitarbeit ab. Herrscht beispielsweise keine offene Beziehung seitens des Kunden, so ist auch der

⁴⁰ Brakhahn, W. / Vogt, U. (1997), S.28

⁴¹ Schulz, Wolfgang (1999), S.

Berater in seiner Arbeitsweise beschränkt und eine vollständige Erfüllung der Kundenanforderungen wird erschwert, wenn nicht unmöglich.“⁴²

Trotz des hierin deutlich gewordenen Anteils des Kunden an der Erstellung einer Dienstleistung sowie der Tatsache, dass die

„*Kundensicht* .. für ein Dienstleistungsunternehmen der zentrale Maßstab zur Bestimmung der Dienstleistungsqualität sein“ muß, „darf die Festlegung von Anforderungen an die Dienstleistungsqualität natürlich keinesfalls eindimensional bzw. einseitig aus Kundensicht erfolgen. Die Qualität einer Dienstleistung steht vielmehr in einem *Spannungsfeld*, das sich aus der Sicht der Kunden, der Wettbewerber und des eigenen Unternehmens ergibt.“⁴³

Auf diesem Hintergrund kommt M.Bruhn zu folgender Definition, die im weiteren hier maßgeblich sein soll:

„**Dienstleistungsqualität** ist die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen (unberührbaren;d.Verf.) und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung aufgrund von Kundenerwartungen auf einem bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen. Sie bestimmt sich aus der Summe der Eigenschaften bzw. Merkmale von Dienstleistungen, bestimmten Anforderungen gerecht zu werden.“⁴⁴

Als entscheidende Merkmale von Dienstleistungsqualität sind zu beachten:

„Die **Annehmlichkeit des tangiblen Umfeldes** („tangibles“) beinhaltet das äußere Erscheinungsbild des Dienstleistungsortes, insbesondere der Ausstattung der Räume sowie das Erscheinungsbild des Personals.

Als **Zuverlässigkeit** („reliability“) wird die Fähigkeit des Dienstleistungsanbieters bezeichnet, die versprochenen Leistungen auch auf dem avisierten Niveau zu erfüllen.

Die **Reaktionsfähigkeit** („responsiveness“) stellt die Frage, ob das Dienstleistungsunternehmen in der Lage ist, auf spezifische Wünsche der Kunden einzugehen und sie zu erfüllen. ...

Die **Leistungskompetenz** („assurance“) bezieht sich auf die Fähigkeiten des Anbieters zur Erbringung der Dienstleistung,

⁴² Seigner, Jörg (1997), S.105

⁴³ Bruhn, Manfred (1996), S.25

⁴⁴ ebenda, S.27; siehe auch: Meffert, H. / Bruhn, M. (1995), S.199

insbesondere in bezug auf Wissen, die Höflichkeit und die Vertrauenswürdigkeit der Mitarbeiter.

Das **Einfühlungsvermögen** („emphathy“) kennzeichnet sowohl die Bereitschaft als auch die Fähigkeit des Dienstleistungsanbieters, auf individuelle Wünsche der Kunden einzugehen.“⁴⁵

2.3 Modelle zur Erfassung von Dienstleistungsqualität

Mit Modellen der Erfassung von Dienstleistungsqualität sollen die vom Unternehmen angebotenen Dienstleistungen mit den hierauf bezogenen Qualitätsbeurteilungen durch die Kunden in einen Gesamtzusammenhang gebracht werden. Die wichtigsten Qualitätsmodelle hierzu sind von A.Meyer/R.Mattmüller, C.Grönross,⁴⁶ A.Donabedian und das sogen. GAP-Modell⁴⁷.

Da im Gesundheitsbereich und im Bereich sozialer Arbeit das Qualitätsmodell von A.Donabedian die größte Verbreitung gefunden hat, werde ich mich in der Darstellung hierauf beschränken.

„Das Hauptcharakteristikum des Qualitätsmodells von A.Donabedian ist die Trichotomie der Dienstleistungsqualität in Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Damit zeigt er, daß für die Qualität einer Dienstleistung nicht nur das Ergebnis, sondern auch der Erstellungsprozeß von Bedeutung ist.“⁴⁸

Die nachfolgende Abbildung stellt diesen Zusammenhang schematisch dar:

⁴⁵ Meffert, H. / Bruhn, M. (1995), S.201

⁴⁶ zu Meyer/Mattmüller und Grönroos siehe u.a. in: Seigner, Jörg (1997), S.73f. bzw. 72f.

⁴⁷ zum GAP-Modell siehe ausführlich in: Meffert, H. / Bruhn, M. (1995), S.227ff.

⁴⁸ Seigner, Jörg (1997), S.71

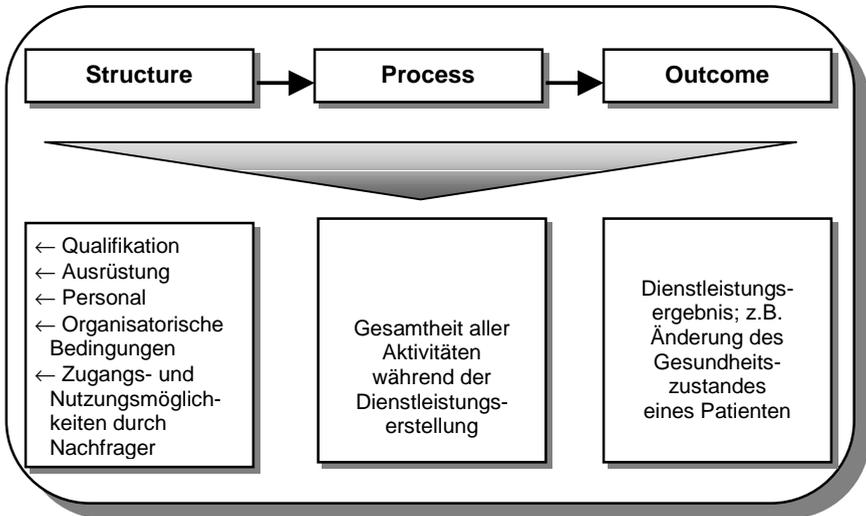


Abb.6 Trichotomie der Dienstleistungsqualität nach A.Donabedian⁴⁹

Das Modell berücksichtigt, dass das Erreichen eines qualitativen, den Kunden zufriedenstellenden Ergebnisses zwar ein wichtiges Kriterium ist, durch die direkte oder indirekte Beteiligung des Kunden am Zustandekommen der Dienstleistung aber zugleich die Qualität des Interaktionsprozesses zwischen Dienstleister und Kunden im Focus der Qualitätsbewertung stehen muß. Die Prozessqualität hat auch deshalb einen so hohen Stellenwert, als das ggfls. erst im Prozess die Anforderungen einer Ergebnisqualität konkreter definiert werden können. So kann es durchaus auch passieren, dass ein Kunde zwar mit dem Endergebnis unzufrieden ist, aber sich trotzdem im Prozess der Dienstleistungserstellung vollauf zufriedengestellt gefühlt hat.

Gleichzeitig sind selbstverständlich auch strukturelle Qualitätsaspekte wie Personaleinsatz, Räumlichkeiten, Ausbildung, Beratungskompetenz etc. wichtige Faktoren für die Interaktionsqualität sowie letztlich die Ergebnisqualität.

⁴⁹ Seigner, Jörg (1997), S.72

2.4 Modelle zur Messung von Dienstleistungsqualität

Um Aussagen über Ausmaß und Niveau der realisierten Dienstleistungsqualität zu erhalten sind Methoden erforderlich, konkret festgelegte Anforderungen an die Dienstleistungsqualität zu messen.

„Es müssen also einerseits **Indikatoren** generiert werden, mit denen das theoretische Konstrukt ‚Qualität‘ indirekt erfassbar gemacht wird, und andererseits sind eindeutige Zuordnungsregeln beziehungsweise Skalen zu entwickeln, auf denen das Qualitätsniveau festgehalten wird.“⁵⁰

Hierzu bieten sich eine Vielzahl von Verfahren an, die unterschiedliche Indikatoren erfassen und in der Praxis einen unterschiedlichen Stellenwert haben. Ohne hier in die Details der Messverfahren zu gehen ist nachfolgend eine Systematik der Verfahren dargestellt.

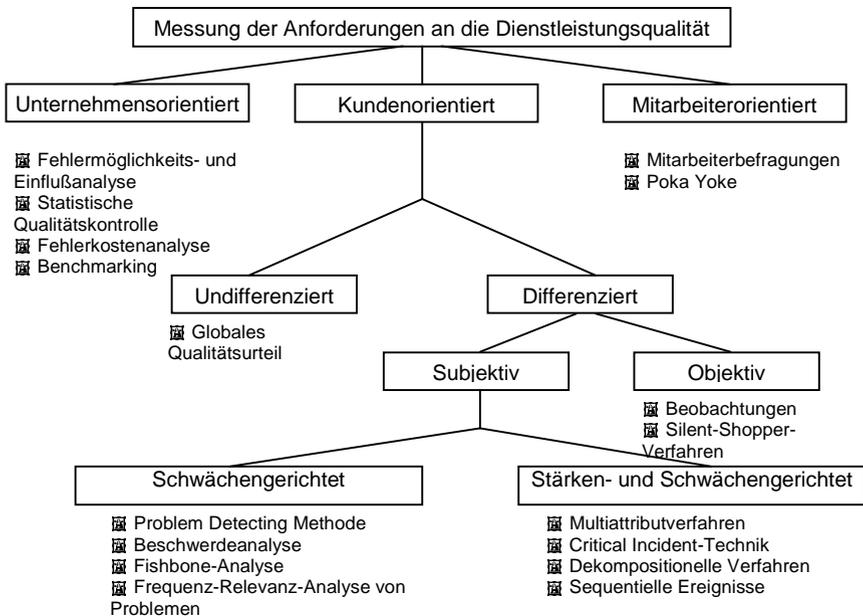


Abb. 7 Systematik der Methoden zur Messung der Anforderungen an die Dienstleistungsqualität⁵¹

⁵⁰ Meffert, H. / Bruhn, M. (1995), S.203

⁵¹ Bruhn, M. (1996), S.36

Die Systematik verdeutlicht, dass es Faktoren gibt, bei denen eine Messung relativ unproblematisch ist, wie z.B. Warentests oder die hier nicht aufgeführte Erfassung der technischen Ausstattung, räumlichen Umgebung etc. („*hard facts*“). Weitaus schwieriger sind aber die Versuche einer objektivierten Messung und Beurteilung der „*soft facts*“ wie z.B. die Mitarbeiterzufriedenheit, die Zufriedenheit der Kunden etc. Diese Schwierigkeiten gelten im übrigen auch für die Normierung und Zertifizierung der Qualitätsanforderungen.

2.5 Qualitätsmanagement und Total Quality Management im Dienstleistungsbereich

Auch die Umsetzung von QMS bzw. TQM ist für den Dienstleistungssektor nochmals speziell zu betrachten. Aufgrund der Individualität bzw. Variabilität von Dienstleistungen und der Schwierigkeit, die „*soft facts*“ im Qualitätsvergleich objektiv zu bewerten, muß eine insgesamt qualitätsorientierte Unternehmenskultur geschaffen werden mit qualitätssichernden Rahmenbedingungen. Die exklusive Bedeutung der personellen Komponente bei der Produktion von Dienstleistungen erfordert ein partizipatives Führungs- und Qualitätskonzept. Obwohl aufgrund der Immaterialität von Dienstleistungen sowie der Integration des externen Faktors die Qualitätskostenermittlung sehr problematisch ist, darf sie für die Bestimmung der Wirtschaftlichkeit von Qualitätsmaßnahmen nicht unberücksichtigt bleiben.

Nach M.Bruhn können die folgenden **drei zentralen Bausteine des TQM-Konzeptes für Dienstleistungen** formuliert werden:

„**Total** - d.h., die Einbeziehung sämtlicher Personengruppen, die an der Dienstleistungserstellung beteiligt sind (Mitarbeiter des Unternehmens; alle Kundengruppen), in den Qualitätsmanagementprozeß,

Quality - d.h., die konsequente Orientierung aller Aktivitäten des Dienstleistungsunternehmens an den Qualitätsforderungen der externen und internen Kundengruppen,

Management - d.h., die übernommene Verantwortung und Initiative der obersten Führungsebene des Dienstleistungsunternehmens für eine systematische Qualitätsüberzeugung und –verbesserung im Rahmen eines partizipativ-kooperativen Führungsstils.

Es wird offensichtlich, daß der TQM-Ansatz für Dienstleistungen eine umfassende Ausrichtung des gesamten Unternehmens an der Qualitätswahrnehmung der internen und externen Dienstleistungskunden beinhaltet, wobei der Philosophieaspekt und die Einhaltung von Prinzipien für das Unternehmen eindeutig im Vordergrund stehen.“⁵²

Für die erfolgreiche Konzipierung und Implementierung eines QMS im Dienstleistungssektor sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:⁵³

- *Bewußtseinskomponente:*
Verankerung einer ‚Servicekultur‘ und eines einheitlichen kundenorientierten Qualitätsbegriffes im Bewusstsein aller Mitarbeiter.
- *Strategiekomponente:*
Zusammenfassung aller Einzelkomponenten von Qualitätsaktivitäten in einer gemeinsamen unternehmerischen Qualitätsstrategie.
- *Positionierungskomponente:*
Ausrichtung der Qualitätsmaßnahmen an der Positionierung des Dienstleistungsunternehmens im Markt.
- *Gestaltungskomponente:*
Schaffung einheitlicher, schriftlich fixierter Qualitätsstandards.
- *Integrationskomponente:*
Inhaltliche, formale und zeitliche Abstimmung der verschiedenen Qualitätskonzepte und –instrumente.
- *Konsistenzkomponente:*
Vermeidung von inhaltlichen oder formalen Widersprüchen bei der Erstellung von Dienstleistungen.
- *Kongruenzkomponente:*
Der für die externen (Dienstleister-Kunden-)Beziehungen formulierte Qualitätsanspruch muß auch interne Gültigkeit haben (zwischen Mitarbeitern / zwischen Abteilungen etc.)
- *Kontinuitätskomponente:*
QM ist keine kurzfristige Marktstrategie, sondern bedarf der Kontinuität, damit sich ein internes Qualitätsbewusstsein entwickeln kann, dass auch auf externe Resonanz stößt.

⁵² Bruhn, Manfred (1996), S.88/89

⁵³ siehe hierzu: Bruhn, Manfred (1996), S.90ff.

3 **Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit, im Gesundheits- und Suchtbereich**

„**Qualitätssicherung (QS)** – das ist sicherlich im Bereich der psychosozialen Versorgung ein Modebegriff geworden, nicht zuletzt auch dadurch, daß das Gesundheitsstrukturgesetz im SGB V von 1989 in seinem Paragraph 137 festlegt, daß zukünftig in allen Einrichtungen der stationären Versorgung Qualitätssicherungsmaßnahmen zu treffen seien und dies mit dem Ziel, daß vergleichende Prüfungen möglich werden.“⁵⁴

Im Jahre 1984 hatte bereits die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem Programm „Gesundheit 2000“

„... die Forderung nach QS im Gesundheitssystem erhoben und das Ziel formuliert, daß bis zum Jahre 1990 jeder Mitgliedsstaat im Gesundheitssystem Verfahren der QS eingeführt haben soll. Für die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland wurde die QS 1989 im Sozialgesetzbuch §§ 135 bis 139 SGB V festgeschrieben. Für die gesetzliche Rentenversicherung bestehen diese Regelungen nicht explizit, sondern sind nur implizit durch den § 13 SGB VI vorgegeben. 1993 hat die gesetzliche Rentenversicherung aber ein Programm zur QS in der stationären medizinischen Rehabilitation beschlossen. Für das Sozialwesen finden sich Hinweise zu Qualitätsstandards und zur QS bei Sozialleistungen im Bundessozialhilfegesetz § 93 BSHG.“⁵⁵

So, wie die Forderung nach QM und QS im Gesundheitssystem und im System psycho-sozialer Arbeit bereits seit über 10 Jahren erhoben wird, existiert auch der Diskurs über die Gefahren der Ökonomisierung dieser Bereiche.

Einige der Kritikpunkte hierzu sollen übergreifend für die einzelnen Arbeitsfelder kurz dargestellt werden.

⁵⁴ Hartkamp, N. (1995), S.I

⁵⁵ Schulz, Wolfgang (1999), S.6/7

3.1 Die Ambivalenz des sozialen Sektors zu neuen Steuerungs- und Qualitätsmanagementkonzepten

P.Vieth resümiert eine nachhaltige Veränderung der betrieblichen Organisationsformen der Arbeit und damit auch der Arbeitstätigkeiten, bei der die

„Stichworte ... wie ‚Lean Production‘, ‚Total Quality Management‘, ‚Unternehmenskultur‘, ‚KVP‘, ‚Kaizen‘, ‚Business Process Reengineering‘ usw. ... wegen ihrer kurzen Halbwertszeit eher die grundlegenden Veränderungen“ verdecken, „als daß sie sie verdeutlichen.

Die entstehenden Produktions- und Arbeitsstrukturen, die man wegen des starken Einflusses japanischer Vorbilder auch als ‚toyotistisch‘ bezeichnet, bieten den Mitarbeitern neue Chancen für ihr Arbeitsleben, bringen aber auch neue Risiken mit sich.“⁵⁶

Symbolisch läßt sich die Ambivalenz der neuen Entwicklungen am Stichwort ‚lean‘ verdeutlichen. Steht im Vordergrund eher die Bedeutung ‚schlank‘ als Gegensatz zu einem gesundheitsgefährdendem Übergewicht, oder

„sollen doch die Stimmen recht haben, die darauf hinweisen, daß die adäquate Übersetzung von ‚lean‘ eigentlich ‚mager‘ ist, wodurch die neuen Produktionsstrukturen eher in den Kontext von *Magersucht* und *Mangelercheinungen* rücken?“⁵⁷

Eine Ambivalenz, die sich auch an bestimmten Methoden verdeutlichen läßt, wie z.B. den ‚Krankenrückkehrgesprächen‘. Handelt es sich hierbei um reine Disziplinierungsmaßnahmen zur Reduzierung des Krankenstandes im Zuge der Problemlösung Standort Deutschland; handelt es sich um nicht mehr

„... als die Befolgung von Regeln einer zivilisierten Kultur: Durch die Begrüßung wird MitarbeiterInnen gezeigt, daß man erfreut darüber ist, sie wieder im Betrieb zu haben“⁵⁸

oder handelt es sich gar um ein gezieltes, professionelles Führungsinstrument im Spektrum des QM⁵⁹.

Diese Zwiespältigkeit wird verstärkt durch die Tatsache, dass ‚Krankenrückkehrgespräche‘ sicherlich mit allen drei beschriebenen Tendenzen eingesetzt

⁵⁶ Vieth, Peter (1996), S.76/77

⁵⁷ ebenda

⁵⁸ Westermayer, G. / Stein, B. (1997), S.76

⁵⁹ siehe: Vieth, Peter (1997), S.43

werden können, sich in dieser ‚Beliebigkeit‘ aber auch das Risikopotential offenbart.

Grundsätzlich spiegelt sich hier die ‚Ambivalenz von Modernität‘ (G.Krell; 1996) insofern das Moderne zweifellos positiv bewertet ist, aber oft als Allheilmittel missverstanden wird bzw. bei genauer Betrachtung nur ein altes Konzept in neuem Gewande darstellt.

Zu den Modernisierungsbestrebungen für öffentliche oder staatliche Dienstleistungen im Rahmen des Neuen Steuerungsmodells bzw. des Konzeptes des „new public management“ führen C.Reis und M.Schulze-Böing folgende Kritikpunkte an:⁶⁰

- de-facto geht es bei allen Konzepten schlicht um die Reduzierung staatlicher Leistungen;
- betriebswirtschaftliche Konzepte sollen auf die öffentliche Verwaltung übertragen werden, was den staatlich zu erbringenden Dienstleistungen entgegenläuft;
- es werden privatwirtschaftliche Problemlösungsstrategien transportiert;
- es erfolgt eine unzulässige Gleichsetzung von Gemeinweseninstitutionen mit kapitalistischen Unternehmen.

„Diese Unternehmensanalogie ist, wenn man sie wörtlich nimmt, angesichts der Eigenart staatlicher und öffentlicher Aufgaben weder analytisch instruktiv noch pragmatisch relevant. Auch die Rede vom Bürger als ‚Kunden‘ öffentlicher Dienstleistungen ist nicht unproblematisch – man denke an ‚Dienstleistungen‘ wie den Strafvollzug, medizinische Zwangseinweisungen in geschlossene Anstalten oder im Rahmen der Jugendhilfe vorgenommene Eingriffe in die Erziehungsrechte von Eltern. Nur in wenigen Fällen verfügen die ‚Kunden‘ öffentlicher Leistungen zudem über die notwendige Konsumentensouveränität ...“⁶¹

„Soziale Arbeit ist ein Bereich der Dienstleistungsproduktion, der sich für viele Kategorien des betriebswirtschaftlichen, aber auch eines politikwissenschaftlich reflektierten Rationalisierungsdiskurses als besonders sperrig erweist. Sowohl der Begriff des ‚Produktes‘ als auch Begriffe wie ‚Steuerung‘, ‚Qualität‘ und ‚Kunde‘ lösen sich sehr schnell auf, werden unbestimmt und mehrdeutig, wenn man sie im

⁶⁰ Reis, C. / Schulze-Böing, M. (1998), S.11 ff.

