

A close-up photograph of a person's face and hand. The person is holding their index finger to their lips in a universal gesture for silence or secrecy. The lighting is warm and slightly dim, creating a contemplative or confidential atmosphere. The background is a textured, dark surface.

NÜCHTERN BETRACHTET - BETRIEBLICHE SUCHTPRÄVENTION IN PSYCHIATRISCHEN KLINIKEN

Bestandesaufnahme und Empfehlungen zu suchtpreventiven Angeboten
für Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz.

MASTERTHESIS

von Marcel Moretto

Matrikelnummer: 01-201-136

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit, Olten
Institut Soziale Arbeit und Gesundheit
MAS Spezialisierung in Suchtfragen 2022

Eingereicht bei: Prof. Irene Abderhalden, lic. phil. I

Olten, im Oktober 2022

ABSTRACT

In der Deutschschweiz existieren bislang keine Studien über Konzepte und Angebote sowie die Verbreitung betrieblicher Suchtprävention in psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Diensten. In der vorliegenden Arbeit wird daher der Frage nachgegangen, wie verbreitet Suchtprävention sowie Gesundheitsmanagement für Mitarbeitende in diesen Einrichtungen sind und welche suchtpreventiven Konzepte und Massnahmen diesbezüglich in diesen Institutionen angeboten und angewendet werden. Eine im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Umfrage zeigt auf, dass 25 % der befragten psychiatrischen Kliniken und Dienste sowohl über Konzepte und Angebote der betrieblichen Suchtprävention als auch des Betrieblichen Gesundheitsmanagements verfügen. 25 % der befragten Institutionen verfügen nur über Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Hälfte (50 %) der Kliniken oder psychiatrischen Dienste bieten weder Betriebliches Gesundheitsmanagement noch betriebliche Suchtprävention an. Die Ergebnisse der Befragung zeigen zudem auf, dass diejenigen psychiatrischen Kliniken und Dienste die betriebliche Suchtprävention anbieten, den Fokus ihres Handelns auf Soft Skills, Führung und Inklusion legen.

DANKSAGUNG

Mein Dank gebührt Frau Professor Irene Abderhalden, welche sich mit grossem Fachwissen und Professionalität, aber auch mit Empathie, Engagement und Geduld meiner Arbeit, den Fragen und den Bedenken annahm und mich souverän durch zeitweilig «unruhige Gewässer» führte.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BSP	Betriebliche Suchtprävention
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
WHO	World Health Organization

INHALTSVERZEICHNIS

ABSTRACT	III
DANKSAGUNG	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
1. EINLEITUNG UND AUSGANGSLAGE	1
1.1 Arbeitsbedingungen und problematischer Substanzkonsum	2
1.2 Handlungsbedarf und Ziel der Arbeit	4
1.3 Fragestellung	5
1.4 Aufbau der Arbeit und Methodik	5
1.5 Begrifflichkeiten	8
2 SUCHTPRÄVENTION UND BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT	11
2.1 Gesundheitsförderung	11
2.2 Zahlen und Fakten	15
2.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement	15
2.4 Betriebliche Suchtprävention	18
2.4.1 Strategien präventiver Interventionen	21
2.4.2 Interventionszeitpunkte und Zielgruppenbestimmungen	21
2.4.3 Methodisches Handeln von Prävention	22
2.4.4 Konzepte betrieblicher Suchtprävention	23
2.4.5 Kernelemente betrieblicher Suchtprävention	25
2.4.6 Ziele und Erfolgsfaktoren betrieblicher Suchtprävention	28
2.5 Good-Practice-Ansätze	29
2.6 Rechtliche Aspekte des Substanzkonsums am Arbeitsplatz	31
3 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	32
3.1 Darstellung der quantitativen Ergebnisse	32
3.2 Darstellung der qualitativen Ergebnisse	33
3.2.1 Soft Skills und Führung	34
3.2.2 Inklusion statt Stigmatisierung	38
4 BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG	42
4.1 Diskussion der Ergebnisse	52
4.2 Kritische Würdigung der Befunde und Limitationen	53
4.3 Reflexion des persönlichen Erkenntnisprozesses	55
4.4 Fazit und Ausblick	55
LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS	57

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	64
EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG	65
ANHANG A - BEFRAGUNGSMAIL	66
ANHANG B - FRAGEBOGEN	67
ANHANG C - BEFRAGUNGSANTWORTEN UND THEMEN/SUBTHEMEN	69

1. EINLEITUNG UND AUSGANGSLAGE

Unabhängig von allen gesellschaftlichen Utopien aber gilt: Rausch und die Suche nach der Grenzüberschreitung, dem Risiko, gibt es in allen Gesellschaften; jede Gesellschaft muss entscheiden, welche Drogen sie akzeptiert, und sich um die Opfer dieser Entscheidung kümmern. Abhängige verdienen Respekt und Hilfe, sie sind in ihrer Individualität und Würde zu achten, zu verstehen und zu behandeln. Andreas Heinz¹ (vgl. Dörner et al. 2019: 423).