⁶¹ ebenda, S.12

Hinblick auf ihre Bedeutung und praktische Relevanz im Bereich sozialer Dienstleistungen hinterfragt.“⁶²

Die Feststellung der Ambivalenz muß nicht zu einer prinzipiellen Ablehnung von ‚Modernisierungsbestrebungen‘ führen. Es sind vielmehr

„bei aller Offenheit der Diskussion um die Möglichkeiten und Grenzen betriebswirtschaftlichen Denkens, um Qualität und Kundenorientierung in der Sozialen Arbeit ... doch Konturen eines eigenständigen Gestaltungsansatzes jenseits ökonomistischer Engführung einerseits und status-quo-orientierter Abwehr von Veränderungen andererseits deutlich zu erkennen. Vielleicht so etwas wie ein ‚dritter Weg‘ zwischen Betriebswirtschaft und traditioneller Sozialarbeit ...“

„Wesentliches Merkmal eines ‚dritten Weges‘ zwischen radikaler Ökonomisierung und etatistischem Verwaltungskonservatismus wäre, die Ansprüche einer konsequenten Qualitätsorientierung mit dem Gedanken einer offenen und responsiven Struktur der Produktion sozialer Dienstleistungen zu verbinden und daraus Instrumente der Planung und Steuerung zu entwickeln, die den besonderen Konstellationen der Sozialen Arbeit als personenbezogener sozialer Dienstleistung im Spannungsfeld zwischen verrechtlichter Herrschaftsbeziehungen und individueller Hilfe gerecht werden.“⁶³

In Sinne eines solchen ‚dritten Weges‘ soll der Blick darauf gerichtet werden, welche Spezifika des Gesundheitssystems und der psycho-sozialen Arbeitsfelder für ein kunden- und mitarbeiterorientiertes QM zu berücksichtigen sind und wie sich dieses speziell im Bereich der Suchtarbeit darstellt.

3.2 Die strukturellen Elemente sozialer Dienstleistungen

Im Rahmen der allgemeinen Definition von Dienstleistungen habe ich bereits auf einige Besonderheiten verwiesen, die im Rahmen der Qualitätsdiskussion zu beachten sind. Ein wesentlicher Aspekt ist die Notwendigkeit, die rein betriebswirtschaftliche Sicht aus der ‚Güterproduktion‘ durch eine sozialwissenschaftliche Sichtweise auf die ‚Produktion personaler Dienstleistungen‘ zu ergänzen. Diese erweiterte Sichtweise führt zwangsläufig zu einer veränderten Bewertung des (in rein betriebswirtschaftlicher Sichtweise) ‚Kunden‘ als ‚externen Faktor‘ zu einer Kundendefinition (aus

⁶² Reis, C. / Schulze-Böing, M. (1998), S.14

⁶³ ebenda, S.7 und 14

sozialwissenschaftlicher Perspektive) als elementarer Bestandteil des ‚Produktionsprozesses‘ sozialer Dienstleistungen.

Hierauf aufbauend benennen H.Brülle und C.Reis die nachfolgenden **strukturellen Elemente sozialer Dienstleistungsarbeit**.⁶⁴

- Produktion und Konsum der Dienstleistungen fallen zeitlich zusammen (uno-actu-Prinzip); sie sind nicht speicherbar.
- Dienstleistungen sind kein materielles Produkt, sondern ein kommunikativer Prozeß; die Qualität der Dienstleistung hängt deshalb in hohem Maße von der Interaktion zwischen ‚Dienstleister‘ und ‚Kunde‘ ab; die ‚Wirkung‘ der Dienstleistung kann stark vom ‚Kunden‘ beeinflußt werden.
- Ergebnisse von Dienstleistungen sind entsprechend bedingt durch die Kooperationsfähigkeit und –willigkeit des Adressaten. Der Adressat ist nicht nur ‚externer Faktor‘, sondern **Ko-Produzent** der Leistung, ohne ihn kommt keine Leistung zustande.
- Dienstleistungsarbeit erfordert Teilleistungen, die darin bestehen, eine Interaktionsbeziehung zwischen konkreten Personen aufzubauen und aufrecht zu erhalten. Dieses ‚**persönliche Verhältnis**‘ **zwischen Produzent und Ko-Produzent ist elementarer Bestandteil der Leistung und zentrale Qualitätsvoraussetzung**. Soziale Dienstleistungen sind damit ‚heterogene‘ Produkte, d.h. in ihrer Qualität schlecht vergleich- und kalkulierbar.
- Insbesondere Dienstleistungsarbeit, die sich mit der Selbstveränderung von Personen beschäftigt, unterliegt einem „strukturellen Technologedefizit“ (Luhmann, Schorr): Es gibt keinen den unmittelbaren Interaktions- und Verständigungsprozessen vorgelagerten und mit seinen Effekten planbaren Konsens über Ziele und Methoden der Veränderung.
- Dienstleistung ist ein Erfahrungsgut; erst im Zuge der Inanspruchnahme kann die Qualität von Dienstleistungsprozessen gesteuert werden.
- Maßnahmen zur Effektivitätssteigerung können nicht nur beim Dienstleister, sondern müssen ebenso bei den Ressourcen der ‚Kunden‘ ansetzen, denn es geht auch um ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘.

⁶⁴ siehe: Brülle, H. / Reis / C. (1999), S.287; Brülle, H. / Reis, C. / Reiss, H.-C. (1998), S.64f.

3.3 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Suchtberatung und Suchthilfe

Auch für die Arbeitsfelder der Suchtprävention und Suchthilfe ist in den letzten Jahren die Frage nach Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung verstärkt diskutiert worden.

„Ausgangspunkt war das Programm zur Qualitätssicherung der Rentenversicherungsträger, das sich allerdings ausschließlich auf die stationären Einrichtungen bezieht. Die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS) hat seit 1995 diese Diskussion auch auf Suchtberatungsstellen übertragen, zudem wurden Erfahrungen mit einrichtungsübergreifenden Qualitätszirkeln gesammelt.“⁶⁵

Hinter dem **Begriff der Qualitätssicherung** verbirgt sich der Versuch,

„Qualität nicht nur zu evaluieren und zu kontrollieren, sondern in allen Phasen der Dienstleistung – von der Entwicklung bis zur Durchführung – gezielt Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Arbeit zu unternehmen.

Bei der QS handelt es sich um ein prozessuales Geschehen, das in der Regel mit der Feststellung von Mängeln, Schwachstellen und Defiziten beginnt (Problemerkennung). Dazu ist es notwendig, die erbrachte Leistung zu erfassen und Kriterien, Standards, Anforderungen und Zielsetzungen zu vergleichen. Dem folgt eine Analyse der festgestellten Auffälligkeiten und die Suche nach möglichen Ursachen (Problemanalyse). Die wichtigste Aufgabe der QS besteht dann in der Beseitigung der gefundenen Mängel, Schwachstellen und Defiziten (Problemlösung). Zum Schluß wird überprüft, ob die festgestellten Probleme auch tatsächlich beseitigt wurden (Evaluation der Problemlösung).“⁶⁶

Eine elementare Bedingung ist dabei, daß ‘Qualitätssicherung’ nicht auf dem Verharren in einem erreichten Qualitätsstandard zielt, sondern als kontinuierlicher Prozess der Verbesserung zu begreifen ist.

„Der *kontinuierliche Prozeß einer Qualitätsverbesserung* kann ... als zyklisches Aufeinanderfolgen von Problemerkennung, Problemanalyse, Problemlösung, Evaluation dieser gefundenen Lösung und Sicherung der erreichten Qualität beschrieben werden. Das wiederholte Durchlaufen eines solchen Zyklus führt mit jeder neuen

⁶⁵ Lutter, Heinz (1997), S.16

⁶⁶ Schulz, Wolfgang (1999), S.3/4

Beseitigung einer Schwachstelle zu einer fortlaufenden Qualitätsverbesserung.“⁶⁷

H.Lutter (1995) hat dieses prozessuale Geschehen mit der Aufforderung „*Baue Qualität in den Prozess!*“ für die Qualitätssicherung in Suchtberatungsstellen beschrieben. Die Grundsätze hierfür erläutert er wie folgt:

- „☛ Qualität soll nicht nachträglich überprüft, sondern von vornherein erzeugt werden – auf allen Ebenen und immer.
- ☛ Qualitätssicherung ist eine prozessuale und evaluative Daueraufgabe. Sie dient zur Verbesserung und zum Nachweis unserer Leistung.
- ☛ Geeignete Instrumente und Verfahren können nur kooperativ von den Praktikern der Suchthilfe entwickelt werden.
- ☛ Leistungserbringer, Kosten- und Leistungsträger und Gesundheitspolitik müssen sich über Qualität gemeinsam verständigen. ..

Was heißt dieses in bezug auf Suchtberatungsstellen? Eine integrierte Suchtberatungsstelle umfaßt verschiedene Tätigkeitsbereiche. Sie reichen von der Prävention über niedrigschwellige Angebote, Beratung und Motivationsarbeit bis hin zur Therapie beziehungsweise zur ambulant durchgeführten Rehabilitation und zur Nachsorge. Für die Qualitätssicherung kommt es entscheidend darauf an, daß für jeden einzelnen dieser Tätigkeitsbereiche immer wieder und systematisch danach gefragt wird, ob er optimal gestaltet ist und man sich zugleich ständig und systematisch darum bemüht, die verschiedenen Tätigkeitsbereiche optimal aufeinander zu beziehen.“⁶⁸

Um einen solchen Prozess in Gang zu setzen bedarf es als zwingende Vorbedingung eines gemeinsamen institutionellen Qualitätskonzeptes bzw. einer Qualitätsphilosophie, die weder extern verordnet noch eindimensional ‚top-down‘ oder ‚bottom-up‘ eingeführt werden kann.

„Die Umsetzung einer Qualitätsentwicklung ergibt sich nicht von alleine. Sie muß gewollt, geplant und als eine gemeinsame Werthaltung von allen Verantwortlichen und MitarbeiterInnen mitgetragen werden.“⁶⁹

Zu beachten ist, dass Qualitätsdenken in der Suchthilfe wie im Gesundheitswesen insgesamt nicht etwas gänzlich neues darstellt, sondern schon lange

⁶⁷ Hartkamp, N. (1995), S.III

⁶⁸ Lutter, Heinz (1995), S.XII

⁶⁹ Eike, W. / Mühl, J. (1998), S.208

Instrumente der Evaluation etc. genutzt werden, die nach den heutigen Begrifflichkeiten unter QM oder QS zu fassen sind. Diese bekannten Methoden und Instrumente sind in ein neues QMS zu integrieren, wie auch weitere Qualitäts- und Effektivitätsansätze, z.B. das ‚*Managed Care*‘- oder ‚*Case-Management*‘-Konzept⁷⁰.

Darüberhinaus müssen Vorgaben beachtet werden, die ggfls. institutionsübergreifende Methoden oder Instrumente beinhalten oder die zumindest hinsichtlich einer vergleichenden Evaluationsmöglichkeit berücksichtigt werden sollten. Für die Einrichtungen der stationären und ambulanten Suchthilfe sind dieses z.B. die Überlegungen zum ‚Gesamtkonzept zur Versorgung Suchtkranker‘ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)⁷¹, die Aussagen zu Qualitätsstandards in der Suchthilfe der DHS⁷² oder die Festlegungen zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation durch den Verband der Rentenversicherungsträger⁷³.

Zu den notwendigen Schritten zur Einführung und Umsetzung eines Qualitätsmanagements gehört auch die Entscheidung für ein **Qualitätssicherungssystem**, bei denen in der BRD derzeit hauptsächlich zwei Systeme umgesetzt bzw. entwickelt werden: im Abschn.1.5 ist bereits auf das Normensystem DIN ISO 9000 eingegangen worden, dessen Kernstück das Qualitätshandbuch als Grundlage für Qualitätssicherung und die Zertifizierung bildet. Ein *Modell der Selbstevaluation* ist das der *European Foundation of Quality Management (EFQM, Brüssel)*. Der wesentliche Unterschied ist, dass in der ISO 9000 ausschließlich Prozesse geregelt sind, während der EFQM ein umfassendes Konzept des Qualitätsmanagements darstellt⁷⁴. Das EFQM-System wird

„...in der Industrie seit einigen Jahren zum Aufbau von Qualitätsorganisationen erfolgreich und mittlerweile standardmäßig eingesetzt. ... es läßt eine Grundstruktur von: ‚Mitarbeiter – Prozesse – Ergebnisse‘ erkennen. Es wurde ... als ein offenes Modell konzipiert, welches sich auf alle Branchen und Unternehmensgrößen ... anwenden läßt. Das europäische Qualitätsmodell unterscheidet zwei Gruppen von Einflußgrößen auf eine Qualitätsorganisation: einerseits die Befähiger (auch Potentialfaktoren) und andererseits die Ergebnisse. Zu den

⁷⁰ siehe z.B.:Janßen, Heinz (1997), S.8; Cimander, Konrad F. (1999), S.50ff.

⁷¹ siehe u.a.:Hüllinghorst, Rolf (1998), S.191ff.

⁷² Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Okt.1997)

⁷³ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Jan. 2000)

⁷⁴ siehe hierzu:Eike, W. / Mühl, J. (1998), S.210ff.

Potentialfaktoren zählen die Strukturen und Prozesse, die ein Unternehmen zur Erzielung der Geschäftsergebnisse einsetzt (Struktur- und Prozeßqualität). Das europäische Qualitätsmodell betont ... die Ergebniskomponente. Dies macht deutlich, daß das Ziel aller Bemühungen die Verbesserung der Geschäftsergebnisse sein muß (Ergebnisqualität) und hierzu die Mitarbeiter- und insbesondere die Kundenzufriedenheit eine herausragende Rolle spielt. Gute Ergebnisse sind nur mit zufriedenen Kunden zu erreichen und dies setzt zufriedene Mitarbeiter voraus.“⁷⁵

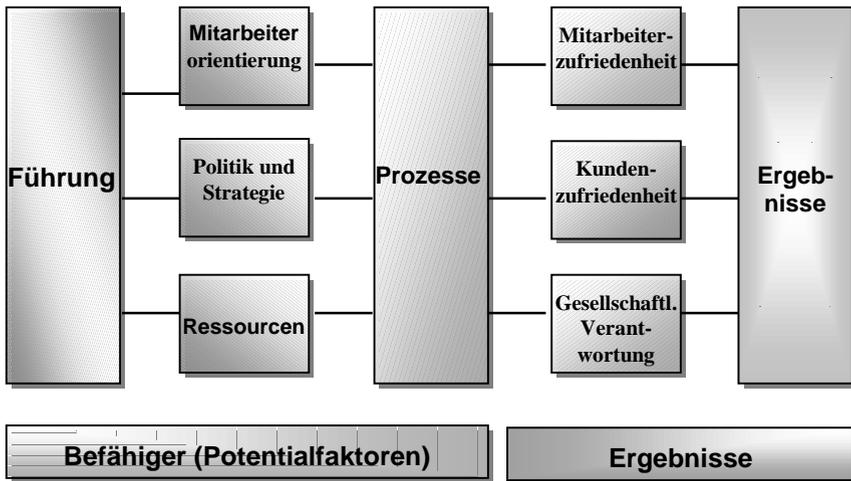


Abb. 8 Das Modell der EFQM

Am Jellinek-Zentrum Amsterdam, dem größten holländischen Träger für Suchthilfe, wird das EFQM-System seit Mitte der 90er Jahre erfolgreich eingesetzt, womit das Institut 1996 den Niederländischen Qualitätspreis erzielt hat. Als Vorzüge des Modells werden benannt: ⁷⁶

- Systematischer Ansatz für kontinuierliche Verbesserungsprozesse
- Bewertung aufgrund von Fakten statt subjektiver Wahrnehmungen
- Instrument zur Weiterbildung des Personals für QM
- Integration von QM in das alltägliche Handeln

⁷⁵ Janßen, Heinz (1997), S.11/12; siehe auch: Eichler Alexander (1997), S.98ff.

⁷⁶ siehe hierzu: Nabit, U. / Ticken, H. (2000), S.4ff.

- Leistungsfähiges Diagnoseinstrument
- Ermittlung von Handlungsoptionen
- Analyse unterschiedlicher Faktoren des Unternehmens in einem kohärenten Modell
- Institutionell können eigene Schwerpunkte gesetzt werden
- Breite Resonanz des Modells auch bei weltbekannten Konzernen.

Wichtig für die erfolgreiche Umsetzung des EFQM-Modells war für das Jellinek-Zentrum in einer >Vorphase< die Auseinandersetzung mit dem Qualitätsmodell von *A. Donabedian* (siehe auch Absch.2.3) als einem der großen Vorläufer des Qualitätsdenkens im Gesundheitswesen. Sein aus den Teilen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bestehendes Qualitätsmodell „...ist gewissermaßen der Überbau zum professionellen Handeln“⁷⁷.

Dieses Qualitätsmodell bildet auch die Basis für die weiteren Überlegungen zum QM und zur QS in der betrieblichen Suchtberatung und Suchtprävention.

4 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung

Die Überschrift zu diesem Kapitel weist - wie auch die Gesamtüberschrift zu dem Artikel – auf das QM und die QS in der betrieblichen *Sozial- und Suchtberatung* hin. Dieses soll per Überschrift schon ein Problem verdeutlichen, dass sich weitestgehend auf das gesamte Arbeitsfeld der professionellen betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe bezieht. Gemeint ist die Entwicklung von der ‚einspurigen‘ betrieblichen Beratung bei Suchtproblemen zur – zumindest im professionellen Bereich – ‚mehrspurigen‘ Befassung mit Suchtproblemen, psycho-sozialen Problemlagen, Lebenskrisen, Arbeitskonflikten, betrieblicher Gesundheitsförderung bis teilweise hin zu Personalentwicklungsaufgaben. Diese Tendenz zur ‚Multifunktionalität‘ betrieblicher Sozial- und Suchtberatungen bedeutet u.a. für die Entwicklung von Qualitätssicherung einen weitaus höheren Aufwand an Qualitätsbeschreibungen, an Festlegung von Qualitätsstandards für jede wahrzunehmende Funktion. Auf diese Problematik sei hier nur verwiesen, denn im

⁷⁷ Nabitz, U. / Ticken, H. (2000). S.8

folgenden wird der *Focus auf die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe* gerichtet, wobei es in erster Linie um die Frage geht, was unter Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe zu verstehen ist und welche Standards beachtet werden müssen. Dabei kann leider kaum auf Erfahrungen mit definierten Standards oder gar evaluierten Qualitätskonzepten für dieses spezifische Arbeitsfeld zurückgegriffen werden.

Sicherlich existieren in betrieblichen Sozial- und Suchtberatungsstellen einzelner Unternehmen mehr oder weniger erprobte Ansätze zum QM und zur QS – speziell dort, wo dieses zur Gesamtphilosophie des Unternehmens gehört -, allerdings sind die Erfahrungen hieraus nicht publiziert. Die einzig mir bekannte überbetriebliche Praxishilfe zur ‚*Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und –hilfe*‘ ist herausgegeben von der NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS), aufgelegt vom Büro für Suchtprävention Hamburg und stammt aus dem Jahr 1999. Den Autorinnen und Autoren dieser Publikation ist zuzustimmen,

„daß es *das* Idealprogramm betrieblicher Suchtprävention und –hilfe nicht gibt“, sondern es darauf ankommt, „... daß die in den Betrieben und Verwaltungen Engagierten vor der Aufgabe stehen, ein jeweils auf die speziellen Gegebenheiten zugeschnittenes Programm aufzulegen und flexibel auf Veränderungen zu reagieren.“⁷⁸

Im Rahmen einer Orientierungshilfe ist ein solches ‚*Positionspapier*‘ für die konkrete Arbeit vor Ort aber außerordentlich wichtig, zumal ein elementares strukturelles Merkmal der betrieblichen Suchtprävention und –hilfe darin besteht, dass es sich entweder um sehr kleine Arbeitseinheiten oder häufig sogar um Ein-Personen-Stabstellen handelt mit geringen Möglichkeiten für den direkten fachlichen Diskurs.

Darüberhinaus halte ich es für notwendig, bestimmte Standards als allgemein anerkannte Standards zu publizieren und zu vertreten, z.B. hinsichtlich Ausbildung und Qualifikation, betriebliche Einbindung, Notwendigkeit der Supervision.

⁷⁸ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (Hrsg.) (1999), S.6

4.1 Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe: ein internes soziales Dienstleistungsangebot im Kontext von Gesundheitsförderung, Organisations- und Personalentwicklung

Das Arbeitsfeld betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe gehört als Produktionsprozess und als Ergebnis spezifischer Tätigkeiten zum Bereich der ‚*immateriellen Produkte*‘, der Dienstleistungen (siehe Abschn. 2.1) mit den besonderen Kriterien zur Definition, Erfassung, Messung und Umsetzung von Dienstleistungsqualität (siehe Abschn. 2.2 bis 2.5). Als *soziale Dienstleistungen* sind insbesondere deren strukturelle Elemente zu berücksichtigen (siehe Abschn. 3.2). Adressaten des Dienstleistungsangebotes sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Hierarchieebenen der jeweiligen Institution (ggfls. noch die Angehörigen).

Auch wenn die betriebliche Suchtprävention und -hilfe mit ihren Anfängen in den betrieblichen Alkoholhilfsprogrammen eine eigenständige, fast zwanzigjährige Tradition in der Bundesrepublik Deutschland hat, gehört sie als Teil des Gesundheitswesens zum Bereich der *betrieblichen Gesundheitsförderung*.⁷⁹ Dieses bedeutet weder, dass sie von diesem größeren Ganzen verschlungen wird, noch dass sie sich selbst ohne eigene Konturen darin flüchten soll, sondern es geht im Gegenteil um ein eigenständiges Profil innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung und um gegenseitiges Voneinander-Lernen. Diesem kommt entgegen, dass für die betriebliche Gesundheitsförderung entsprechend dem medizinischen Qualitätsmodell sowie den Qualitätskonzepten der allgemeinen Suchtberatung und -hilfe die drei Qualitätsdimensionen nach A.Donabedian maßgeblich sind. Leider gilt für die betriebliche Gesundheitsförderung ähnlich wie für die betriebliche Suchtprävention und -hilfe, dass

„... die Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems weder national noch international auf einschlägige Vorarbeiten zurückgreifen“ kann. Es ist von daher in beiden Bereichen notwendig, „... zunächst einen Prozeß zur Konsensbildung über Standards und Instrumente der Qualitätssicherung ... anzustoßen.“⁸⁰

Als weiterer wichtiger Aspekt ist zu beachten, dass die betriebliche Gesundheitsförderung und damit auch die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe mittel- oder unmittelbar auf *Organisations- und*

⁷⁹ siehe z.B. Rummel / Rainer / Fuchs (1998). S.291ff.

⁸⁰ Badura, B. / Ritter, W. (1998). S.226

Personalentwicklungsprozesse einwirken kann bzw. mit ihren Ambitionen, z.B. Veränderung der Trinkkultur eines Unternehmens, Veränderung des Führungsverhaltens bei Suchtproblematiken, im Grunde selbst ein Teil von Organisations- und Personalentwicklung darstellt.

Dieses macht eine beständige Reflexion und Abstimmung mit den Maßnahmen der Gesamtinstitution zu den Bereichen der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Organisations- und Personalentwicklung notwendig, eine Einbindung in den Gesamtkontext, die selbstverständlich auch für alle Maßnahmen der Qualitätssicherung gilt.

4.2 Qualitätssicherung in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe

Da für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe – wie bereits festgestellt – nicht auf in diesem Arbeitsfeld erprobte und evaluierte Konzepte zur Qualitätssicherung zurückgegriffen werden kann, wird dort angesetzt, wo die meisten Analogien bestehen, im Gesundheitswesen (siehe Abschn. 3) sowie der ambulanten und stationären Suchthilfe (siehe Abschn. 3.3).

Dieses bedeutet für den ersten Schritt der Definition von Qualitätsanforderungen die Anwendung des Qualitätsmodells von A. Donabedian als quasi ‚*Überbau zum professionellen Qualitätshandeln*‘. Dieses Modell bietet mit der Unterteilung in Teilqualitäten speziell für den Einstieg ein gut strukturiertes Vorgehen und ist in der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation, d.h. auch für die ambulante und stationäre Suchthilfe, durch die Rentenversicherungsträger zum Standard erhoben⁸¹. Die Teilqualitäten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden nachfolgend noch konkret beschrieben.

Innerhalb der Teilqualitäten sollen für die einzelnen Kategorien **Qualitätsstandards** definiert werden (siehe auch Abschn. 2.2).

„**Qualitätsstandards** stellen die konkrete Umsetzung der Kundenanforderungen für den Dienstleister oder Anbieter dar. Sie sind gleichzeitig ein Kontrollinstrument für die Überwachung festgelegter Anforderungen für die einzelnen Mitarbeiter. Für die Einhaltung der Qualitätsstandards werden Indikatoren benötigt, die nach festgelegten Verantwortlichkeiten und Zeitabständen zu

⁸¹ siehe: Schneider, Jürgen (1997), S.38ff.; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2000)

überprüfen sind. ... Die Qualitätsstandards sollen nach der exakten Formulierung gut überlegt ausgewählt und kontinuierlich ausgewertet werden.“⁸²

Die Festlegung von *Qualitätsstandards* (*Qualitätsziele*) bedeutet gleichzeitig die Einleitung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Sinne des ‚*Deming-Cycle*‘ (siehe Abschn. 1.3) bzw. des ‚*Kaizens*‘ (siehe Abschn. 1.4), denn eine einmalige Festlegung wäre gleichbedeutend mit ‚bürokratischer Verkrustung‘.

„Die Grundidee jeder betrieblichen Maßnahme zur Qualitätssicherung ist die Entwicklung von Lernschleifen zur Selbstbeobachtung und Rückmeldung, über den Zustand von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Ziel dabei ist eine kontinuierliche Fehlersuche, eine kontinuierliche Verbesserung oder bei Bedarf auch eine grundsätzliche Überarbeitung von Aufbau- und Ablauforganisation. Lernschleifen enthalten die immer gleichen Schritte der Situationsanalyse, der Zielsetzung, der Intervention und der Evaluation. Mehrfach durchlaufene Lernschleifen sollten zu einer Lernspirale und diese zu einem sich selbst tragenden, lernenden System führen.“⁸³

Die Überprüfung der Qualitätsstandards oder Qualitätsziele als Soll-Zustandsbeschreibung am kontinuierlich zu erhebenden und zu überprüfenden Ist-Zustand (*Qualitätsregelzyklus*) sollte zur Schaffung von Transparenz und zur Selbstverpflichtung auf den Qualitätsprozess dokumentiert werden (*Qualitätsdarlegung*).

Für die Qualitätsdarlegung stehen zur Verfügung die bereits beschriebenen Methoden der QS per Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 und der Selbstbewertung nach dem Modell der EFQM sowie außerdem die Erstellung eines Qualitätsberichtes.

„In einem Qualitätsbericht beschreibt die Einrichtung ihr QM-System und legt die Ergebnisse und Konsequenzen der Qualitätsmessung nach innen und außen offen.“⁸⁴

Die Modelle zur Qualitätsdarlegung verfügen über

„... unterschiedliche Stärken und Schwächen“ und sind durchaus geeignet, „gemeinsam angewendet zu werden. Die wichtigsten Erfahrungen in Kürze:

⁸² Seigner, Jörg (1997), S.135/136

⁸³ Badura, B. / Ritter, W. (1998), S.227

⁸⁴ Toepler, Edwin (2000), S.20

- Der Qualitätsbericht in eigener Verantwortung ohne Orientierung an einem der genannten Modelle ist meist auf eine bereits gut funktionierende Auf- und Ablauforganisation angewiesen. ...
- Das ISO-Modell ist geeignet, den Aufbau eines QM-Systems für Mitarbeiter/innen nachvollziehbar zu strukturieren und es führt relativ schnell zu einer Verbesserung der Ablauforganisation. Die Gefahr liegt darin, den Aspekt der Qualitätsdarlegung nach außen überzubetonen und nur auf das Zertifikat zu zielen.
- Das EFQM-Modell ist ein ausgesprochenes TQM-Modell. Es zielt auf ständige Verbesserungsprozesse in allen Bereichen einer Einrichtung und erlaubt Benchmarking zwischen Einrichtungen. In der Praxis unterliegt es einer gewissen Gefahr, die Mitarbeiter/innen zu überfordern, wenn keine vollständige Identifizierung mit der Qualitätsorientierung vorliegt.“⁸⁵

4.3 Ein kurzer Exkurs zum Kundenbegriff

Es wurde bereits darauf verwiesen, dass bei einzelnen Qualitätskonzepten

„ ‚Kundenzufriedenheit‘; die ‚customer satisfaction‘ ... zu einer zentralen Regelgröße“⁸⁶ wird.

Nun ist der Kundenbegriff ursprünglich ein rein ökonomischer und hat in der Anwendung im psycho-sozialen sowie im Gesundheitsbereich frühzeitig Befremden ausgelöst bzw. zumindest Fragen aufgeworfen, wie:

„Kann es überhaupt als angemessen akzeptiert werden, den suchtkranken Patienten in einer ökonomistischen Begriffswahl als ‚Kunden‘ aufzufassen?“⁸⁷

Ein Vorbehalt gegen diese Begriffswahl liegt darin, dass der Kundenbegriff aus der Sicht des z.B. psycho-sozialen Beraters ein weitaus instrumentellerer ist als die herkömmlichen Begriffe Klient / Patient. Mit letzterem verbindet sich bereits eine sehr starke Orientierung auf den Adressaten der Dienstleistung incl. der Notwendigkeit des Aufbaus eines ausgeprägten Vertrauensverhältnisses sowie des Selbstverständnisses, dass der Adressat Ko-Produzent der Dienstleistung ist – Qualitätsbedingungen also, die in

⁸⁵ Toepler, Edwin (2000), S.21

⁸⁶ Hartkamp, N. (1995), S.II

⁸⁷ ebenda

dieser Ausprägung über den ursprünglichen Kundenbegriff eindeutig hinausgehen.

Darüberhinaus müssen die ‚Kunden‘ der Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitsbereich differenziert werden, denn es gibt verschiedene Adressaten, Auftraggeber, Nutznießer plus der KlientInnen / PatientInnen. So können z.B. alle MitarbeiterInnen Adressaten einer Präventionskampagne der betrieblichen Suchtberatung sein. Die MitarbeiterInnen einer Arbeitsgruppe können Nutznießer einer Teamberatung sein. Ein Vorgesetzter kann ‚Auftraggeber‘ eines Beratungsgesprächs mit einem suchtkranken Mitarbeiter sein. Gerade das letzte Beispiel zeigt, dass es sogar problematisch ist, den Vorgesetzten und den suchtkranken Mitarbeiter gleichrangig als ‚Kunden‘ zu begreifen.

Aus diesen Gründen möchte ich entgegen der Tendenz zur Vereinheitlichung des Kundenbegriffes eine Differenzierung zwischen Klienten und Kunden beibehalten. In diesem Sinne soll die Klientin und der Klient der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung zukünftig und auch im Rahmen von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung begrifflich und im inhaltlich qualitativen Anspruch *die Klientin* und *der Klient* bleiben.

4.4 Die Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe

Aufbauend auf der Trichotomie von A.Donabedian werden die Teilqualitäten - wie in der nachfolgenden Abbildung zu sehen - strukturiert:

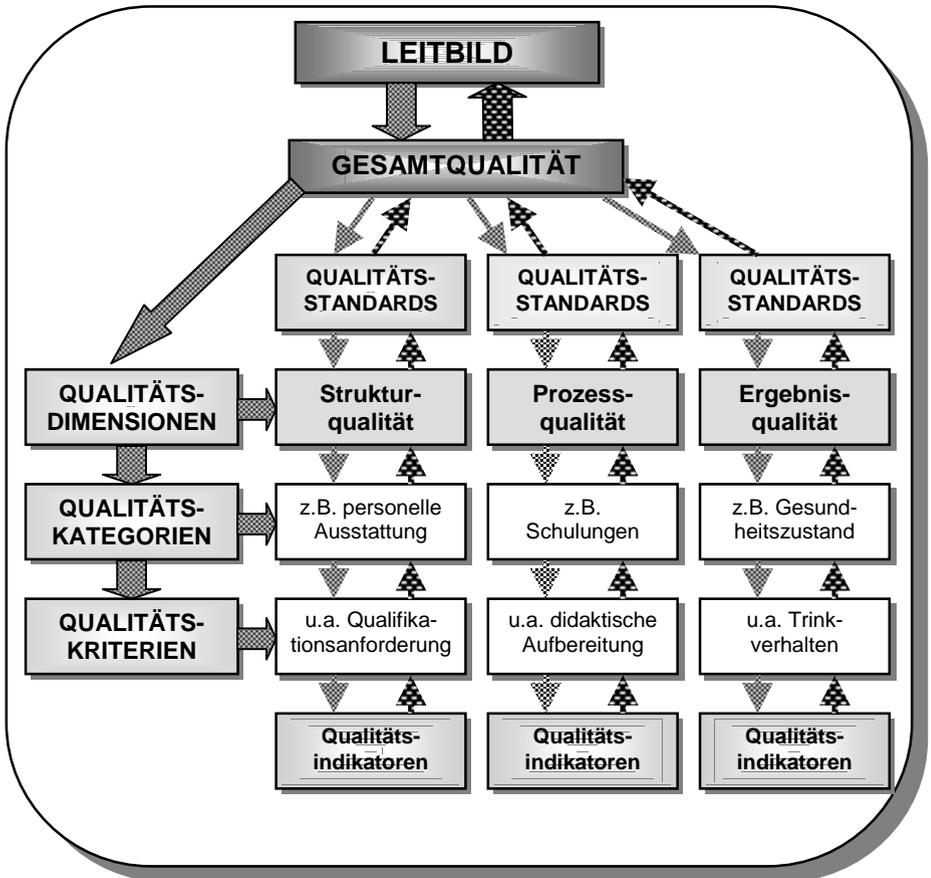


Abb.9 Aufbaustruktur von Qualität und Teilqualitäten

Die **Qualitätsstandards** beschreiben quasi den idealtypischen Zustand der konkret definierten und ausdifferenzierten Qualitätskategorien bzw. Qualitätskriterien. Ein solcher Qualitätsstandard kann per Leitfragen grob vordefiniert werden, z.B.⁸⁸

- „Was macht qualitativ gute und professionelle Suchtarbeit aus?“
- „Welche Bedingungen oder Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein?“

⁸⁸ Trost, M. / Marquart, P. (1999), S.14

- „Wie sehen die Arbeitsabläufe idealtypisch aus?“
- „Woran kann ich feststellen, daß ich gute Arbeit geleistet habe?“

Qualitätsstandards auf der Ebene der Qualitätsdimensionen wären letztendlich zu allgemein, hätten wenig Aussagekraft und wären vor allem nicht überprüfbar. Von daher sollten die Qualitätsdimensionen soweit wie möglich aufdifferenziert werden (in Qualitätskategorien und Qualitätskriterien), damit der Qualitätsstandard möglichst konkret wird.

Als Beispiel die Differenzierung Strukturqualität:
 eine Qualitätskategorie der Dimension Strukturqualität
 → personelle Ausstattung
 ein Qualitätskriterium der Kategorie personelle Ausstattung
 → Qualifikationsanforderungen.

Für diese letzte Ausdifferenzierung kann nunmehr ein Qualitätsstandard benannt werden, der z.B. heißen könnte: *„Die Qualifikation der MitarbeiterInnen in der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung muß – ausgerichtet auf die jeweils konkret wahrzunehmenden Tätigkeitsbereiche – den allgemeinen Anforderungen an Ausbildung und Zusatzqualifikation entsprechen“*.

Solchermaßen formulierte Qualitätsstandards erfüllen allerdings noch nicht zwingend das **Erfordernis der allgemeinen Verständlichkeit und der Überprüfbarkeit**. Dieses soll ermöglicht werden durch die **Qualitätsindikatoren**. Mit den Qualitätsindikatoren sollen die Qualitätsstandards messbar und operationalisierbar werden. Ein Indikator für den formulierten Qualitätsstandard zur Qualifikation der MitarbeiterInnen könnte z.B. der Nachweis eines Hochschulabschlusses sein.

Gleichzeitig ist im Rückkehrschluss zu prüfen, ob der Standard für das Kriterium, die Kategorie, die Dimension überhaupt relevant ist; ob der Standard für Dritte verständlich ist; ob der Standard veränderbar ist; ob der Standard überhaupt erreichbar ist.

Notwendigerweise folgt also der Schleife der Deduktion die Schleife der Induktion und kann im Rücklauf ggfls. auch wieder vorformulierte Kriterien, Kategorien und Standards verändern.

Während die drei Qualitätsdimensionen mit dem Konzept von A. Donabedian vorgegeben und hinsichtlich ihrer inhaltlichen Ausrichtung definiert sind, müssen die Qualitätskategorien und Qualitätskriterien im Einzelnen noch bestimmt werden. Hierbei orientiere ich mich an unterschiedlichen

Hinweisen in der Literatur⁸⁹ sowie vor allem an den Ergebnissen der Arbeitsgruppe 4 der 6. Bundesweiten Arbeitstagung „Betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention an Universitäten, Hochschulen und Universitätskliniken“ vom 04.-06.Okt.1999 in München zu „*Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention*“ (unveröffentlichtes Manuskript), an der „*Handreichung zum Erstellen einer Leistungsbeschreibung von Suchtberatungsstellen – Kriterien zur Beschreibung von Strukturdaten* –, der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS) i.d.Fassung vom Okt.1997 sowie an der Orientierungshilfe ‚*Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe*‘ von der NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS).

Einschätzungen zu den einzelnen Anforderungen und Qualitätsstandards beruhen zudem auf eigenen praktischen Erfahrungen sowie ersten Ergebnissen aus der Evaluation von KlientInnenzufriedenheit, statistischen Daten etc.

Die Konkretisierungen werden zeigen, inwieweit die Zuordnungen praktikabel, überprüfbar und nachvollziehbar sind. Die fachspezifische Diskussion sollte zur weiteren Klärung beitragen.

Das **Leitbild** als oberste Dimension in Abb.9 spiegelt sich in der Qualitätskategorie der Arbeitskonzeption, der ‚Beratungsstellen-Philosophie‘, wieder.

Aus dem nachfolgenden Schaubild ergibt sich eine Übersicht der im Weiteren behandelten Qualitätskategorien und Qualitätskriterien zu den drei Qualitätsdimensionen. Die Qualitätskategorien und -kriterien sind in ihrer Zuordnung weder abschließend noch vollständig. Außerdem werden sie lediglich auf das Arbeitsfeld der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe bezogen, nicht auf die erweiterte betriebliche Sozialarbeit.

⁸⁹ u.a. Evers, Anne (1995). S.Iff; Toepler, Edwin (2000), S.17ff.

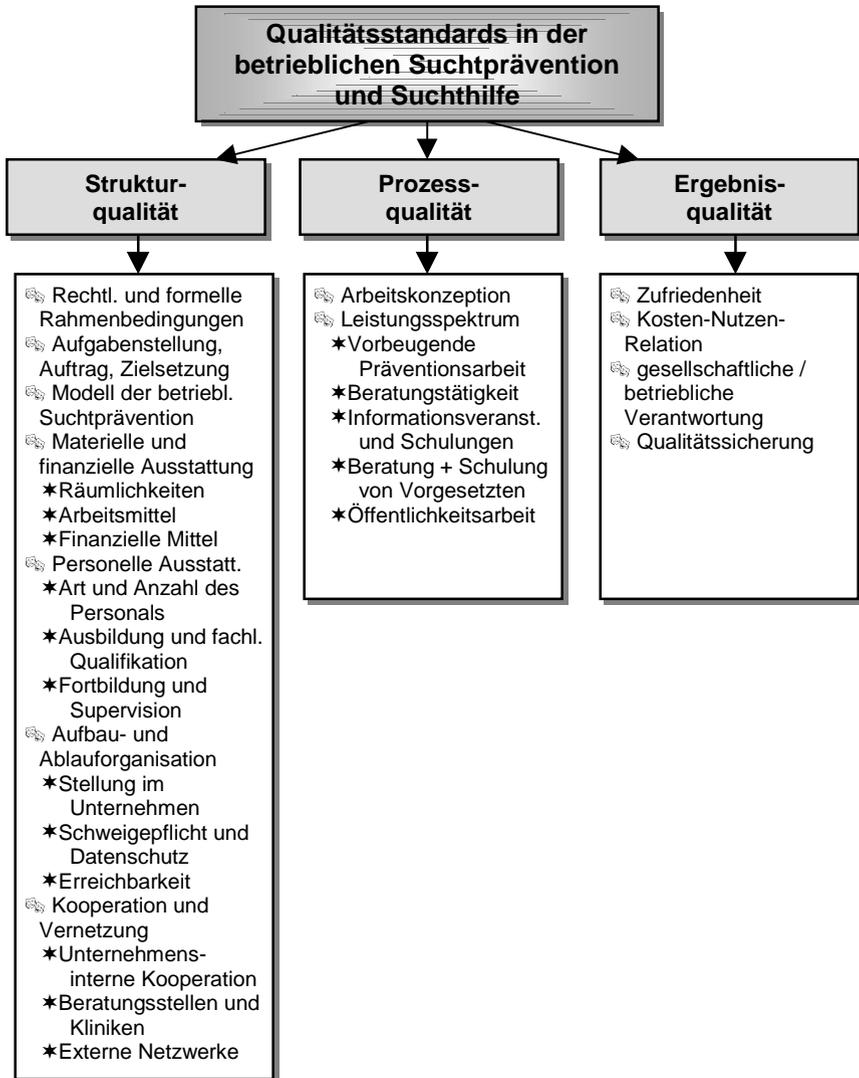


Abb. 10 *Qualitätskategorien und -kriterien im Arbeitsfeld der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe*

Aus der Anzahl der formulierten Qualitätskategorien und -kriterien zu den einzelnen Qualitätsdimensionen sollte allerdings keinesfalls auf eine entsprechende Gewichtung geschlossen werden. Es drückt sich hier lediglich aus, dass die strukturellen Komponenten weitaus einfacher zu benennen und zu differenzieren sind.

4.4.1 Standards der Strukturqualität im Arbeitsfeld betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe

Mit Strukturqualität

„ist die im Zeitablauf relativ konstante Charakteristika des Leistungserbringers, der zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen der physischen und organisatorischen Umgebung gemeint. Auch menschliche, technische und finanzielle Voraussetzungen der Arbeit werden dazugezählt. Die Strukturkategorie spiegelt eher die Möglichkeit wieder, eine bestimmte Qualität erbringen zu können, weniger die Qualität selbst. Die Strukturkategorie ist als eine wesentliche Voraussetzung für das Erbringen einer guten Qualität zu bewerten. Sie kann zur Homogenisierung bei zu vergleichenden Gruppen dienen.“⁹⁰

„Strukturqualität wie das Personal und seine spezifischen Qualifikationen oder die Aufbau- oder Ablauforganisationen sind unmittelbar zu steuern, haben jedoch einen relativ geringen Einfluß auf die Zufriedenheit der Adressaten oder gar auf die Wirkungen der Dienstleistungen. Ebenso gehören die Kosten einer Leistung zu den eindeutig ermittelbaren Parametern der Strukturqualität, ohne das diese einen direkten Einfluß auf die Prozeß- oder Ergebnisqualität der Dienstleistungen haben. Betriebswirtschaftliche Controllingverfahren focussieren in der Regel auf Parameter der Strukturqualität, leider oft ohne sich dieser Beschränkung bewußt zu sein. Eine systematische Personalentwicklung ist u.a. eine wesentliche Strategie zur Entwicklung der Strukturqualität sozialer Dienstleistungen.“⁹¹

Rechtliche und formelle Rahmenbedingungen

Es gibt weder eine allgemeine rechtliche Anspruchsgrundlage für die Einrichtung des Arbeitsfeldes betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe

⁹⁰ Evers, Anne (1995), S.III

⁹¹ Brülle,H. / Reis,C. (1998), S.286

noch spezifische Vorschriften für dessen institutionellen Betrieb. Trotzdem existieren eine ganze Reihe von rechtlichen Rahmenbedingungen, die für die Planung, die Implementierung, die Formulierung von Verfahrensrichtlinien etc. sowie die praktische Umsetzung beachtet werden müssen, z.B.: die Initiativrechte der Arbeitnehmervertretungen nach dem Betriebsverfassungsgesetz bzw. dem Personalvertretungsrecht⁹², den Bestimmungen zur Arbeitssicherheit und Unfallverhütung (speziell § 38 UVV)⁹³, die tarifrechtlichen Vorschriften, Kündigungsschutz oder die disziplinarischen Bestimmungen bei Beamten⁹⁴. Diese rechtlichen Rahmenbedingungen sind allerdings nicht beeinflussbar.