Problematischer Substanzkonsum ist ein Thema, welches in unserer Gesellschaft weit verbreitet ist. Daher erstaunt es nicht, dass auch Mitarbeitende innerhalb des Gesundheitsbereichs davon betroffen sind. Personalnotstand, die aktuell etwas in Vergessenheit geratene pandemische Lage sowie belastende Arbeitsbedingungen sind zusätzliche Faktoren für riskanten Substanzgebrauch.

Betroffene dieser Situation sind vor allem Ärztinnen und Ärzte sowie im Pflege-, Betreuungs- und Therapiebereich tätige Mitarbeitende. Laut einer Studie der American Psychiatric Nurses Association (vgl. Foli et al. 2020) weisen zwischen 6 und 8 % der Pflegekräfte einen problematischen Substanzkonsum auf. Die Prävalenzzahlen für risikoreichen Alkoholkonsum unter Ärzten in Deutschland schwanken gemäss Beschoner, Limbrecht-Ecklundt und Jerg-Bretzke je nach Studie, zwischen 6 und 40 % (vgl. 2019: 997). Laut Bundesärztekammer leiden etwa 7–8 % der deutschen Ärzte im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen Abhängigkeitserkrankung. Im Vergleich zur den 5–6 % in der Normalbevölkerung ist dieser Wert demnach etwas erhöht. Allerdings muss in beiden Gruppen von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden (vgl. Linsmayer 2020: 30).

Bezüglich der Erhebung von suchtrelevanten Daten von Mitarbeitenden, speziell im Klinikkontext, existieren immer noch sehr wenig Studien. Rummel und Bellabarba kamen bereits 1998 zum Schluss, dass in Deutschland nur rudimentäres Datenmaterial über die Verbreitung von Suchtkrankheiten in medizinischen Berufen existiert bzw. dass exakte Daten fehlen. Die Autorinnen stellten zudem fest, «dass es auffällig sei, dass die vorhandenen Projekte und Studien, die im Klinikkontext durchgeführt wurden und gesundheitsbezogene Themen

¹Andreas Heinz, Prof. Dr. med. Dr. phil. ist ein deutscher Sozialpsychiater und Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité – Universitätsmedizin in Berlin, https://www.charite.de/service/person/person/address_detail/heinz-1

evaluierten, speziell das Thema Sucht ignorierten» (vgl. Rummel M, Bellabarba J (1998), zit. in Ennenbach/Soyka 2007: 530).

In der Schweiz existieren bislang keine Studien oder systematischen Erhebungen bezüglich psychischer Gesundheit sowie Substanzkonsumstörungen von Mitarbeitenden in Kliniken oder im Gesundheitswesen bzw. solche, welche nach Berufsgruppen oder Tätigkeitsfeldern differenzieren.

Um Gefährdungen durch Substanzkonsum am Arbeitsplatz vorzubeugen, werden Strategien der Prävention und der Gesundheitsförderung miteinander verknüpft (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2022a). Das Ziel von Suchtprävention am Arbeitsplatz sollte sein, Auffälligkeiten so früh wie möglich zu erkennen und anzusprechen (vgl. Arbeitsgruppe BGM-Kriterien /Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 40–42) oder die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen, dass Auffälligkeiten möglichst nicht entstehen. Suchtprävention sollte ein zentraler Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Unternehmensphilosophie sein. Information und Aufklärung der Mitarbeitenden sowie frühzeitige Interventionen bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz tragen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der physischen und psychischen Gesundheit bei. Betriebliche Suchtprävention verhindert zudem chronifizierte Verläufe bei Suchtproblemen genauso wie lange krankheitsbedingte Abwesenheiten (vgl. Wienemann/Wartmann 2021: 688–691).

Gemäss einer Studie aus dem Jahr 2014 verfügten 75 % der schweizerischen mikro-, klein- und mittelständischen Betriebe (KMU) zum Zeitpunkt der Befragung über keine bestehenden Konzepte und Massnahmen zur betrieblichen Suchtprävention (vgl. Kuntsche/Delgrande Jordan 2014: 35). Hinsichtlich der Verbreitung suchtpreventiver Modelle und Angebote für Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz existieren bis dato keine wissenschaftlichen Untersuchungen.