Beeinflussbar sind ggfls. sonstige formelle Regelungen, welche die Aufbau- oder Ablauforganisation, die Arbeitsinhalte, Ausstattungsmerkmale etc. bestimmen bzw. beeinflussen, wenn sie der eigenen oder einer übergeordneten Institution entspringen. Dieses können z.B. innerhalb eines Industriezentrums standortübergreifende Verfahrensleitsätze sein oder in der öffentlichen Verwaltung entsprechende Rahmenrichtlinien (wie z.B. die „*Rahmempfehlung zur Suchtprävention und Suchthilfe in der niedersächsischen Landesverwaltung*“ des Nds. Landesministeriums vom Januar 1998⁹⁵). Zu diesen formellen Rahmenbedingungen können des weiteren gehören Führungsrichtlinien, Konzepte zur Organisations- und Personalentwicklung, Regelungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung etc.

Als *Qualitätsstandard* kann zum Einen darauf abgestellt werden, dass solche Regelungen nicht nur rechtlich-bürokratischen Bedürfnissen dienen, sondern sich an den spezifischen Erfordernissen psycho-sozialer Beratung und an den Bedürfnissen dieses Klientels auf der Basis der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse ausrichten, zum Zweiten dass diese Regelungen in der täglichen Arbeit berücksichtigt werden.

Auftrag, Aufgabenstellung und Zielsetzung

Definitiv muss vorab klargestellt werden, dass sich der Begriff ‚Auftrag‘ hier auf den allgemeinen Auftrag der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe im strukturellen Sinne bezieht, nicht auf den einzelnen ‚Auftrag

⁹² siehe u.a.: Industriegewerkschaft Metall (Hrsg.) (1992), S.17ff.

⁹³ siehe u.a.: Ziegler, H. / Brandl, G. (1999), S.28ff.; Fuchs, R. / Resch, M. (1996)

⁹⁴ siehe u.a.: Claussen/Czapski (1992)

⁹⁵ Gem. Runderlaß des Nds.Sozialministeriums und der übrigen Ministerien vom 19.01.1998 – 406.2-41585-23.1 (Erlaß des MWK v. 29.04.1998 – Z 2.2-41543(2))

zwischen Klient und Berater‘ und auch nicht auf die vielen unausgesprochenen Aufträge, die im Zusammenhang einzelner Beratungsfälle bestehen (z.B. „mach‘ meinen Mitarbeiter trocken“). Die hierzu notwendige Auftragsklarheit ist ein wichtiges Kriterium der Prozessqualität.

Die Festlegung von Auftrag, Aufgabenstellung und Zielsetzung sollte Ergebnis eines internen Klärungs- und Abstimmungsprozesses sein, an dem alle für die spätere praktische Umsetzung relevanten Organisationseinheiten und Personen beteiligt werden, speziell die Unternehmens- bzw. Dienststellenleitung, die Arbeitnehmervertretung und die Führungskräfte bzw. repräsentative Vertreter der Führungskräfte. Auf dieser Ebene muss ein tragfähiger Konsens erzielt werden, damit überhaupt eine Chance besteht, Suchtprävention und Suchthilfe als Teil der Unternehmenskultur zu etablieren.

Zum *Qualitätsstandard* kann festgehalten werden, dass die Aufgabenstellung, der Auftrag und die Zielsetzungen für alle Seiten eindeutig und schriftlich fixiert sein muss. Dieses erfolgt meist im Rahmen einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. Es dürfen auf Seiten der Leistungsersteller keine Unklarheiten oder gar Kompetenzprobleme auftreten, auf Seiten der Nutznießer muss weitgehende Information und Klarheit über die Angebotspalette bestehen. Gleichzeitig muss gewährleistet sein, dass Aufgaben, Auftrag und Zielsetzung den sich verändernden betrieblichen und wissenschaftlichen Bedingungen angepasst werden können. Für die hauptamtlichen SuchtberaterInnen geht der Auftrag und die Aufgabenstellung in die Stellenbeschreibung ein.

Als *Qualitätsindikator* kann hier das Ausbleiben von Kompetenzproblemen sowie auf Kunden- und Klientenseite das Ausbleiben von Kritik gelten bzw. positiv formuliert die Rückmeldung über ein klares Bild von Aufgaben und Auftrag. Dieses sollte mittels regelmäßigen standardisierten Befragungen evaluiert werden.

Die Notwendigkeit eines konkret formulierten Auftrages gilt auch für die nebenamtlichen betrieblichen SuchtkrankenhelferInnen.

„Das Minimum an struktureller Grundlage für den Einsatz als SH ist es, einen offiziellen Auftrag für die Tätigkeit zu erhalten. ...

Jede Tätigkeit, die über die arbeitsvertraglich vereinbarten Aufgaben hinausgeht und für die kein Auftrag vorliegt, ist andernfalls eine Kompetenzüberschreitung, die arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. Zwar fordert das Arbeitsrecht keine schriftlichen arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, so daß auch eine Duldung durch

den Arbeitgeber als Einverständnis verstanden werden kann, aber zur eigenen Absicherung sollten nebenamtliche SH auf einer schriftlichen Beauftragung bestehen.“⁹⁶

Modell der betrieblichen Suchtprävention

Während die herkömmliche Betriebssozialarbeit traditionell durch hauptamtliche Kräfte ausgeübt wird, musste sich im Bereich der betrieblichen Suchtarbeit die professionelle Arbeit erst aus der ehrenamtlichen bzw. nebenamtlichen Beschäftigung mit der Thematik Sucht in der Arbeitswelt entwickeln. Inzwischen gibt es vier Modelle, nach denen die betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention organisiert ist:

- ☒ durch Vergabe an externe professionelle Institutionen bzw. Kooperation mit externen professionellen Stellen
- ☒ nebenamtlich durch betriebliche SuchtkrankenhelferInnen
- ☒ hauptamtlich durch professionelle SuchtberaterInnen etc.
- ☒ haupt- und nebenamtlich durch eine Mischung von professionellen Kräften und betrieblichen SuchtkrankenhelferInnen

Die Frage, wann welches Modell angemessen ist, richtet sich in erster Linie nach der Größe des Betriebes bzw. der Behörde und damit nach deren Möglichkeiten.

Klein- und Handwerksbetriebe bzw. entsprechende öffentliche Dienststellen

„Klein- und Handwerksbetriebe, soziale Einrichtungen oder andere kleinere Organisationseinheiten (bis ca. 50 Beschäftigte) können für Aktivitäten zur Suchtprävention und –hilfe zum einen auf die Unterstützung von Beratungsstellen zurückgreifen. ...

Eine weitere Möglichkeit, kostengünstig und effizient Maßnahmen der Suchtarbeit auch in Kleinbetrieben umzusetzen, ist der Anschluß an eine bestehendes regionales Netzwerk, wie z.B. den Handwerkerfond Schleswig-Holstein, bzw. die Kooperation mit anderen Kleinbetrieben, z.B. bei der Durchführung von Schulungsmaßnahmen für Vorgesetzte. Nicht zuletzt können mit der

⁹⁶ Nord AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1999), S.27

Durchführung von Maßnahmen zur Suchtprävention und –hilfe selbständige BeraterInnen beauftragt werden.“⁹⁷

Kleinere Mittelbetriebe und entsprechende Dienststellen

„Natürlich steht kleineren Mittelbetrieben oder entsprechenden Dienststellen (bis ca. 200 Beschäftigte) der für Kleinbetriebe aufgezeigte Weg in gleicher Weise offen. Allerdings sollte darüber hinaus sichergestellt sein, daß es intern eine(n) oder mehrere Beauftragte gibt, die in engem Kontakt mit den externen Einrichtungen stehen

Durch das Angebot entsprechender Qualifizierungsmöglichkeiten mündet die Arbeit der Beauftragten nicht selten in der Etablierung eines internen Hilfesystems, in dem sie als nebenamtliche SuchtkrankenhelferInnen tätig werden können. Denkbar ist auch, in Betrieben und Dienststellen mittlerer Größe eine hauptamtliche Sucht- und Sozialberatung einzurichten.“⁹⁸

Größere Mittelbetriebe, Großbetriebe und entsprechende Dienststellen

Während bei den vorgenannten Betriebs- bzw. Dienststellengrößen vorrangig Vernetzungen, externe professionelle Beratungen sowie nebenamtliche interne Hilfsstrukturen zum Tragen kommen, drängt sich in dieser Kategorie die Frage auf, ab welcher Betriebsgröße sich die Einrichtung einer hauptamtlichen professionellen Stelle rechnet. In der Literatur sind hierzu folgende Zahlen zu finden:

Aus gewerkschaftlicher Sicht rechnet sich die Einstellung einer qualifizierten hauptamtlichen Kraft schon bei einer Mitarbeiterzahl von 500⁹⁹. Zbrzezny benennt eine Rentabilitätsgrenze von 2000 bis 3000 Mitarbeitern pro hauptamtlichen Berater¹⁰⁰. Der ehemalige Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und jetziger Unternehmensberater H.Ziegler schreibt, dass es sich „...*bei Betrieben mit mehr als 1000 Beschäftigten lohnt, eine qualifizierte Fachkraft, z.B. Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter, einzustellen*“¹⁰¹. Im Ergebnispapier der 6. Bundesweiten

⁹⁷ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1999), S.10/11; siehe auch den Beitrag von Klaus Leuchter in dieser Veröffentlichung

⁹⁸ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1999), S.11

⁹⁹ siehe hierzu: Rußland, Rita (1988)

¹⁰⁰ Zbrzezny, U. (1989). Siehe auch: Fuchs, R. / Petscher, Th. (1998).

¹⁰¹ Ziegler, H. / Brandl, G. (1999), S.86

Arbeitstagung „Betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention an Universitäten, Hochschulen und Universitätskliniken“ (Arbeitsgruppe 4) wird als Qualitätsstandard benannt, dass das Arbeitsfeld der betrieblichen Suchtberatung und Suchtprävention bei etwa 3000 Mitarbeiter eine Vollzeitstelle benötigt.

Auf dem Hintergrund dieser Zahlen und der eigenen betrieblichen Erfahrungen erscheint mir das Verhältnis von einer Vollzeitstelle pro ca. 2000 Mitarbeitern als *Qualitätsstandard* angemessen, wobei ich davon ausgehe, dass ein weites Spektrum möglicher Aufgaben speziell auch der Primärprävention, der Beratung von Führungskräften etc. wahrgenommen wird. Das Verhältnis von 1:2000 sollte erst recht unter der Prämisse gelten, dass über die Suchtprävention und -hilfe hinaus Aufgaben der Gesundheitsförderung, der sonstigen psycho-sozialen Beratung, der Konflikt- und Mobbingberatung etc. wahrgenommen werden.

Die professionelle hauptamtliche Ausstattung sollte je nach Betriebsgröße und Betriebsbeschaffenheit durch nebenamtliche betriebliche SuchtkrankenhelferInnen im Sinne eines niedrighschwelligigen Angebots ergänzt sein. Dies bietet sich vor allem in größeren Organisationseinheiten oder Subsystemen an.

Die professionelle hauptamtliche Struktur, ggfls. sogar in Ergänzung mit nebenamtlichen SuchtkrankenhelferInnen, bietet die Möglichkeit, ‚entwickelte Konzepte der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe zu realisieren‘, die u.a. folgende Elemente enthalten können: primärpräventive Maßnahmen, Qualifizierung von Vorgesetzten, Beratung und Hilfsangebote, Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätssicherung¹⁰².

Die unterschiedlichen Möglichkeiten der einzelnen Modelle sind bei den nachfolgenden Qualitätskriterien und -standards zu beachten.

Materielle und finanzielle Ausstattung

Diese Kategorie umfasst alle Kriterien von der Notwendigkeit eigener Räumlichkeiten über eine funktionale geographische Anbindung und ‚vertraulichen Zugangsmöglichkeiten‘, der funktionalen Ausstattung der Räumlichkeiten, Ausstattung mit den notwendigen Arbeitsmitteln bis hin zu

¹⁰² NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1999), S.11ff.

finanziellen Ressourcen für Literatur, Veröffentlichungen, Druck- und Kopierkosten etc.

Der *Qualitätsstandard* der Kategorie kann übergreifend für die einzelnen Kriterien beschrieben werden als Gewährleistung einer materiellen und finanziellen Ausstattung, auf deren Basis die jeweiligen Aufgaben der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe mit einer – soweit materiell beeinflussbar – optimalen Ergebnisqualität erledigt werden können. Wobei gleichzeitig die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit zu beachten sind, sprich vor allem mit möglichst geringem Mitteleinsatz einen möglichst hohen Nutzen zu erzielen.

Es zeigt sich bei dieser Kategorie die Abhängigkeit der Ausfüllung des Standards vom jeweiligen Modell und den zu erledigenden Aufgaben. So hat z.B. die Einzelberatung nur einen geringen Effekt auf notwendige Sachmittel, während die Präventionsarbeit einen weitaus höheren Sachmittelanteil erfordert.

Lage und Funktionalität der Räumlichkeiten

Soweit Beratung in irgendeiner Form betriebsintern erfolgt, sind hierfür entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen. Die Ansprüche an die Räumlichkeiten sind umso höher, je vielfältiger und umfassender die zu erledigenden Aufgaben im Arbeitsfeld.

Nachfolgend sind Anforderungen zum *Qualitätsstandard* benannt, die für die professionelle Arbeit bei breitem Aufgabenspektrum gelten, in einzelnen Punkten aber auch für die nebenamtliche Beratungsarbeit beachtet werden sollten.

☒ Die Tätigkeit gliedert sich in einen konzeptionell-präventiven und einen beraterischen Komplex. Hinzu kommen organisatorische, verwaltende und bürokratische Elemente. Es handelt sich also um Aufgaben, die zwei grundsätzlich verschiedene Arbeitsplätze erfordern. Für eine optimale Gestaltung beider Arbeitsbereiche, die sowohl KlientInnenzufriedenheit als auch Mitarbeiterzufriedenheit ermöglichen, sind daher zwei getrennte Arbeitsräume vorzuhalten: ein kleiner Büroarbeitsraum mit Schreibtisch, PC-Arbeitsplatz etc. sowie einen größeren Raum für die Beratungsarbeit. Die Notwendigkeit zur räumlichen Trennung der Arbeitsbereiche ist nicht zwangsläufig verallgemeinerbar, sondern abhängig von der beraterischen Arbeitskonzeption und den Kriterien zur eigenen ‚Psychohygiene‘.

☒ Der Raum für die Beratungsarbeit sollte akustisch absolute Vertraulichkeit gewährleisten. Er sollte außerdem eine vertrauensvolle Atmosphäre haben, die gleichzeitig konzentrierte Arbeit ermöglicht. Die Größe des Beratungsraumes ist – wie auch schon der Aspekt der Trennung von Büro- und Beratungszimmer – abhängig vom beraterischen Konzept und der Frage, ob nur Einzelberatung oder auch Gruppenarbeit u.ä. erfolgen.

Da konkrete Vorgaben zur notwendigen Größe der Räumlichkeiten fehlen, besteht zumindest die Möglichkeit, sich an Angaben aus dem psychotherapeutischen Bereich zu orientieren. G.Görlitz nennt als Raumgröße für die Einzeltherapie ca. 20 qm, für die Gruppentherapie mit 6 bis 8 TeilnehmerInnen ca. 25-30 qm.¹⁰³

☒ Der Zugang zur Beratungsstelle stellt ein spezifisches Problem für die KlientInnen dar. Speziell der Erstkontakt ist mit vielen Ängsten besetzt, wie sich immer wieder aus dem Erregungsniveau und den verbalen Äußerungen schließen läßt. Ein Teil der Ängste beziehen sich auf den Aspekt: ‚wenn mich jemand dort hingehen sieht!?.‘ Sicherlich ist die Möglichkeit des ‚Gesehen-werden‘ nicht ganz zu vermeiden und sie muss auch nicht zwingend gänzlich vermieden werden. Trotzdem sollten alle Chancen eines möglichst anonymen Zugangs genutzt werden, speziell auch um die Hemmschwellen des ersten Kontaktes zu reduzieren.

☒ Selbiges gilt für die Möglichkeit einer vertraulichen Wartezone. Im betrieblichen Bereich ist dieses häufig nicht gewährleistet, so dass das – wenn auch selten notwendige – Warten ggfls. im allgemein genutzten Flurbereich stattfindet, wo einen quasi ‚jeder aus dem Betrieb sehen kann‘. Es ist daher eine anonyme Wartezone zu realisieren.

Als *Qualitätsindikator* sollte hierfür eine Rückmeldung von den KlientInnen per standardisierten Feedback-Fragebogen eingeholt werden.

Arbeitsmittel

Der Umfang der notwendigen Arbeitsmittel bestimmt sich in erster Linie durch die konzeptionellen, organisatorischen und verwaltungstechnischen Aufgaben und deren Umfang. Da im Rahmen der professionellen Suchtprävention und –hilfe u.a. primärpräventive Maßnahmen, Information und

¹⁰³ Görlitz, Gudrun (1998), S.36

Schulung durchzuführen und hierfür Materialien zu erstellen sind, gehört inzwischen die Ausstattung mit einem PC zum Standard. Des weiteren sollten für Schulungsmaßnahmen, ggfls. auch für Teilbereiche der Beratungsarbeit (z.B. bei Gruppenarbeit) Materialien aus der Meta-Plan-Technik zur Verfügung stehen. Es sollte eine Präsenz grundlegender Literatur zu den wichtigsten Aufgabenbereichen vorhanden sein. Hierzu zählen u.a. leicht verständliche Werke zum Suchtbereich, die als Informationsquelle an KlientInnen ausgeliehen werden kann. Insgesamt muss die Ausstattung mit Arbeitsmitteln einen Qualitätsstandard aufweisen, der eine optimale Erfüllung der Arbeitsaufgaben hinreichend unterstützt.

Finanzielle Mittel

Finanzmittel sind – neben den personalen Kosten – notwendig für die Ausstattung mit Arbeitsmitteln (siehe vorheriges Kriterium), für Kopier- und Druckkosten, für Büro-Verbrauchsmaterial, für Porto, Fernspreckgebühren und Kosten sonstiger Informationsmedien, für Schulungs-, Beratungs- und Informationsmaterialien, für internes Marketing, für Reisekosten (soweit sie nicht unter die personalen Kosten fallen, z.B. Teilnahme an Netzwerktreffen, Fahrten zu Außenstellen, Betreuungsfahrten in Kliniken etc.).

Die Ausstattung mit Finanzmitteln sollte langfristig kalkulierbar sein. Zu bezweifeln ist die Möglichkeit einer plausiblen allgemeinen Aussagekraft zum Umfang notwendiger finanzieller Ressourcen als Anforderung zum *Qualitätsstandard*, da eine hohe Abhängigkeit vom Aufgabenzuschnitt (so ist z.B. die präventive Arbeit weitaus kostenintensiver als die reine Einzelfallarbeit) und von den sonstigen örtlich-betrieblichen Gegebenheiten besteht.

Personelle Ausstattung

Zu beachten ist, dass die Qualitätskategorie nicht nur beim professionellen Modell zu füllen ist, sondern auch hinsichtlich des Einsatzes nebenamtlicher betrieblicher SuchthelferInnen, z.B. zur Frage des zeitlichen Umfangs der Freistellung.

Auf der Basis des Modells der betrieblichen Suchtprävention und –hilfe erfolgt hier die Festlegung zum Umfang, die Beschäftigungsart, die Eingruppierung des Personals der betrieblichen Beratungsstelle. Weiterhin gehören hierzu Kriterien der Ausbildungsvoraussetzungen, der fachlichen Qualifikation, der Fortbildung und Supervision.

Art und Anzahl des Personals

Zur Anzahl des professionellen Personals auf der Basis des Verhältnisses zur Beschäftigtenzahl wurden bereits entsprechende Aussagen getätigt (siehe Modelle der betrieblichen Suchtprävention).

Hinsichtlich der Anzahl nebenamtlicher betrieblicher SuchthelferInnen gibt es keine Leitzahlen, sondern es wird eher darauf ankommen, wieviel nebenamtliche Kräfte das Unternehmen ‚zubilligt‘. Darüberhinaus ist zu entscheiden, in welchem zeitlichen Umfang die Freistellung zur Nebentätigkeit erfolgt. Dieses sollte im Rahmen der Beauftragung schriftlich fixiert werden, auch wenn die ‚freischwebende‘ Wahrnehmung der Helferfunktion von den nebenamtlichen Kräften ggfls. als Vorteil betrachtet wird. Letztlich gilt die Festlegung ihrer Absicherung.¹⁰⁴

Ausbildung und fachliche Qualifikation

Eine formale Qualifikation existiert für die professionellen betrieblichen SuchtberaterInnen nicht, es wird aber inzwischen aufgrund der hohen und vielfältigen Anforderungen einheitlich davon ausgegangen, dass als Ausbildung ein Hochschul- oder Fachhochschulabschluss der Fachrichtungen Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Sozialpädagogik, Sozialarbeit o.ä. vorliegen muss, verbunden mit einem hohen Maß an sozialen Kompetenzen.

„In der SB Engagierte müssen sich sicher in den Strukturen der Wirtschafts- bzw. Verwaltungsorganisation bewegen können. ... Sie benötigen ... umfassende Kenntnisse über gesetzliche (z.B. dienstrechtliche) und betriebliche Regelungen, formale Zuständigkeiten und Kompetenzen von Gremien und Personen sowie Aufbau und Strukturen von Organisationen im allgemeinen. Daneben verlangt ihre Arbeit in hohem Maße ‚Insiderwissen‘: Sie sollten informelle Strukturen, gelebte Betriebskultur oder ungeschriebene Unternehmensphilosophie kennen und bei ihrer Arbeit berücksichtigen können.“¹⁰⁵

Für die beraterische Tätigkeit sind Zusatzqualifikationen erforderlich, die sich nach dem Schwerpunkt der betrieblichen Arbeit bestimmen. Für die betriebliche Suchtarbeit wäre dieses z.B. eine abgeschlossene

¹⁰⁴ siehe hierzu auch: NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1999), S. 26ff.; Rainer, Ludwig (1998), S.160ff.

¹⁰⁵ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS), S.24

Suchttherapeutenausbildung, eine sonstige beraterische Zusatzqualifikation und/oder langjährige Erfahrungen im Umgang mit Suchtkranken.

Für die Präventionsarbeit sind

„.... methodische Kompetenzen im Bereich Moderation, Kommunikation, Rhetorik und Präsentation“ erforderlich. Außerdem müssen Fachkräfte in der betrieblichen Suchtprävention und –hilfe „...bereit und fähig sein, mit sehr unterschiedlichen Menschen auf unterschiedlichen Hierarchieebenen zu kommunizieren. Darüber hinaus ist es wichtig, innerbetriebliche Kooperation herzustellen und zu pflegen.“¹⁰⁶

Für nebenamtlich tätige SuchtkrankenhelferInnen / SozialhelferInnen / Ansprechpartner ist eine abgeschlossene Ausbildung als nebenamtliche/r betriebliche/r SuchtkrankenhelferIn gefordert. Hinsichtlich der Anforderungen an diese Ausbildungen sei u.a. verwiesen auf die „*Qualitätskriterien für die Ausbildung zum/zur nebenamtlichen betrieblichen SuchthelferIn (SH)*“ der NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS)¹⁰⁷. Die früher stark betonte bzw. überbetonte eigene Betroffenheit ist weder zwingende Voraussetzung noch ausreichende Qualifikation, da eigene Betroffenheit auch spezifische Gefahren beinhaltet (z.B. Gefahr der Überidentifikation).¹⁰⁸

„Eine weitere wichtige Voraussetzung ist eine nicht zu kurze Betriebszugehörigkeit. Nur eine feste Verankerung im kollegialen Umfeld und die Kenntnis der formellen wie auch informellen Strukturen schützt einerseits vor fehlgeleiteten Aktivitäten und persönlichen Konflikten sowie andererseits vor einer Gefährdung der eigenen beruflichen Sicherheit und Karrieremöglichkeiten.“¹⁰⁹

Bei eigener Suchtmittelabhängigkeit ist eine mindestens zweijährige Suchtmittelabstinenz Vorbedingung.

Fortbildung und Supervision

Angesichts der sich ständig verändernden Rahmenbedingungen in der betrieblichen Arbeit, angesichts neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse der Suchtforschung und der Suchttherapie, angesichts neuer Schwerpunktsetzungen in der Sucht- und Drogenpolitik, angesichts der Entwicklungen im

¹⁰⁶ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1998), S.25

¹⁰⁷ ebenda, S.26ff.

¹⁰⁸ siehe hierzu u.a.: ebenda, S.30/31; Rainer, Ludwig (1998), S.147ff

¹⁰⁹ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1998), S.31

gesamten Gesundheitsbereich ist es für die in der betrieblichen Beratung Tätigen zwingend erforderlich, sich regelmäßig fortzubilden.

Die Reflexion und Supervision der täglichen Beratungsarbeit ist darüberhinaus ein wichtiger Bestandteil zur Qualitätssicherung. Regelmäßige Supervisionsmöglichkeiten gehören zum Qualitätsstandard.

„Die betriebliche Funktion hauptamtlicher SB erfordert die Fähigkeit zum konstruktiven Umgang mit Konflikten und Widersprüchen, die sich aus unterschiedlichen Erwartungen und betrieblichen Zuständigkeiten ergeben und mit den eigenen Zielen und Bedürfnissen – je nach Auftragsklarheit – kollidieren können. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, sich der eigenen persönlichen und beruflichen Ziele bewußt zu sein und eventuelle Konflikte benennen und konstruktiv lösen zu können.“¹¹⁰

Fortbildung und Supervision sind damit auch wichtige Kriterien für die Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Forderung nach Weiterbildung und Supervision gilt gleichfalls auch für die nebenamtlichen Kräfte in der betrieblichen Suchthilfe. Als Mindestanforderung gilt eine Praxisbegleitung durch Personen oder Teams, die mit den betrieblichen Belangen der nebenamtlichen SuchthelferInnen vertraut sind.

Aufbau- und Ablauforganisation

Die Organisationswissenschaft grenzt innerhalb von Organisationen – unabhängig ob Betrieb oder Behörde, also auch Dienstleistungsbereiche – die Aufbau- von der Ablauforganisation ab. Zwar ist diese Trennung nur theoretischer Natur, es handelt sich lediglich um verschiedene Sichtweisen und Darstellungsformen ein und desselben Systems, aber durch die gedankliche Trennung lassen sich bei bestimmten Organisationsproblemen die zur Lösung geeigneten Methoden und Arbeitstechniken leichter zuordnen¹¹¹. Dabei wird von folgenden Definitionen ausgegangen:

„Durch die Aufbauorganisation werden die Aufgaben eines Betriebes oder einer Behörde auf verschiedene Stellen aufgeteilt, die hierarchischen Strukturen festgelegt und die Kommunikationsbeziehungen dieser Stellen geregelt (statische Betrachtung).“¹¹²

¹¹⁰ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1998), S.25

¹¹¹ siehe hierzu: REFA (Hrsg.)(1985), Bd.1, S.30

¹¹² ebenda, S.31

Für die betriebliche Sozial- und Suchtberatung geht es unter diesem Aspekt also hauptsächlich um ihre Anordnung im strukturellen Gefüge der Gesamtorganisation hinsichtlich Leitung, Verantwortung und Kommunikation.

„Die Ablauforganisation befaßt sich mit der Art des Zusammenwirkens von Menschen, Arbeitsmitteln und Arbeitsgegenständen beziehungsweise Informationen bei der Erfüllung von Arbeitsaufgaben (dynamische Betrachtung).“¹¹³

Im Mittelpunkt der Ablauforganisation stehen somit *„die einzelnen Phasen der Informationsverarbeitung und der Entscheidungsfindung. Letztlich ist die Ablaufgestaltung lediglich die präzisierende Fortsetzung der Aufbauorganisation“*¹¹⁴

Anhand dieser Definitionen wird schon deutlich, dass speziell die Ablauforganisation kaum präzise auf die Dimension der Strukturqualität zu begrenzen ist, sondern Anteile der Prozessqualität mitumfaßt.

Darüberhinaus darf folgendes nicht außer acht gelassen werden:

Die betrieblichen Suchtprävention und -hilfe sind in der Regel sehr kleine organisatorische Bereiche, häufig Ein-Person-Organisationen (Stelle = Organisation), mit den entsprechenden Spezifika sowie Vor- und Nachteilen. Eine dieser Besonderheiten ist, dass es sich quasi um eine ‚*Organisation ad personam*‘ handelt, d.h. die Qualifikationen, das Leistungsvermögen etc. des konkreten Stelleninhabers bestimmt ganz wesentlich die Inhalte der Aufgaben sowie die Art und Weise der Aufgabenwahrnehmung. Nachteilig wirkt sich sicherlich aus: Personalausfälle können nicht ausgeglichen werden, die Erreichbarkeit ist stark reduziert, Arbeitsspitzen können nicht aufgefangen werden, Neigung zum Perfektionismus oder Rückzug im ‚selbstgestrickten Kokon‘, Gefahr der fachlichen ‚Kleingärtnermentalität‘. Dieses auszugleichen erfordert ein sehr hohes Engagement der Stelleninhaberin / des Stelleninhabers, eine selbstkritische Einstellung mit Praxisrelevanz und die zwingende Einbindung in übergreifende Netzwerke.

Diese Besonderheiten spiegeln sich z.B. auch in der Diskussion über den ‚*Arbeitskreis Sucht*‘, ‚*Arbeitskreis Gesundheit*‘ oder wie er jeweils genannt wird. Ein solcher Arbeitskreis gilt weitläufig als ein Baustein eines Suchtpräventionsprogramms¹¹⁵, ist aber nicht mit zwangsläufiger Notwendigkeit

¹¹³ REFA (Hrsg.) (1985), Bd.1, S.31

¹¹⁴ Kübler, Hartmut (1978), Bd.1, S. 57

¹¹⁵ siehe u.a.: Ziegler, H./ Brands, G. (1999), S.75ff.

in allen Betrieben institutionalisiert. Darüberhinaus unterscheiden sich die Arbeitskreise sehr stark nach den ihnen zugewiesenen Aufgaben. Sicherlich ist ein solcher Arbeitskreis im Sinne einer Kickoff-Projektgruppe mit einflussreicher Besetzung in der Aufbauphase von unschätzbarem Wert. Fraglich ist allerdings, ob der Arbeitskreis als Dauereinrichtung sinnvoll bzw. notwendig bleibt, da für die Entwicklung der Beratungsstellenarbeit eher die Vernetzung mit anderen Beratungs-institutionen von Interesse ist und betriebsintern eher auf eine breite Transparenz der Arbeit hingewirkt werden sollte, die über den Arbeitskreis hinausgeht. Im Vergleich zur allgemeinen betrieblichen Sozialarbeit kann die Kopplung an einen zugehörigen Arbeitskreis zumindest nicht als immanent notwendig eingestuft werden.

Eine andere Einschätzung ergibt sich für das Modell der nebenamtlichen betrieblichen Suchthilfe, bei dem der Arbeitskreis auf Dauer eine wichtige Funktion der Einbindung hat.

Stellung im Unternehmen

Die betriebliche Suchtprävention und -hilfe muss unabhängig und weisungsfrei arbeiten können. Eine organisatorische Zuordnung zu anderen Bereichen der Institution, speziell der Personalverwaltung, ist zu vermeiden, da solche Zuordnungen die Neutralität der Beratungsstelle gefährden und den Vertrauensvorschluss des Klientels untergräbt.

„Eine gute Möglichkeit der innerbetrieblichen Anbindung besteht darin, eigens für die hauptamtliche SB eine Stabstelle einzurichten, die z.B. direkt dem Vorstand oder der Dienststellenleitung unterstellt ist. Das garantiert ein hohes Maß an fachlicher Unabhängigkeit, unterstreicht durch die Ausnahmestellung in der betrieblichen Hierarchie die Bedeutung der SB und fördert so ihre innerbetriebliche Akzeptanz. Auf der anderen Seite birgt diese Form der Anbindung die Gefahr der Isolierung, wenn nicht selbständig Kooperationen aufgebaut werden.“¹¹⁶

Die Stellung der nebenamtlichen betrieblichen SuchthelferInnen sollte gestärkt sein durch eine Anbindung der Nebentätigkeit an eine hauptamtliche Kraft, einen Arbeitskreis oder im Rahmen eines Teams der betrieblichen SuchthelferInnen.

¹¹⁶ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1999), S.22

Schweigepflicht und Datenschutz

Sowohl das hauptamtliche wie auch das nebenamtliche Personal der betrieblichen Suchthilfe unterliegt der absoluten Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch. Dieses bedeutet u.a., dass die/der SuchtberaterIn vom Arbeitgeber nicht als Zeuge in arbeits- oder disziplinarrechtlichen Streitigkeiten benannt werden darf. Die Schweigepflicht gilt auch nach Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis. Auf diese Verschwiegenheitspflicht sollte in der Betriebs-/Dienstvereinbarung unbedingt hingewiesen werden. SuchtberaterInnen und SuchthelferInnen haben allerdings nach derzeitiger Rechtslage kein Zeugnisverweigerungsrecht in einem Strafverfahren, wie dies z.B. für Ärzte oder Anwälte in § 53 der Strafprozessordnung geregelt ist.

Zur Verschwiegenheitsverpflichtung gehört auch die Einhaltung der Regelungen zum Datenschutz. Dieses schließt u.a. ein, dass personenbezogene Daten unter Verschluss zu halten bzw. bei elektronischer Speicherung in einer Art und Weise zu sichern sind, die einen Zugriff Dritter soweit wie möglich ausschließen.

Erreichbarkeit

Da die Hemmschwellen zur Kontaktaufnahme mit der betrieblichen Suchthilfe häufig ausgeprägt sind, wäre eine leichte Erreichbarkeit eine wichtige Voraussetzung zur Reduzierung von Hemmschwellen. Leider stößt sich dieses aber mit den realen Möglichkeiten aufgrund der stark eingeschränkten personellen Ausstattung, denn die Chancen der direkten Kontaktaufnahme mit der/dem SuchtberaterIn bzw. der/dem SuchthelferIn werden umso geringer, je weniger Arbeitszeit insgesamt zur Verfügung steht. Dabei haben die nebenamtlichen Kräfte ggfls. noch den Vorteil, im Rahmen des ‚*niedrigschwelligen Kontaktangebotes*‘ in ihrem Produktions-/Arbeitsbereich angesprochen zu werden.

Es ist nach den jeweiligen betrieblichen Bedingungen zu entscheiden, wie die Erreichbarkeit am optimalsten zu gewährleisten ist (z.B. über feste Sprechzeiten).

Ein unverzichtbarer Ausstattungsgegenstand der Suchtberatungsstelle ist sicherlich die ‚*Mailbox*‘. So besteht zumindest die Möglichkeit, wenn die/der SuchtberaterIn nicht am Arbeitsplatz ist, ein Beratungsgespräch führt o.ä., eine Nachricht mit der Bitte um Rückruf zu hinterlassen. Leider ist es immer noch so, dass viele Menschen Scheu oder gar Abneigung im Umgang mit

einem Anrufaufnahmegerät haben und eher wieder auflegen, als eine kurze Nachricht zu hinterlassen. Hier muss deutlich gemacht werden, dass dieser Zustand nicht zur gänzlichen Zufriedenheit aufzulösen ist.

Qualitätsindikator sollte die Zufriedenheit der Klienten und sonstigen Kunden mit den bestehenden Möglichkeiten der Kontaktaufnahme sein.

Kooperation und Vernetzung

Aufgrund der spezifischen Organisationsstruktur der betrieblichen Suchtprävention und –hilfe stellt die Kooperation und Vernetzung ein wesentliches Qualitätskriterium darstellt. Aufgrund der hohen Bedeutung wird dieses als gesonderte Kategorie behandelt, läßt sich aber kaum mit einem speziellem Qualitätsstandard formulieren. Die Kooperationsnotwendigkeit bezieht sich zum einen auf die Kooperation mit den Stellen innerhalb der Institution, die ähnliche bzw. vor-, parallel- oder nachgelagerte Aufgaben wahrnehmen (wobei z.T. ggfls. nur Koordinationsbedarf besteht), sowie auf die externe Kooperation mit Beratungsstellen, Kliniken, Kostenträger etc.

Unternehmensinterne Kooperation

Speziell

„nebenamtliche SH sind für die Erfüllung ihrer Aufgaben in hohem Maße auf die Zusammenarbeit mit internen und externen Stellen angewiesen. Interne KooperationspartnerInnen sind – sofern vorhanden – vor allem die hauptamtlichen Sozial- und SuchtberaterIn und der Arbeitskreis Sucht. Sind in einem Betrieb ausschließlich nebenamtliche SH im Einsatz, sollten sie mit der Betriebsleitung, dem Betriebs- bzw. Personalrat, Betriebsärzten und anderen beteiligten Stellen engen Kontakt halten.“¹¹⁷

Aber auch für die professionellen Kräfte gilt die Aufforderung, Kooperationen herzustellen und zu pflegen.

So ist ein koordiniertes und kooperatives Vorgehen bei strikter Zuständigkeitsabgrenzung und Aufgabenklarheit wünschenswert innerhalb von Interventionsverfahren nach dem Stufenplan mit den jeweiligen Vorgesetzten, dem Personalrat, der Personalverwaltung. Notwendig ist eine Klärung der Zuständigkeiten mit dem Betriebsarzt / der Betriebsärztin / dem arbeitsmedizinischen Dienst, ggfls. bei gleichzeitiger Kooperation. Gleiches gilt z.B.

¹¹⁷ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1999), S.29

Hinsichtlich der Fachkräfte für Arbeitssicherheit, sonstiger betrieblicher Beratungsdienste oder bei laufenden Projekten der Organisations- und Personalentwicklung.

Externe Kooperation mit Beratungsstellen und Kliniken

Für die qualifizierte Fortsetzung der betrieblichen Beratungen sind Kooperationen mit den externen Facheinrichtungen unerlässlich. Dieses gilt gleichfalls für die Begleitung während externer Behandlungen sowie für die Nachsorgephase und Wiedereingliederung bei stationären Maßnahmen. Es sei hier verwiesen auf die Forschungsstudie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“ der Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung“ der Carl von Ossietzky Universität, mit deren Ergebnissen u.a. die Relevanz der Vernetzung von Rehabilitationseinrichtungen und Institutionen der beruflichen Integration incl. der Betriebe selbst verdeutlicht wird¹¹⁸.

Die verstärkten Tendenzen zu Koordination, Kooperation, Vernetzung, Realisierung von Synergieeffekten etc. werden in vielen Ansätzen ersichtlich, so z.B. auch in den Überlegungen zum *Case-Management*¹¹⁹. Das bei vielen dieser Überlegungen nicht allein oder nicht vorwiegend Aspekte der Qualitätssicherung im Vordergrund stehen, sondern lediglich Ziele der Kostendämpfung, versteht sich von selbst.

Externe Netzwerke

Die weitere Aufforderung nach Vernetzung bezieht sich extern auf Institutionen, die in irgendeiner Art und Weise zur Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung beitragen können. Dieses sind z.B. örtliche/regionale Netzwerke unterschiedlicher Unternehmen, Betriebe, Institutionen der Suchthilfe, wie z.B. der *Regionale Arbeitskreis betriebliche Suchtprävention (RABS) Weser-Ems*, oder unternehmensspezifische Netzwerke, wie z.B. das *Netzwerk der Sozial- und Suchtberatungen Niedersächsischer Universitäten*.

In die Netzwerküberlegungen gehört auch die Idee *einrichtungsübergreifender Qualitätszirkel* analog ambulanter Suchtberatungsstellen und stationärer Einrichtungen¹²⁰. Die Intentionen betrieblicher Qualitätszirkel sollen

¹¹⁸ Meyenberg, R. / Tielking, K. (Hrsg.) (1999). Siehe auch den Beitrag von K.Tielking in dieser Veröffentlichung

¹¹⁹ siehe u.a. Cimander, K.F. (1999), S.50ff.

¹²⁰ Evers, Anne (1995) S.VIff.

demnach übertragen werden auf eine Serie überbetrieblicher, regelmäßig durchgeführter und moderierter Gesprächsrunden,

„... deren Teilnehmende Probleme beziehungsweise Schwachstellen des eigenen Arbeitsbereichs identifizieren und analysieren, um Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten mit dem Ziel, diese auch ... umzusetzen.“¹²¹

Gleiches gilt hinsichtlich der Überlegungen zum *Benchmarking*¹²², die z.B. im „*Leitfaden Benchmarking im öffentlichen Sektor am Beispiel der Suchtberatungsstellen in Niedersachsen*“ des Nds. Sozialministeriums entwickelt sind. Zu den qualitativen und quantitativen Kriterien für ein Benchmarking von Suchtberatungsstellen heißt es in dem Leitfaden:

„Von Benchmarking sind keine Patentlösungen zu erwarten, sondern es soll z.B. in *Qualitätszirkeln* über eine kontinuierliche Verbesserung der Suchtberatungsstellen nachgedacht werden. Benchmarking zielt daher darauf, ständige Verbesserungsprozesse zu unterstützen, indem die Reflexion über die eigene Arbeit zielgerichtet an erfolgreichem Handeln vergleichbarer Einrichtungen ausgerichtet wird. Benchmarking ist ein Instrument der Organisationsentwicklung, mit dem Suchtberatungsstellen Verbesserungen ihrer Arbeit erzielen können. Ziel des Benchmarkingprojektes der Suchtberatungsstellen in Niedersachsen ist daher, einen auf kontinuierliche und systematische Verbesserung der Arbeitsprozesse und –ergebnisse angelegten Prozeß in Gang zu setzen, der langfristig und selbsttragend ist.“¹²³

Es handelt sich dabei also auch um ein Prozess, der auf Qualitätssicherung ausgerichtet ist, wobei sich die Methode des Benchmarking für die betriebliche Sozial- und Suchtberatung in besonderer Weise anbietet.

¹²¹ Lutter, Heinz (1997), S.17

¹²² „Benchmarking ist ein Konzept, das durch den Vergleich von Einrichtungen ‚*beste Lösungen*‘ für die Erledigung von Aufgaben identifizieren helfen soll. Die Beschreibung ‚*bester Lösungen*‘ dient dazu, ständig Verbesserungen anzuregen, damit Aufgaben mit der höchst möglichen Wirksamkeit und dem geringst möglichen Aufwand erledigt werden können. ... Eine richtig verstandene Benchmarkingphilosophie geht davon aus, daß jede Einrichtung Prozesse identifizieren kann, die anderswo besser gelöst sind. Deshalb richtet sich die Suche an solche ‚*beste Lösungen*‘.“ Nds.Sozialministerium (1997), S. 2

¹²³ ebenda, S. 10/11

4.4.2 Standards der Prozessqualität im Arbeitsfeld betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe

Die Prozessqualität

„...umfaßt alle Maßnahmen, die während der Behandlung unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen Situation und individuellen Krankheitsmerkmale ergriffen werden. Die Annahme ist, daß die Behandlung dann am besten ist, wenn sie nach nachvollziehbaren Regeln erfolgt, die den Stand des medizinischen Wissens widerspiegeln (professionell anerkannter Standard). Die Prozeßkategorie ist nur schwer von der Struktur- und Ergebniskategorie abgrenzbar. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Prozeßkategorie und der Ergebniskategorie. So muß die Prozeßkategorie als ein indirektes Maß für die Qualität der Behandlung (Ergebnisqualität) gesehen werden, denn eine noch so perfekte Durchführung der Behandlung kann kein optimales Ergebnis garantieren oder umgekehrt.“¹²⁴

„Die *Prozeßqualität* ist eine zentrale Kategorie des Qualitätsmanagements. Das individuelle Zustandekommen einer kommunikativen Verständigung zwischen Fachkraft und Adressat, gemeinsam diskursiv entwickelte Problembeschreibungen, Entwicklungsziele und prozessuale Umsetzungsschritte sind wesentliche Dimensionen der Prozeßqualität. Kollegiale Selbstevaluation und Adressatenbefragungen sind geeignete Strategien zur Steuerung der Prozeßqualität. Leistungstransparenz und kommunikative Standards ermöglichen den Adressaten eine Mitwirkung bei der Qualitätsbewertung.“¹²⁵

In Übertragung der Qualitätssicherungsstandards aus der medizinischen Rehabilitation gehört zur Prozessqualität

„...zunächst einmal das Therapiekonzept ..., das allgemein Auskunft geben soll, nach welchem Plan und welcher Idee die Klinik im medizinisch-therapeutischen Bereich arbeitet. Diese ‚Klinikphilosophie‘ soll individuell und charakteristisch sein, um Einheitskonzepten vorzubeugen.“¹²⁶

D.h., es wäre eingangs eine Aussage zum Leitbild der betrieblichen Beratungsstelle zu formulieren. Darauf aufbauend ist das Leistungsspektrum zu

¹²⁴ Evers, Anne (1995), S.III

¹²⁵ Brülle, H. / Reis, C. (1998), S.287

¹²⁶ Schneider, Jürgen (1997), S.41

konkretisieren, sind die einzelnen Leistungsangebote der betrieblichen Prävention und Beratung zu beschreiben.

Die Arbeitskonzeption der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe

Sicherlich erscheint es ungewöhnlich – oder zumindest nicht selbstverständlich – ein formuliertes Arbeitskonzept, ein Beratungskonzept, ein Leitbild oder eine ‚Beratungsstellen-Philosophie‘ als Qualitätsstandard einzufordern. Eine Forderung, die im stationären Suchtbereich als Therapiekonzept der Institution als selbstverständlich vorausgesetzt ist.

Deshalb vorab hierzu einige Gedanken:

- ☒ Die betriebliche Suchtarbeit ist sehr stark dadurch beeinflusst, dass sie aus einem hohen Engagement nebenamtlicher betrieblicher Suchtkrankenhelfer gewachsen ist und erst allmählich zu einer Professionalisierung gefunden hat.
- ☒ Entsprechend stand bei den nebenamtlichen betrieblichen Suchtkrankenhelfern die praktische Einzelfallhilfe im Focus ihrer Bemühungen, nicht die ‚sozialarbeiterische‘ theoriegeleitete Diskussion über eventl. Konzepte.
- ☒ Die Arbeit basierte auf einem klaren Krankheitskonzept des Alkoholismus – denn das war die zentrale Zielrichtung – und klaren Praxisvorgaben: Zusammenhang arbeits-/dienstrechtlicher Verfehlungen und suchtmittelbedingte Auffälligkeiten, Stufen-/Interventionsplan, konstruktiver Druck etc. Diese faktischen Positionen sind lange nicht hinterfragt worden, so dass eine auf kritischer Reflexion beruhende Entwicklung nur zögerlich möglich war.
- ☒ Im Zuge der partikularen Professionalisierung kam es zwar zum theoretischen Diskurs, aber gleichzeitig auch zu einer Expansion in neue Aufgabenfelder Richtung psycho-soziale Beratung, Konfliktmanagement, betriebliche Gesundheitsförderung. Einer zielgerichteten Weiterentwicklung theoretischer Konzepte der betrieblichen Suchtarbeit kam dieses nicht unbedingt zugute.
- ☒ Hinzu kommt, dass
„.... bis zum heutigen Tag nicht die konsistente, hinreichend umfassende, aber auch detaillierte, eindeutig formulierte, erklärungs- und

begründungsstarke sowie handlungsanleitende Beratungstheorie“¹²⁷ existiert.

„Dem Fehlen einer einheitlichen Theorie steht allerdings eine Fülle von einzelnen – und zum größten Teil vereinzelt nebeneinanderstehenden – Theorien gegenüber.“¹²⁸

Im betrieblichen Bereich dürften vor allem sogenannte ‚Alltagstheorien‘ von Relevanz sein, die hinter den Auffassungen von Beratung stehen. Alltagstheorien sind zu verstehen als

„Konzeptionen von beruflichen Handeln, die als Effekte beruflicher Erfahrungen mit der Klientel und als Resultate von bargaining-Prozessen mit Kollegen und Trägern anzusehen sind.“¹²⁹

☒ Nur bei wenigen betrieblichen Suchtberatungen finden sich Aussagen zu klarer positionierten theoretischen Arbeitskonzeptionen oder Grundhaltungen. Hier handelt es sich dann in der Regel um Beratungsstellen mit einer längeren professionellen Tradition. So wie sie z.B. HILLEBRAND als ‚Philosophie der Beratungsarbeit bei Daimler Chrysler‘ erläutert:

„Wir haben ein professionelles Beratungsangebot im Betrieb und orientieren uns an systemisch-lösungsorientierten Ansätzen. Besondere Bedeutung haben für unsere Arbeit Steve de Shazer, Tom Anderson, die Mailänder und die Heidelberger Schule, in neuerer Zeit auch Frank Farrelly. Um die Vielzahl der Aufgaben erfüllen zu können und die Beratungsprozesse mit den Klienten gemeinsam konstruktiv zu gestalten, orientieren wir uns an Ideen des Case-Managements, wie sie in Deutschland besonders durch R.Wendt formuliert worden sind.“¹³⁰

Diese Gedanken machen klar, dass es kein übergeordnetes theoretisches Konzept der Arbeit und Beratung im Rahmen eines Qualitätsstandards der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe geben kann, sondern lediglich den Versuch, eine solche ‚Philosophie oder Kultur der Beratungsstelle‘ in der jeweiligen praktischen Konstellation anzudenken und ggfls. zu formulieren. Wobei das Ergebnis im wesentlichen abhängig sein wird von

127 Rahm, Dorothea (1988), S.59

128 ebenda

129 Gerstenmaier, J./ Nestmann, F. (1984), S.35

130 Hillebrand, Roland (2000), S.7

- den jeweils wahrzunehmenden Aufgaben
- der Biographie incl. dem fachlichen Werdegang der jeweiligen Personen oder gar Einzelperson
- der Kultur und Philosophie der jeweiligen Gesamteinstitution.

Trotz dieser Gebundenheit an die örtlichen Gegebenheiten kann und sollte es allerdings eine übergeordnet selbstverpflichtende Leitlinie als *Qualitätsstandard* für alle betrieblichen Suchtprävention und -hilfe geben, die die „ETHISCHEN PRINZIPIEN IN DER BETRIEBLICHEN SUCHTPRÄVENTION UND SUCHTHILFE“ betrifft und als Richtschnur für alle Beschäftigten in diesem Arbeitsfeld dienen sollten. Als Standard können hier übernommen werden die „*Ethischen Prinzipien in der professionellen Suchtkrankenhilfe*“ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. vom März 1999¹³¹.

Für die Arbeitskonzeption wird mir der Verpflichtung auf die Ethischen Prinzipien der humanistische Ansatz erkennbar, beruhend auf der Überzeugung von der Handlungs- und Entwicklungsfähigkeit des Menschen, auf der Achtung seiner Würde und Persönlichkeit, auf den Möglichkeiten der freien Entfaltung seiner schöpferischen Kräfte und Fähigkeiten.

*Was von allen Dingen am nachgiebigsten ist, kann das,
was am härtesten ist, überwinden ...
Daß der Nachgiebige den erobert, der Widerstand leistet,
und der Sanfte den Harten ist eine Tatsache,
um die jedermann weiß, doch keiner macht sie sich zunutze.
Lao-te-king (1963)*

¹³¹ siehe im ANHANG dieser Veröffentlichung

Das Leistungsspektrum der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe

Wie bereits erwähnt ist Art und Umfang der Leistungen der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe abhängig vom Modell und dem konkreten Auftrag auf der Basis der jeweiligen betrieblichen Möglichkeiten und Zielsetzungen. Nachfolgend werden Kriterien eines umfassenden Arbeitsfeldes betrieblichen Suchtprävention und -hilfe im Rahmen einer professionellen Tätigkeit benannt. Dabei ist vorab zu klären, was unter dem Begriff der Suchtprävention zu verstehen ist.

In der Präventionsarbeit wird unterschieden zwischen Primärprävention (Vorbeugende Aktivitäten; Arbeit mit noch nicht Suchtmittelmissbrauchenden oder Abhängigen), Sekundärprävention (Arbeit mit Risikogruppen und akut Gefährdeten bzw. Abhängigen) und Tertiärprävention (Arbeit in der Nachsorge bzw. Rückfallvermeidung). Der Begriff der Suchtprävention wird hier bezogen auf den Bereich der primärpräventiven Arbeit, während die Sekundär- und Tertiärprävention zum Bereich der Suchtberatung und -hilfe gerechnet wird.

Primärpräventive Arbeit

Die möglichen *Maßnahmeebenen* der Präventionsarbeit beruhen auf dem zugrundeliegenden multifaktoriellen Ursachenmodell „Suchtmittel - Person - Umwelt“. Aus diesem Faktorenbündel,

..... das zur Abhängigkeit führen kann, lassen sich zwei grundsätzliche Bereiche beschreiben:

- Faktoren, die in der Person des einzelnen liegen
- Faktoren, die aus der Umwelt auf die Person einwirken.

Zwischen beiden Faktorengruppen bestehen vielfältige Wechselbeziehungen. Präventionsmaßnahmen müssen beide Faktoren berücksichtigen ... Die auf die Person bezogenen Maßnahmen werden unter dem Begriff *kommunikative* Maßnahmen zusammengefaßt. Die bei den Umweltfaktoren einsetzenden Aktionen als *strukturelle* Maßnahmen.¹³²

Zu den strukturellen Maßnahmen, für die auch der Begriff Verhältnisprävention verwendet wird, können z.B. zählen *Abreden und Regelungen zur Einschränkung der Griffnähe und der Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken, Anregungen zur Reduzierung suchtfördernder*

¹³² Grigoleit/Wenig/Ziegler (1989), Bd.I S.6.3-1

Arbeitsbedingungen. Die kommunikativen Maßnahmen können differenziert werden in massenkommunikative Maßnahmen (z.B. die innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit) und personalkommunikative bzw. individuumzentrierte Aktivitäten (Arbeit mit unmittelbaren, z.B. Auszubildende, und mit mittelbaren Zielgruppen, z.B. betriebliche Multiplikatoren).

Auch die *suchtpräventiven Ziele* und die konkrete *praktisch-methodische Arbeit* muß sich ausrichten am multifaktoriellen Bedingungsgefüge von Sucht.

Ausgehend von der Einschätzung, daß der Konsum von Drogen häufig nur die symptomatische Erscheinung einer tieferliegenden sozialen und/oder psychischen Bewältigungskrise ist¹³³, können als suchtpäventive Ziele u.a. genannt werden:

- { Förderung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- { Übernahme von Selbstverantwortung
- { Entwicklung von Strategien zur Belastungsbewältigung
- { Förderung der Konfliktfähigkeit und Strategien zur Konfliktbewältigung
- { Förderung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit
- { Entwicklung von Frustrationstoleranz
- { Entwicklung emotionaler Erlebnisfähigkeit
- { Entwicklung, Förderung und Bewahrung von Genussfähigkeit
- { Förderung eines Lebenskonzeptes mit ganzheitlichem Anspruch (Einheit von Körper, Geist und Seele).

Darauf aufbauend umfaßt die primärpräventive Arbeit für den betrieblichen Bereich Maßnahmen,

„... die es den Beschäftigten ermöglichen, ihre persönlichen und sozialen Kompetenzen auszubauen, z.B. durch Teilnahme an Organisationsentwicklungsmaßnahmen (Qualitäts-, Gesundheitszirkel etc.) oder durch ein entsprechendes Seminarangebot (Selbstmanagement, Streßbewältigung, Konfliktmanagement etc.). Ziel solcher Angebote ist es, die Beschäftigten darin zu bestärken, durch Veränderung des eigenen Arbeits- und Gesundheitsverhaltens bzw. durch Einflußnahme auf die Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen gesundheitlichen Problemen entgegenzuwirken.“¹³⁴

¹³³ siehe u.a. Hurrelmann (1988), S.203

¹³⁴ NORD AG Betriebliche Suchtprevention (NABS) (1999), S.12

Hieran wird sehr deutlich, dass im Leistungsbereich der Prävention einem ganzheitlichen und ursachenorientierten Konzept Vorrang eingeräumt werden sollte. Ein solches Konzept

„... muß sich inhaltlich und fachlich herleiten aus den vielfältigen Arbeitserfahrungen, -ansätzen und Forschungsergebnissen der Sucht- und Drogenarbeit. Sie kann sachlich den präventiven Bemühungen im Bereich der Gesundheitserziehung, -förderung und -bildung zugeordnet werden, bildet aber einen eigenständigen Arbeitsbereich.“¹³⁵

Inwieweit dieses betrieblich umzusetzen ist, kann als *Qualitätsstandard* nicht verallgemeinert werden. Auch der Anteil der primärpräventiven Arbeit an der Gesamttätigkeit ist von den jeweiligen betrieblichen und personalen Bedingungen abhängig. Die Primärprävention sollte aber eine akzeptable Gewichtung erhalten. Ein spezifisches Problem stellt sicherlich die Evaluation dieser Tätigkeiten insoweit dar, als sich Ergebnisse primärpräventiver Arbeit kaum messen lassen.

Suchthilfe und Beratungstätigkeit

Beratung und Hilfe ist der klassische Bereich der betrieblichen Suchthilfe, das – je nach Modell – einen überwiegenden Teil bis zum vollen Umfang des Arbeitsfeldes einnimmt. In diesem Bereich betrieblicher Suchtarbeit

„... geht es grundlegend um die Verständigung auf eindeutige und konsequente Hilfeangebote bei fortgesetzten Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten in Verbindung mit Suchtmittelgebrauch oder suchtähnlichen Verhaltenstörungen. In solchen Fällen ist die Unterstützung der Vorgesetzten z.B. durch Beratung und Coaching zu gewährleisten. Es muß im Betrieb geklärt sein, welche konkreten Hilfeangebote den Beteiligten in derartigen Situationen gemacht werden können.“¹³⁶

Die Beratungstätigkeit bezieht sich also nicht nur auf die Suchtgefährdeten, Suchterkrankten als unmittelbare Betroffene selbst, sondern auch auf das berufliche Umfeld als mittelbar Betroffene, auf Führungskräfte in ihrer Fürsorgepflicht und Verpflichtung zur Intervention sowie häufig auf das soziale und familiäre Umfeld. Je nach Adressatenkreis differenzieren sich die Ziele der Beratung. So liegt bei Führungskräften der Schwerpunkt in der Information und dem Coaching zum Handeln, beim familiären Umfeld in der

¹³⁵ Grigoleit/Wenig/Ziegler (1997), Bd.I S.6.2-1. Stand Juni 1997

¹³⁶ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1999), S.13

teilnehmenden Problemsicht und der Stärkung zur Rückgabe von Verantwortung, beim sozialen Umfeld in der Aufklärung und dem Abbau von Hemmschwellen, bei den unmittelbar Betroffenen in der Übernahme von Eigenverantwortung und der motivationalen Beratung.

Für die Suchtgefährdeten und –kranken

„... sollte ein Angebot geschaffen werden, das Unterstützung bei der Aufnahme einer Therapie gewährleistet sowie eine Begleitung während der Therapie sicherstellt. Bei ambulanter Therapie kann dies arbeitsbegleitend im Unternehmen oder in der Behörde, bei stationärer Therapie durch Kontakte in die Klinik umgesetzt werden. Hierzu gehören auch Maßnahmen, die die Wiedereingliederung ... unterstützen und helfen, Rückfälle zu vermeiden.“¹³⁷

Die Beratungstätigkeit sollte statistisch dokumentiert werden mit dem Ziel der Qualitätsverbesserungen auf der Basis von Rückschlüssen aus den erhobenen Daten. Die Erfassung kann z.B. konzipiert werden in Anlehnung an das Dokumentationssystem in der professionellen ambulanten Sucht-krankenhilfe EBIS, das dort seit mehr als 15 Jahren Anwendung findet¹³⁸.

Beratung und Schulung von Vorgesetzten

Den Führungskräften fällt in den Betrieben und Behörden im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention und –hilfe z.B. bei notwendigen Interventionen wegen dienstlicher oder arbeitsrechtlicher Verfehlungen im Zusammenhang mit Suchtproblemen eine zentrale Rolle zu, zumal die angestrebte frühzeitige Intervention gleichzeitig eine wichtige Maßnahme der Primärprävention darstellt. Beispielhaft wird hierzu in der „*Rahmenempfehlung zur Suchtprävention und Suchthilfe in der niedersächsischen Landesverwaltung*“ vom 19.01.1998 festgestellt:

„Eine zentrale Rolle beim Umgang mit Suchtgefährdeten und –kranken kommt den Vorgesetzten zu. Diese stehen den Problemen häufig hilflos gegenüber, können und dürfen sich aber ihrer Verantwortung nicht entziehen. Sachgerechtes Handeln bei Suchtproblemen fordert die Führungskompetenz der Vorgesetzten.“¹³⁹

Weiter heißt es in den Rahmenempfehlungen:

¹³⁷ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS), S.13

¹³⁸ siehe Grigoleit/Wenig/Hüllinghorst (1999), Abschn.13.1 Dokumentationssysteme

¹³⁹ Gem. Runderlaß des Nds.Sozialministeriums und der übrigen Ministerien vom 19.01.1998 – 406.2-41585-23.1 (Erlaß des MWK v. 29.04.1998 – Z 2.2-41543(2))

„Damit Vorgesetzte, Personalvertretungen und andere Institutionen ihre Aufgabe bei der Suchtprävention und -hilfe wahrnehmen können, sind spezielle Schulungen erforderlich. Insbesondere Vorgesetzte sollten geschult werden, um Auffälligkeiten bei Suchtmittelmißbrauch zu erkennen und die Gesprächsführung mit Betroffenen zu erlernen.“¹⁴⁰

Diese Qualifizierung von Vorgesetzten zur Übernahme von Personalverantwortung schließt als Aspekt ein

„... die Sensibilisierung der Vorgesetzten für ihren persönlichen Umgang mit Belastungssituationen und Suchtmitteln. Hierbei geht es auch um die Einsicht in ihre Funktion als Vorbild und die Entwicklung eines persönlichen Verhaltensmodells für ein gesundheitsförderliches Verhalten.“¹⁴¹

Als Standard sollte gelten, dass zum Einen der Interventionsplan („*Stufenplan*“) als allgemeine Handlungsrichtlinie für die Vorgesetzten schriftlich fixiert ist (meist im Rahmen einer Betriebs-/Dienstvereinbarung), zum Zweiten alle Führungskräfte zur Teilnahme an einer Grundschulung verpflichtet werden, zum Dritten ein beständiges Beratungs- und Coachingangebot für die Vorgesetzten besteht.

Informationsveranstaltungen und Schulungen

Innerbetriebliche Informationsveranstaltungen und Schulungen gehören zum Standardrepertoire im Rahmen primärpräventiver Maßnahmen. Informationsveranstaltungen zielen dabei auf möglichst viele MitarbeiterInnen des Betriebes oder der Behörde, sollen das Thema ‚Sucht‘ aus der Tabuzone befreien, co-süchtige Verhaltensweisen in Frage stellen sowie einen kritischen Umgang mit Suchtmitteln fördern. Sie können im Rahmen anderer betrieblicher Ereignisse eingebunden werden (z.B. Betriebs- oder Personalversammlung), allgemeine Einführungen in die Thematik sein oder sich auf inhaltliche Schwerpunkte beziehen, einen unterschiedlichen zeitlichen Rahmen beanspruchen (vom 30-Minuten-Referat bis zur Tagesveranstaltung), in der Teilnehmerzahl begrenzt oder offen sein (z.B. im Rahmen von Aktionstagen zu Sucht und Gesundheit).

¹⁴⁰ Gem. Runderlaß des Nds. Sozialministeriums und der übrigen Ministerien vom 19.01.1998 – 406.2-41585-23.1 (Erlaß des MWK v. 29.04.1998 – Z 2.2-41543(2))

¹⁴¹ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1999), S.13

Schulungen zielen dagegen eher auf bestimmte MitarbeiterInnen des Unternehmens (z.B. Führungskräfte) und dienen neben der Wissensvermittlung der Stärkung von Handlungskompetenz. Entsprechend benötigen Schulungen einen umfassenderen zeitlichen Rahmen und werden mindest für die Dauer eines Tages organisiert.

Im Einzelnen sei hinsichtlich der Themenstellungen, Zielsetzungen und Methoden auf die ‚*Qualitätskriterien für die Organisation und Durchführung von Informationsveranstaltungen und Schulungen*‘ in den Orientierungshilfen der NABS verwiesen¹⁴².

Öffentlichkeitsarbeit

Bereits der Aufbau von Strukturen einer betrieblichen Suchtprävention und -hilfe sollte durch eine gezielte innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit begleitet sein.

„Ich kenne kein Beispiel, bei dem der Einsatz von professioneller PR notwendiger und ethisch gerechtfertigter ist als bei der Einführung eines betrieblichen Präventionsprogramms zum immer noch stigmatisierten Thema Sucht. Es ist besser, gezielt zu informieren und die Initiative bei der Kommunikation zu behalten, als durch mangelhafte und zufällige Kommunikation Gerüchte zu provozieren, die man dann lange bekämpfen muß.“¹⁴³

Bei dieser internen PR-Arbeit geht es nicht nur um primärpräventive Aufklärung oder bereichsspezifische Information aus der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe, sondern es geht auch um internes Marketing. Für soziale Dienstleistungen reicht nicht das Ausharren in einer Nische mit ‚*Komm-Strukturen*‘, sondern es bedarf des *Dienstleistungsmarketings*, auch wenn dieses aus herkömmlichen Sichtweisen eher befremdlich wirkt. Unter dem Motto ‚*Tue Gutes und rede darüber*‘ sollten die konkreten Angebote, die Planungen und Perspektiven sowie die Arbeitsergebnisse kontinuierlich publiziert werden. Je nach Betrieb sind hierzu auch die neuen Medien zu nutzen (z.B. Homepage im Intranet).

„Öffentlichkeitsarbeit sollte immer das Bindeglied bleiben zwischen den zu planenden und umzusetzenden Einzelmaßnahmen und der Zielgruppe unter Berücksichtigung der Unternehmenskultur. In den ersten Jahren wird dies vorwiegend interne Öffentlichkeitsarbeit

¹⁴² NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1999), S.15ff.

¹⁴³ Dietze, Klaus (1992), S. 87

sein, die sich an die Mitarbeiter und deren Angehörige richtet. Wenn das Programm >rund< läuft, sollte man darüber nachdenken, es als Anlaß für die klassische, nach außen gerichtete PR-Kampagne zu nehmen. Hierbei geht es dann darum, das Unternehmen am Markt als modernen Arbeitgeber zu positionieren, der in das Wohlbefinden und die Leistungsbereitschaft seiner Mitarbeiter investiert und sie unterstützt“¹⁴⁴

4.4.3 Standards der Ergebnisqualität im Arbeitsfeld betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe

Mit dem folgenden Zitat aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation wird verdeutlicht, dass die **Ergebnisqualität** das Kernstück des

„Qualitätssicherungsprogramms und der Gradmesser dafür (ist; d.Verf.), ob und in welchem Umfang die therapeutischen Ziele der Rehabilitationsmaßnahmen erreicht wurden. Diese Ziele liegen nicht nur in der Besserung körperlicher und seelischer Beschwerden bzw. der Verbesserung von Funktionen während oder zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme. Noch wichtiger ist es für uns, daß die Rehabilitationsmaßnahme Langzeiteffekte bewirkt, z.B. dadurch, daß der Versicherte die in der Rehaklinik erhaltenen Anregungen und erlernten Verhaltensweisen auch im Alltag fortsetzt.“¹⁴⁵

„Das **Endresultat ist der direkteste und unmittelbarste Indikator für Qualität** der Behandlung, in dem sich alles zuvor Geschehene dokumentiert. Allerdings unterliegt das Behandlungsergebnis einer Vielzahl anderer Faktoren als zum Beispiel dem Krankenhausaufenthalt. Die Messung der *Ergebnisqualität* ist abhängig vom Zeitpunkt der Erhebung. Das Ergebnis umfaßt:

- ☛ medizinische Änderungen des Gesundheitszustandes
- ☛ Beeinflussung sozialer und psychologischer Funktionen
- ☛ gesundheitsbezogene Bewußtseins-, Wissens- und Verhaltensänderungen
- ☛ Patientenzufriedenheit.

Das Ergebnis könnte in einer Verbesserung des zur Behandlung führenden Symptoms bestehen (zum Beispiel Abstinenz, berufliche

¹⁴⁴ Dietze, Klaus (1992), S.88

¹⁴⁵ Schneider, Jürgen (1997), S.42

Integration), wobei für den Patienten die Lebensqualität, die durch die Behandlung erreicht wurde, entscheidend ist.“¹⁴⁶

Die beiden Zitate verdeutlichen aber auch, dass die Ergebnisqualität nicht nur die entscheidende Qualitätsdimension ist, sondern auch die am schwierigsten zu erfassende und zu bewertende.

Für die Bewertung der Ergebnisqualität können folgende *Indikatoren* einbezogen werden:

- ♪ subjektive Indikatoren
 - ☛ Zufriedenheit der Klienten
 - ☛ Zufriedenheit der sonstigen Kunden
 - ☛ Zufriedenheit der Kooperationspartner
 - ☛ Zufriedenheit der Mitarbeiter
- ♪ objektive Indikatoren z.B.
 - ☛ Senkung des Krankenstandes
 - ☛ Abstinenz
- ♪ Wirtschaftlichkeit
- ♪ gesellschaftliche / betriebliche Verantwortung
- ♪ Qualitätssicherung / Evaluation

Entscheidend sind dabei die formulierten Ziele als Qualitätskategorien und –kriterien, denn die Ergebnisqualität bestimmt sich aus den erzielten Wirkungen im Verhältnis zur vorgegebenen Zieldefinition.

Als *Ziele* der betrieblichen Suchtprävention und –hilfe können u.a. definiert werden:

- ☒ Es besteht ein ausgeprägtes Problembewußtsein zum Suchtmittelkonsum und ein selbstkritischer, genussbetonter Umgang mit Suchtmitteln.
- ☒ Zum Verhältnis von Suchtmitteln und Arbeitswelt besteht ein innerbetrieblicher Konsens auf der Ebene einer einheitlichen Unternehmenskultur.
- ☒ Es besteht ein sensibles Klima hinsichtlich des problematischen Umgangs mit Suchtmitteln.
- ☒ Das Thema „Suchterkrankungen“ ist innerbetrieblich nicht mehr tabuisiert, es wird offen damit umgegangen.
- ☒ Hemmschwellen im Umgang mit von Suchtmittelmissbrauch oder Suchterkrankung betroffenen MitarbeiterInnen sind weitgehend abgebaut.

¹⁴⁶ Evers, Anne (1995), S.III

- ☒ Führungskräfte intervenieren frühzeitig bei Auffälligkeiten, die im Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch oder Suchterkrankungen stehen und ergreifen adäquate Maßnahmen.
- ☒ Problematischer, missbräuchlicher bzw. abhängiger Umgang mit Suchtmitteln oder süchtige Verhaltensweisen werden beendet, die Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten bzw. wird wiederhergestellt.
- ☒ Die Klienten werden in die Lage versetzt, Lebenskrisen, psychische, psychiatrische, somatische etc. Problemlagen zu bewältigen oder sich in eine fachprofessionelle Beratung zu begeben.
- ☒ Die Klienten werden in die Lage versetzt, Konflikte in der Arbeitswelt zu bewältigen.
- ☒ Es werden verstärkt eigene Ressourcen zur Herstellung gesundheitlicher Balance genutzt.

Die hier aufgelisteten möglichen Zieldefinitionen beinhalten u.a. folgende Schwierigkeiten:

- ☒ Sollen einzelne Ziele für eine größere Gruppe von Klienten festgelegt werden, geht dieses nur über sehr allgemein gehaltene Definitionen.
- ☒ Sollen Ziele eher konkret gefasst werden, ist eine personenspezifische Zieldefinition erforderlich, wenn Suchtberatung nicht wieder auf das absolute Abstinenzprinzip reduziert werden soll (Ziel im Einzelfall z.B. auch: Reduzierung der Trinkmenge).
- ☒ Die Ziele können meist erst in der Interaktion zwischen Klient und Berater formuliert bzw. konkretisiert werden, genauso wie sich Zieldefinitionen im Beratungsprozess verändern können.
- ☒ Für die Bewertung des Zielerreichungsgrades bedarf es der subjektiven Einschätzung durch die Klienten in einem retrospektiven Feedback, aber auch einer objektivierten Diagnose durch den Berater, Arzt oder Therapeuten.

Welche Qualitätskategorien und –kriterien mit welchen Indikatoren für die Ergebnisqualität letztlich als *Qualitätsstandards* festgelegt, welche Ziele hierfür definiert und auf welche Art und Weise dieses überprüft wird, bedarf zum einen noch weiterer Diskussionsprozesse, muss zum anderen letztlich betriebsspezifisch festgelegt werden und wird sich im Rahmen der notwendigen *Evaluation zur Qualitätssicherung* auch immer wieder verändern.

Dabei bildet die

„Evaluation (Auswertung) als Basis für die Absicherung und Weiterentwicklung der einzelnen Maßnahmen im Rahmen eines

Suchtpräventionsprogramms ... einen unverzichtbaren Schritt. Hierfür sind geeignet Instrumente zu entwickeln. Ziel ist es, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der einzelnen Dienstleistungen zu belegen und ggfls. zu verbessern und deutlich zu machen, daß ein derartiges Engagement sich auch wirtschaftlich rechnet.“¹⁴⁷

Neben den subjektiven Indikatoren zur Zufriedenheit mit der Arbeit der betrieblichen Suchtprävention/-hilfe und den objektivierten Indikatoren zur Realisierung der Beratungsziele müssen verstärkt auch ökonomische Indikatoren berücksichtigt werden.

„Eng mit der Qualitätssicherung verbunden ist die Forderung nach handhabbaren, einfachen und nachvollziehbaren Evaluationsverfahren, die die Entscheidungen über betriebliche Investitionen in den Bereich erleichtern und die Kosten-Nutzen-Relation transparent machen.“¹⁴⁸

Zu entscheiden ist dabei, welche Indikatoren zur Kosten-Nutzen-Relation herangezogen werden.

„Zwar werden in Forschung und Praxis immer wieder kostenrelevante Faktoren benannt, so etwa

- ☞ erhöhte Kurzfehlzeiten und krankheitsbedingte Ausfälle
 - ☞ kurz- und längerfristige Personalersatzmittel
 - ☞ Kosten für Disziplinarmaßnahmen und erhöhte Betreuungsintensität
 - ☞ quantitative und qualitative Minderleistung
 - ☞ Schädigung Dritter durch alkoholbedingte Fehlhandlungen
 - ☞ Imageverlust gegenüber Kunden bzw. der Öffentlichkeit
 - ☞ Material- und Maschinenschäden
 - ☞ Kosten durch Arbeits- und Wegeunfälle unter Alkoholeinfluß
 - ☞ Frühzeitiges Ausscheiden wegen Kündigung oder Frühverrentung.
- Von diesen Kostenaspekten ist nur das erhöhte Fehlzeitenaufkommen vergleichsweise gut belegt.“¹⁴⁹

Auch wenn die Fehlzeitenreduzierung als wichtiger und belegter Indikator gilt, so beinhaltet dieser Kostenindikator m.E. die Gefahr, dass der Focus der Bemühungen und Kosten-Nutzen-Abwägungen z.B. auf die

¹⁴⁷ NORD AG Betriebliche Suchtprävention (NABS) (1999), S.14

¹⁴⁸ Fuchs/Rainer/Rummel/Schönherr (1998), S.17

¹⁴⁹ Fuchs/Petschler (1998), S.56/57

Fehlzeitenreduzierung von Alkoholabhängigen gerichtet ist, der große Bereich der Problemtrinker ohne bereits auffällige Fehlzeitenwerte weiterhin ausgeblendet bleibt.

Schlussbemerkung

Gerade der letzte Abschnitt verdeutlicht, dass noch wichtige Fragen für eine in sich schlüssige, praxisgerechte und effiziente Umsetzung von Qualitätssicherung in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe zu klären bzw. zu entscheiden sind. Verständlicherweise könnte sich angesichts der umfassenden Thematik sogar die Frage aufdrängen, ob der zu betreibende Aufwand überhaupt in einem angemessenen Verhältnis steht zur verfügbaren Arbeitskapazität.

Auch wenn hier Zweifel aufkommen mögen, denke ich, es handelt sich um einen notwendigen Prozess des Aushandelns, des Ausprobierens, teils des Spekulierens und schließlich der Festlegung von Qualitätsstandards, der für eine Weiterentwicklung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe unumgänglich ist. Um den Einstieg in einen Prozess der Qualitätssicherung, der nur über die notwendige Vernetzung mit anderen Institutionen der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe zu adäquaten Ergebnissen führen kann.

Auf Chancen und Risiken der Qualitätssicherung sei abschließend nochmals hingewiesen:

„Qualitätssicherung (QS) wird nur dann zu Verbesserungen in der Suchtkrankenhilfe führen, wenn

- ♦ QS nicht nur auf Qualitätskontrolle reduziert wird, denn mit Maßnahmen der Qualitätskontrolle sollen lediglich Mängel, Schwachstellen und Probleme aufgedeckt werden, entscheidend aber ist deren Behebung bzw. Lösung,
- ♦ QS keinen Projektcharakter hat, sondern langfristig angelegt und als kontinuierlicher Prozeß verstanden wird, auf dem Vorhandenen aufbaut und dieses organisatorisch weiterentwickelt,
- ♦ QS nicht ‚von oben‘ verordnet wird, sondern alle Beteiligten, insbesondere aber die Leistungserbringer ‚vor Ort‘ in den Prozeß der QS einbezieht,

- ◆ QS so angelegt ist, daß sie einer Nivellierung unterschiedlicher Behandlungs- und Beratungsangebote keinen Vorschub leistet, sondern Innovation und Vielfalt fördert.

Bei der QS handelt es sich um einen Prozeß des Aushandelns. Dabei ist stets zu berücksichtigen, daß Suchtkrankenhilfe ein sehr komplexes System ist, was zur Folge hat, daß an das Urteilsvermögen und an die Planungs- und Entscheidungskompetenzen große Anforderungen gestellt werden müssen. Gute Absichten reichen nicht. Alle Beteiligten müssen sich darüber im Klaren sein,

- ◆ daß Suchtkrankenhilfe aus vielen interagierenden Elementen und Teilsystemen besteht,
- ◆ die in ständiger Entwicklung begriffen sind,
- ◆ daß vieles von dem, was sie beobachten möchten, einfach nicht sichtbar ist,
- ◆ daß sie beim Planen nicht nur das Nächstliegende berücksichtigen sollten, sondern auch die Neben- und Fernwirkungen ihrer Entscheidung,
- ◆ daß sie sich beim Planen mit Ungefählösungen zufrieden geben müssen und darauf verzichten sollten, alle Informationen, die sie vielleicht bekommen könnte, auch zu sammeln, da die Vollständigkeit der Informationssammlung mit dem Zwang zum Handeln unter Zeitdruck kollidiert,
- ◆ daß ihr Wissen und ihre Vorstellungen von einem Sachverhalt richtig oder falsch sein können, vollständig oder unvollständig. Häufig dürften sie sowohl unvollständig als auch falsch sein, daher tun alle Beteiligten gut daran, sich auf diese Möglichkeiten einzustellen.“¹⁵⁰

¹⁵⁰ Schulz, Wolfgang (1999)

Literatur

- BADURA, B. / RITTER, W. (1998). Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: BAMBERG / DUCKI / METZ (Hrsg.) (1998). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- BAMBERG / DUCKI / METZ (Hrsg.) (1998). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- BRAKHAHN, W. / VOGT, U. (1997). ISO 9000 für Dienstleister. Landsberg: Verlag moderne Industrie. 2.Aufl
- BRUHN, Manfred (1996). Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Berlin / Heidelberg / New York: Springer Verlag.
- BRÜLLE, Heiner / REIS, Claus (1999). Einführung: Qualität in der Sozialen Arbeit. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt a.M. Doppelheft 4/1998 u. 1/1999.
- BRÜLLE, Heiner / REIS, Claus / REISS, H.-C. (1998). Neue Steuerungsmodelle in der Sozialen Arbeit. In: REIS, C. / SCHULZE-BÖING, M. (Hrsg.) (1998). Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Berlin: Edition Sigma.
- CIMANDER, Konrad F. (1999). Die Suchttherapie muß neue Wege suchen - Managed Care. In: Suchtreport. Stiftung Synanon. Heft Nr.5. Sept./Okt. 1999.
- CLAUSSEN / CZAPSKI (1992). Alkoholmißbrauch im öffentlichen Dienst. Köln: Carl Heymanns Verlag KG. 2.Aufl.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄT e.V. (Hrsg.) (1995a). DQS-Zertifikate – Liste, Zertifizierungsleistungen und Preise. Frankfurt a.M.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS) (Okt.1997). DHS-Ad-hoc-Ausschuß ‚Qualitätssicherung‘. Handreichung zum Erstellen einer Leistungsbeschreibung von Suchtberatungsstellen
- DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSOGE. (1999) Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit (ArchsozArb). Doppelheft 4/1998 u. 1/1999. Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement in der Sozialverwaltung. Frankfurt a.M.

- DIETZE, Klaus (1992). Alkohol und Arbeit – Erkennen – Vorbeugen - Behandeln. Reihe: Management heute. Zürich: Orell Füssli Verlag
- EBERLE, Gudrun (1998). Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. In: MÜLLER, Rainer / ROSENBROCK, Rolf (Hrsg.) (1998). Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- EICHLER, Alexander (1997). Strategien der Implementierung von Total Quality Management in Gesundheitseinrichtungen. In: SPÖRKE/RUCKRIEGL u.a. (Hrsg.) (1997). Total Quality Management im Gesundheitswesen. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union. 2.Aufl.
- EIKE, Werner / MÜHL, Jürgen (1998). Qualitätsmanagement. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)(Hrsg.). Jahrbuch Sucht '99. Geesthacht: Neuland Verlag
- EVERS, Anne (1995). Qualitätssicherung als zunehmende Forderung innerhalb der ambulanten Suchtkrankenhilfe. In: Partner – Dokumentation Ambulanztagung 1995. Gesamtverband Suchtkrankenhilfe.
- FUCHS, R. / PETSCHER, Th. (1998). Betriebswirtschaftliche Kosten durch Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit. In: FUCHS/RAINER/RUMMEL (Hrsg.) (1998). Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag Angewandte Psychologie
- FUCHS/RAINER/RUMMEL/SCHÖNHERR (1998). Betriebliche Suchtprävention: ein Arbeitsfeld in der Diskussion. In: FUCHS/RAINER/RUMMEL (Hrsg.). Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie
- FUCHS, R. / RESCH, M. (1996). Alkohol und Arbeitssicherheit. Göttingen: Hogrefe Verlag
- GERSTENMAIER, J. / NESTMANN, F. (1984). Alltagstheorien von Beratung. Opladen: Westdeutscher Verlag
- GÖRLITZ, Gudrun (1998). Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen. München: Pfeiffer Verlag
- GRIGOLEIT/WENIG/ZIEGLER (1989). Handbuch Sucht. Sankt Augustin: Asgard Verlag. 4.Lfd. Stand Jan.1993

- HARTKAMP, N. (1995). Der Auftrag zur Qualitätssicherung in der ambulanten Suchthilfe: Ziele, Meßinstrumente und Arbeitsorganisation. Dokumentation Ambulanztagung 1995. Zeitschrift ‚Partner‘.
- HESS, Martin (1997). TQM / Kaizen- Praxisbuch. Köln: Verlag TÜV Rheinland. 2.Aufl.
- HILLE, Jürgen (1999). Mehr Qualität in der Suchthilfe. In: Suchtreport. Stiftung Synanon. Heft Nr. 6. Nov./Dez.1999
- HILLEBRAND, Roland (2000). Unter einem guten Stern – Sucht- und Sozialberatung bei Daimler Chrysler. In: Suchtreport. Stiftung Synanon (Hrsg.). Nr. 1/2000
- HÜLLINGHORST, Rolf (1998). Planung und Steuerung in der Suchthilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)(Hrsg.). Jahrbuch Sucht ‘99. Geesthacht: Neuland Verlag
- HÜLLINGHORST, Rolf (1999). Das Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe. Referat anlässlich der Fachkonferenz SUCHT‘99 in Weimar. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
- HURRELMANN (1988). Aus: Weissinger, Volker (1991). Thesen zur Prävention. Zeitschrift SUCHT. Nr.3/1991
- INDUSTRIEGEWERKSCHAFT METALL (Hrsg.) (1992). Das Suchtbuch in der Arbeitswelt. Frankfurt a.M. Schriftenreihe IG Metall. 2.Aufl.
- JANSSEN, Heinz (1997). Total Quality Management im Gesundheitswesen. In: SPÖRKEL/RUCKRIEGEL u.a. (Hrsg.) (1997). Total Quality Management im Gesundheitswesen. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union. 2.Aufl.
- KAMISKE, G.F. / MALOMY, C. (1994). TQM – ein bestechendes Führungsmodell mit hohen Anforderungen und großen Chancen. In: Kamiske, G.F. (Hrsg.). Die Hohe Schule des Total Quality Management. Berlin 1994. S. 1-18
- KLAUS, Georg / BUHR, Manfred (Hrsg.) (1972). Wörterbuch der Philosophie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt TB Verlag. Bd.3. S.895ff.
- KRELL, Gertraude (1996). Fehlzeitenmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung aus der Perspektive ausgewählter klassischer und moderner Personallehren. In: BUSCH, Rolf (Hrsg.) (1997). Vom Fehlzeitenmanagement zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Freie

- Universität Berlin. Forschung und Weiterbildung für die betriebliche Praxis. Bd.14
- KÜBLER, Hartmut (1978). Organisation und Führung in Behörden. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz: Kohlhammer. 3.Aufl.
- LUTTER, Heinz (1995). Qualitätssicherung als wirtschaftliche Absicherung der ambulanten Suchthilfe. In: Partner, Dokumentation Ambulanztagung 1995.
- LUTTER, Heinz (1997). Wie Suchtberatungsstellen von der Wirtschaft lernen können. In: Partner, Nr.5/97
- MEFFERT, Heribert / BRUHN, Manfred (1995). Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte – Methoden. Wiesbaden: Th. Gabler Verlag.
- NDS.SOZIALMINISTERIUM (1997). Benchmarking im öffentlichen Sektor. Hannover
- MEYENBERG, R. / TIELKING, K. (Hrsg.) (1999). Neue Wege in der Rehabilitation Alkoholabhängiger. Reader Fachtagung. Oldenburg: BIS-Verlag. Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung Bd.3
- MÜLLER, Rainer / ROSENBROCK, Rolf (Hrsg.) (1998). Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- NABITZ, U. / TIEKEN, H. (2000). Preis für Jellinek-Zentrum Qualitätsmanagement. In: Suchtreport. März/April 2000. Berlin: Stiftung Synanon.
- NORD AG BETRIEBLICHE SUCHTPRÄVENTION (NABS) (Hrsg.) (1999). Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und –hilfe – Orientierungshilfen für die betriebliche Praxis. Hamburg/Hannover
- OESS, Attila (1991). Total Quality Management. Wiesbaden: Th.Gabler Verlag. 2.Aufl.
- OESS, Attila (1993). Total Quality Management. Wiesbaden: Th.Gabler Verlag. 3.Aufl.
- OPPEN, Maria (1995). Qualitätsmanagement: Grundverständnisse, Umsetzungsstrategien und ein Erfolgsbericht: die Krankenkassen. Berlin: Edition Sigma
- PFEIFER, Tilo (1996). Qualitätsmanagement – Strategien, Methoden, Techniken -. München Wien: Carl Hanser Verlag. 2.Aufl.

- RAHM, Dorothea (1988). Gestaltberatung. Paderborn: Jungfermann-Verlag
- RAINER, Ludwig (1998). „Nichts ist unmöglich“? Ein Diskussionsbeitrag zur kollegialen Suchtkrankenhilfe. In: FUCHS/RAINER/RUMMEL (Hrsg.) (1998). Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag Angewandte Psychologie
- REFA Verband für Arbeitsstudien und Betriebsorganisation e.V. (Hrsg.) (1985). Methodenlehre der Organisation. München: Carl Hansen Verlag
- REIS, C. / SCHULZE-BÖING, M. (Hrsg.) (1998). Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Berlin: Edition Sigma.
- RUMMEL / RAINER / FUCHS (1998). Alkoholprävention – ein Sonderfall in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: BAMBERG / DUCKI / METZ (Hrsg.) (1998). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- RUßLAND, Rita (1988). Suchtverhalten und Arbeitswelt. Frankfurt a.M.: Fischer Verlag
- SCHNEIDER, Jürgen (1997). Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation aus der Sicht eines Rentenversicherungsträgers. In: SPÖRKE/RUCKRIEGL u.a. (Hrsg.) (1997). Total Quality Management im Gesundheitswesen. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union. 2.Aufl.
- SCHULZ, Wolfgang (1999). Chancen und Risiken in der betrieblichen Suchthilfe und Suchtprävention. Vortrag auf der 6.Bundesweiten Arbeitstagung „Betriebliche Suchthilfe und Suchtprävention an Univer-sitäten, Hochschulen und Universitätskliniken“ (unveröffentlicht)
- SEIGNER, Jörg (1997). Anforderungen an ein erfolgreiches Qualitätsmanagement in Beratungsunternehmen. Kissing: Verlag Recht und Praxis
- SELLIN, R. / SELLIN, H. (1972). Dr. Gablers Wirtschafts-Lexikon in 6 Bänden. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- SPÖRKE / RUCKRIEGL u.a. (Hrsg.)(1997). Total Quality Management im Gesundheitswesen. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union. 2.Aufl.

- TOEPLER, Edwin (2000). Qualitätsmanagement: Chance und Herausforderung. In: Partmer. 34.Jahrg. Heft 1/2000
- TROST, M. / MARQUART, P. (1999). Qualitätskriterien selber setzen! In: forumSOZIAL. Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V. Essen. Heft Juli-Sept. 3/99.
- ZBRZEZHY, U. (1989). Rechnet sich betriebliche Suchtkrankenhilfe? In: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (Hrsg.). Alkoholprobleme am Arbeitsplatz. Bd.31 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Hamm: Hoheneck Verlag.
- ZIEGLER, H. / BRANDL, G. (1999). Suchtprävention als Führungsaufgabe. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt
- VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (Jan.2000). Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherungsträger in der medizinischen Rehabilitation – Instrumente und Verfahren. Frankfurt a.M.
- VIETH, Peter (1996). Ist schlank gesund? Chancen und Risiken neuer Produktions- und Managementkonzepte. In: BUSCH, Rolf (Hrsg.) (1996). Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitsförderung. Freie Universität Berlin. Forschung und Weiterbildung für die betriebliche Praxis. Bd.12
- VIETH, Peter (1997). Skalpell, Schrotflinte oder lockerer Zügel – einige Gedanken zur Wirkungsweise von Rückkehrgesprächen. In: BUSCH, Rolf (Hrsg.) (1997). Arbeitsmotivation und Gesundheit. Freie Universität Berlin. Forschung und Weiterbildung für die betriebliche Praxis. Bd.15
- WESTERMAYER, G. / STEIN, B. (1997). Gesundheit, Vertrauen, Führung: Rückkehrgespräche als Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: BUSCH, Rolf (Hrsg.) (1997). Arbeitsmotivation und Gesundheit. Freie Universität Berlin. Forschung und Weiterbildung für die betriebliche Praxis. Bd.15

Anhang 1

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS) hat mit Beschluß vom 9.2.99 „Ethische Prinzipien in der professionellen Suchthilfe“ verabschiedet. Diese Prinzipien sollen als Richtschnur für die Beschäftigten in diesem Arbeitsfeld dienen.

Ethische Prinzipien in der professionellen Suchthilfe (HAMM, MÄRZ 1999)

Einleitung

Die professionelle Suchthilfe ist in ihrer Arbeit mit Suchtmittelgefährdeten bzw. -abhängigen und deren Angehörigen mit ethischen Fragestellungen konfrontiert. Neben dem fachlichen Umgang mit gesundheitlichen und psychosozialen Problemlagen verlangt die Begegnung von professionellen Fachkräften und Hilfesuchenden nach einer Auseinandersetzung mit den Wert- und Sinnfragen der menschlichen Existenz. Ethische Reflektion und Kommunikation sind wesentliche Elemente der Professionalität und der Qualität dieser Arbeit.

Die DHS stellt in diesem Papier berufsethische Prinzipien für die Arbeit der professionellen Fachkräfte in den verschiedenen Feldern der Suchthilfe vor. Unbeschadet des Leitbildes einzelner Träger gilt dieses Papier als berufsständische Ordnung in der professionellen Suchthilfe.

Es hat den Sinn, den professionellen Fachkräften, die in einem der anspruchsvollsten und schwierigsten beruflichen Felder tätig sind, Grundlagen für die Gestaltung des konkreten Hilfeprozesses für und mit den einzelnen Hilfesuchenden an die Hand zu geben. Es unterstützt die Klärung, wem in der professionellen Beziehung die Loyalität in erster Linie gilt, wie sie sich in diesen Beziehungen verhalten sollen und dient damit letztlich der Klärung des beruflichen Selbstverständnisses.

Die professionelle Suchthilfe handelt mit öffentlichem Auftrag und muß daher transparent und legitimiert handeln. So bilden diese Prinzipien für die einzelne professionelle Fachkraft eine Richtschnur für ihr Verhalten und Handeln gegenüber Hilfesuchenden, Berufskollegen bzw. -kolleginnen, dem Arbeitgeber und der Allgemeinheit.

In diesem Papier werden zunächst zentrale Leitsätze ethischen Verhaltens benannt, die die Verantwortung und Grundlagen der professionellen Arbeit selbst beinhalten (I u. II). Danach wird das Menschenbild beschrieben, das als grundsätzliche Haltung der Gestaltung von Hilfen für Suchtmittelgefährdete bzw. -abhängige und deren Angehörige zugrunde liegt (III). Es folgen Prinzipien und Standards zum respektvollen, verantwortlichen und transparenten Umgang mit Hilfesuchenden (IV). Die folgenden Abschnitte beinhalten Ausführungen zum Verhalten gegenüber Berufskollegen bzw. Berufskolleginnen und gegenüber dem Arbeitgeber als zentrale Rahmenbedingungen für die Gestaltung des Hilfeprozesses (V und VI).

Es wird an dieser Stelle grundsätzlich darauf hingewiesen, daß von den Einrichtungs- und Leistungsträgern Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, die professionelle und ethisch begründete Dienstleistungen in den Einrichtungen ermöglichen. Wesentlich sind gute Arbeitsbedingungen, ein respektvoller Umgang mit Mitarbeitern/-innen und ein transparenter Führungsstil, der Anerkennung und Kritik beinhaltet.

Diese Qualität ist verzahnt mit der professionellen Arbeit der Fachkräfte, die in die direkte Beziehungs- und Problemlösungsarbeit mit den Hilfesuchenden einfließt.

Die DHS empfiehlt, dieses Papier als berufsständische Grundlage ethischen Handelns in der professionellen Suchthilfe als Anlage zu Arbeitsverträgen mit Mitarbeitern / Mitarbeiterinnen beizufügen und sie in Teamgesprächen in regelmäßigen Abständen zu thematisieren.

I. Suchtkrankheit und Menschenwürde

Menschen, die Suchtmittel mißbrauchen bzw. davon abhängig sind, sind gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger mit allen Rechten und Pflichten.

Es ist ihnen mit Würde und Respekt zu begegnen, ungeachtet ihrer Abstammung, ihrer Nationalität, ihres Geschlechts, ihres Alters, ihres Glaubens, ihrer politischen Überzeugung, ihrer sozialen und wirtschaftlichen

Stellung, ihrer gesellschaftlichen Position, ihrer sexuellen Orientierung und ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Befindlichkeit.

Suchtmittelkonsum ist eine mögliche Form der Lebensgestaltung aber auch der Lebens- und Krisenbewältigung, der immer auch im gesellschaftlichen Zusammenhang gesehen werden muß. Sie kann zur Abhängigkeit führen. Abhängigkeit erzeugt Leiden und führt zu geistigen, seelischen, körperlichen und sozialen Schwierigkeiten, die die Krankheit Sucht ausmachen. Sucht ist Krankheit, die es zu akzeptieren, zu lindern, zu bessern und zu heilen gilt. Die Grundlage jeden Helfens ist die Überzeugung, daß positive Veränderungen möglich sind.

II. Leitsätze ethischen Verhaltens

Suchtmittelabhängige sind krank. Für sie gelten dieselben Regelungen wie für jede andere chronische Krankheit.

Professionelle Fachkräfte der Suchthilfe haben die Pflicht, ihr gesamtes berufliches Wissen und Können im Hilfeprozeß konstruktiv einzusetzen, ihre Arbeit zu reflektieren und ihre jeweilige professionelle Befähigung weiterzuentwickeln.

Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrecht und Datenschutz sind gesetzlich geregelt. Die Weitergabe von Informationen über Klienten/-innen bedarf grundsätzlich deren Zustimmung.

Professionelle Fachkräfte haben die Pflicht zur ständigen Weiterqualifizierung. Alles relevante Wissen und Können ist weitgehend auszuschöpfen. Methoden der Qualitätssicherung sind anzuwenden.

Ausmaß und mögliche Ursprünge von psychosozialen und gesundheitlichen Notständen müssen erkannt werden. Sie sind im Hinblick auf Einzelne, das Gemeinwohl, die nationalen und internationalen Belange und in Bezug auf den jeweiligen Berufsstand zu verdeutlichen.

Das multidisziplinäre Fachwissen ist zur Weiterentwicklung realistischer Strategien für die Verbesserung der Lebensqualität der einzelnen und des Gemeinwohls optimal einzusetzen.

III. Zugang zur Hilfe und deren Gestaltung

Suchtgefährdete, suchtkranke Personen und deren Angehörige müssen kurzfristig Zugang zu professionellen Hilfen haben. Es müssen ihnen bestmögliche Entwicklungschancen zur Überwindung individuellen Notlagen gewährt werden.

Die Grundhaltung aller in der Suchthilfe Tätigen gegenüber den Suchtgefährdeten, Suchtkranken und deren Angehörigen sowohl in den Hilfekonzepten als auch in dem Hilfeprozeß muß dahingehend orientiert sein, die Betroffenen zu unterstützen, ein freies und selbstverantwortliches Leben zu führen. Sie dürfen nicht in der Abhängigkeit zu einer professionellen Fachkraft, einer Institution oder einem Suchtmittel belassen werden.

Psychosoziale, medizinische und andere Hilfen müssen tatsächlich zur Verfügung stehen, um eine optimale Hilfeleistung und die Integration sicherzustellen.

Um weitere Schäden zu verhindern, muß Früherkennung zu einer zeitnahen und angemessenen Intervention führen.

Professionelle Fachkräfte müssen über angemessene Kompetenzen auf dem aktuellen Stand der praktischen Erkenntnisse, der Humanwissenschaft und der medizinischen Forschung verfügen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller am Hilfeprozeß Beteiligten ist ein wesentlicher Bestandteil aller Hilfen.

Institutionen oder einzelne professionelle Fachkräfte, die Suchtkranke diskriminieren oder einen emotionalen oder materiellen Profit aus der Schwäche abhängiger Menschen oder aus den Ängsten Angehöriger ziehen, müssen zur Verantwortung gezogen werden.

Leistungsträger sind dafür verantwortlich, angemessene Hilfen zu finanzieren. Einrichtungsträger und Verbände müssen angemessene professionelle Hilfen bereitstellen. Die Träger von Einrichtungen müssen ihrer Aufsichtspflicht im Sinne dieser sozialetischen Prinzipien nachkommen. Die Möglichkeit für die Einrichtung einer unabhängigen Ethikkommission wird überprüft.

Hilfesuchende, die sich nicht geachtet fühlen, Opfer sexueller Übergriffe wurden oder den Eindruck einer falschen Hilfeleistung haben, müssen die Möglichkeit haben, dies der Einrichtungsleitung bzw. dem Einrichtungsträger anzuzeigen.

IV. Verhalten gegenüber Hilfesuchenden

In jeder Situation ist die Würde Hilfesuchender zu achten. Die Gründe ihres Verhaltens gilt es zu respektieren und auch die jeweilige Form der individuellen Problem- und Lebensbewältigung. Bei drohender Fremd- oder Selbstgefährdung muß interveniert werden.

Eine gemeinsame Planung zwischen Hilfesuchenden und professioneller Fachkraft ist Grundlage jeden Hilfeprozesses.

Dabei ist das Recht der Hilfesuchenden auf ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis, Beachtung der Individualität und strengste Vertraulichkeit bezüglich der erhaltenen Informationen zu wahren.

Ressourcen, persönliche Ziele, Verantwortungsbereitschaft und Eigenständigkeit der Hilfesuchenden müssen erkannt, respektiert und gefördert werden. Im Rahmen der Möglichkeiten der Einrichtung und des sozialen Umfeldes sollen sie dabei unterstützt werden, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen und die eigenen Fähigkeiten so weit wie möglich weiterzuentwickeln.

Die professionellen Fachkräfte informieren die Hilfesuchenden über Art und Umfang sowie über Rechte, Pflichten, Möglichkeiten und Risiken der verfügbaren Hilfen.

In Krisensituationen, beispielsweise suizidalen Krisen, müssen die Grenzen eigenen professionellen Handelns erkannt und Unterstützung sowohl intern als auch extern in Anspruch genommen werden. Maßnahmen sind mit den Hilfesuchenden abzustimmen. In Notfällen sind jedoch sofort Hilfeleistungen einzuleiten. Es ist notwendig, prophylaktisch den Hilfesuchenden die eigene Position und Verantwortung als professionelle Fachkraft (Beispiel: unterlassene Hilfeleistung) deutlich zu machen, sie über mögliche Verhaltensmaßnahmen in Krisensituationen zu informieren und diese soweit wie möglich abzustimmen.

Die professionellen Fachkräfte nutzen ihre Beziehung zu Hilfesuchenden nicht zum Vorteil und gehen unter keinen Umständen eine sexuelle Beziehung zu ihnen ein. Machtmißbrauch und sexueller Mißbrauch sind unzulässig und gegebenenfalls strafbar.

Die Abhängigkeitsposition der Hilfesuchenden bedeutet eine besondere Verpflichtung und Verantwortung für einen klaren und transparenten Umgang

mit ihnen. Die professionelle Fachkraft hat eine besondere Verantwortung für eine differenzierte Eigen-Wahrnehmung und Reflektion ihres beruflichen Vorgehens.

Gefühle von Verliebtsein und sexuelles Begehren können im Hilfeprozeß auftreten. Es liegt in der besonderen Verantwortung der professionellen Fachkräfte, die eigenen Gefühle wahrzunehmen, diese nicht zu bagatellisieren, zu vertuschen, zu verharmlosen und zu verleugnen. Es muß möglich sein, diese zu besprechen, z.B. im Team oder in der Supervision.

Professionelle Fachkräfte, die nicht in der Lage sind, Hilfesuchenden gegenüber die hier beschriebenen ethischen Grenzen einzuhalten, sind verpflichtet, den Hilfeprozeß umgehend zu beenden und die Weiterbetreuung durch eine andere Fachkraft sicherzustellen.

V. Verhalten gegenüber Berufskollegen/-innen

Respekt und Anerkennung der Ausbildung und der Arbeitsleistung von Kollegen/-innen und anderen Fachkräften sind im Interesse der Zusammenarbeit und einer effektiven Dienstleistung unabdingbar.

Unterschiedliche Meinungen und Arbeitsweisen auf der Basis fachlicher Standards sind zu respektieren. Anerkennung und Kritik müssen in angemessener Form ausgedrückt werden.

Zur beruflichen Qualifikation müssen Möglichkeiten zum Erfahrungs- und Wissensaustausch mit anderen Fachkräften oder ehrenamtlichen Helfern/-innen genutzt werden.

Innerhalb des multidisziplinären Teams gilt es für alle, ein Klima zu schaffen, in dem die Wahrnehmung wachbleibt und Probleme mit Hilfesuchenden angesprochen und differenziert reflektiert werden können. Dies können Gefühle von Verliebtsein, Sexualitätswünsche, Aggression, Ohnmachts-, Omnipotenz- und Schuldgefühle sein.

Wer vermutet, daß ein Kollege bzw. eine Kollegin Gefühle im Umgang mit Hilfesuchenden verharmlost oder verleugnet und wo der Verdacht besteht, daß den Hilfesuchenden Schaden zugefügt werden könnte, ist verpflichtet, dies der Leitung der Dienststelle, ggfs. dem Einrichtungsträger gegenüber anzusprechen.

Wem mißbräuchliche Übergriffe von Fachkräften gegenüber Hilfesuchenden bekannt werden, hat dies unverzüglich der Leitung der Dienststelle mitzuteilen, ggfs. unverzüglich dem Träger der Einrichtung.

VI. Verhalten gegenüber dem Arbeitgeber

Die professionellen Fachkräfte sind ihrem Arbeitgeber unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen zum Schutz der Hilfesuchenden rechenschaftspflichtig. Dies gilt sowohl für die fachlich sorgfältige, ergebnisorientierte als auch wirtschaftliche Erfüllung der Aufgaben.

Die professionellen Fachkräfte arbeiten an der Weiterentwicklung der Zielsetzungen, der Methoden und der gesamten Einrichtung mit, um Hilfeprozesse zu optimieren.

Die professionellen Fachkräfte wenden sich bei Konflikten, die innerhalb der Einrichtung nicht lösbar sind, bzw. bei Überschreitungen von ethischen Grenzen umgehend an ihren Arbeitgeber.

ReferentInnen / AutorInnen

Graefe, Bernd	Direktor des Arbeitsgerichtes Oldenburg
Klöpper, Manfred	Vorsitzender des Deutschen Gewerkschaftsbundes Kreis Oldenburg-Wilhelmshaven
Künzl, Reinhard Dr.	Richter am Arbeitsgericht; Lehrbeauftragter an der Fachhochschule Deggendorf
Lampe, Petra Dipl.-Verw.-wirtin	Grundsatzreferat Rehabilitation bei der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen
Lehmann, Jürgen	Hauptgeschäftsführer des Arbeitgeberverbandes Oldenburg
Leuchter, Klaus	Abteilungsleiter Gesundheit der Innungskrankenkasse Schleswig-Holstein Handwerker-Fond Suchtkrankenhilfe e.V. Rendsburg
Meyenberg, Rüdiger Prof. Dr.	Vizepräsident der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg; Leiter der Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung (SAUS)“
Rauland, Horst	Bezirksdirektor der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Oldenburg
Schäfer, Waltraud	Suchtbeauftragte beim Hauptvorstand der IG Metall, Frankfurt
Schmidt, Wolfgang Dr.med.	Leitender Arzt der Fachklinik Oldenburg

Scholz, Günter	Kanzler und Mitglied des Präsidiums der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Schumann, Günter Dipl.-Sozialwirt	Betrieblicher Sozial- und Suchtberater Studentenwerk und Universität Oldenburg; Sprecher des Regionalen Arbeitskreises Betriebliche Suchtprävention Weser-Ems; <i>PROSA</i> - Psycho-soziale Praxis für Suchtprävention, Suchttherapie und Konfliktberatung, Oldenburg
Tielking, Knut Dipl.-Hdl.	Mitarbeiter der Arbeitsstelle „Sucht- und Drogenforschung“; Leiter der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigen“, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Wulf, Herbert Dipl.-Psych./Dipl.Päd.	Leiter der Suchtberatung und ambulanten Suchtbehandlung des Diakonischen Werkes in der Stadt Oldenburg
Ziegler, Herbert	Geschäftsführer der System Consult GmbH, Bonn

RABS Regionaler Arbeitskreis Betriebliche Suchtprävention

c/o Sozial- und Suchtberatung der Carl von Ossietzky Universität
und des Studentenwerks Oldenburg
Herrn Günter Schumann
Postfach 2503
26111 Oldenburg
Tel.: (0441) 798-3019
e-mail: guenter.schumann@uni-oldenburg.de
Internet: www.admin.uni-oldenburg.de/bssb