1.1 ARBEITSBEDINGUNGEN UND PROBLEMATISCHER SUBSTANZKONSUM

Arbeit hat sowohl für die Stärkung der psychischen Gesundheit als auch bei der Entstehung psychischer Erkrankungen eine grosse Bedeutung. Arbeit ist nicht nur existenzsichernd, sie ist auch für die individuelle Entwicklung, für die Identitätsentwicklung und die soziale In-

tegration wichtig. «Arbeit und die damit verbundenen Aspekte wie Anerkennung und Wertschätzung haben einen hohen Stellenwert für die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter», so das BAG im Bericht Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder (vgl. 2015: 23). Belastende Arbeitsbedingungen und insbesondere der Verlust der Arbeit bewirken häufig eine Verschlechterung der psychischen und körperlichen Gesundheit. Damit Mitarbeitende gesund bleiben und gute Arbeit leisten können, sollte die Arbeit nach gesundheitsschützenden Kriterien gestaltet sein (vgl. ebd.).

Roschker zufolge gelten «psychische Belastungen und Störungen in der Arbeitswelt immer noch als Tabuthema (vgl. Kleinschmidt 2011, 26; Hoyer & Leist 2011, 30 ff, zit. Roschker 2013: 4). Nach wie vor kommt es zur Stigmatisierung psychisch Kranker, diese stossen auf Ablehnung und Vorurteile, wodurch das persönliche Leiden vergrössert und die soziale Ausgrenzung verschärft wird (vgl. Mendel et al. 2010, 23 ff, zit.in ebd.). Experten verweisen vor diesem Hintergrund auf hohe Dunkelziffern im Hinblick auf die tatsächliche Zahl der Erkrankten. «Führungskräfte wüssten meist nicht, wie sie Symptome erkennen könnten, und seien hilflos im Umgang mit Betroffenen. Erkrankte, die nach ihrer Rekonvaleszenz an ihren Arbeitsplatz zurückkehrten, würden nicht selten von Kollegen und Vorgesetzten ausgegrenzt» (vgl. Mendel et al. 2010, 23 ff; Kissling & Mendel 2010, o.S, zit. in ebd.). Stress am Arbeitsplatz als Folge von belastender und gesundheitsschädigender Arbeit zählt zu den grössten Herausforderungen der modernen Arbeitswelt. Laut dem Job-Stress-Index von Gesundheitsförderung Schweiz ist jeder vierte Erwerbstätige am Arbeitsplatz gestresst und fühlt sich erschöpft. Knapp dreissig Prozent der Erwerbstätigen in der Schweiz nehmen am Arbeitsplatz mehr Belastungen als Ressourcen wahr (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2020: 4). Beiglböck und Feselmayer sehen begünstigende Faktoren für das Auftreten von Suchtproblemen bei Mitarbeitenden in organisatorischen Einflussfaktoren, in Arbeitsbedingungen und in personenbezogenen Faktoren. Die Autoren sind zudem der Ansicht, dass die wesentlichsten Einflussgrössen am Arbeitsplatz in der suchtbefragten Unternehmenskultur zu finden ist, d. h., wie mit Suchtmitteln am Arbeitsplatz umgegangen wird, welchen Stellenwert sie haben, die Trinknormen, Gruppenzwang und «Macho-Ethos» etc. (vgl. 2013: 120). Für Auf dem Berge et al. (vgl. 2019: 23) begünstigen vor allem gewisse Arbeitsbedingungen süchtiges Verhalten, insbesondere wenn sie als unzumutbare Belastungen wahrgenommen werden. Auf dem Berge et al. interpretieren den Konsum von Suchtmitteln als eine

Art Copingstrategie. Den Autoren zufolge können folgende typische Faktoren den Konsum von psychotropen Substanzen am Arbeitsplatz begünstigen:

- Schichtarbeit, insbesondere kombiniert mit Nachtarbeit,
- Unterforderung beispielsweise durch Monotonie, fehlende Handlungs- und Entscheidungsspielräume, aber auch bei Überqualifikation,
- Überforderung z. B. durch Informationsüberflutung, Multitasking, hohe Arbeitsdichte, Zeitdruck, ungenügende Qualifikation, Allein- bzw. Einzelarbeit, Umgebungsbedingungen wie Hitze oder Kälte, belastendes Arbeitsklima, Konflikte im Team und/oder mit Führungskräften sowie unklare Strukturen und Zuständigkeiten innerhalb des Unternehmens (vgl. ebd.).

Wienemann (vgl. 2011: 11) sieht in steigenden psychischen Arbeitsanforderungen, Überforderungsgefühlen, Hektik, belastenden Arbeitszeiten, Informationsüberflutung, mangelnder Transparenz, Konflikten am Arbeitsplatz oder fehlender Anerkennung Gründe, die zu Stressbelastungen führen. Der Griff zum Suchtmittel sehen auch diese Autorinnen als eine Art «Copingstrategie». Dabei werden von den Betroffenen sowohl anregende und leistungssteigernde Substanzen wie auch entspannende und beruhigende Mittel eingesetzt (vgl. ebd.).

1.2 HANDLUNGSBEDARF UND ZIEL DER ARBEIT

Psychiatrische Einrichtungen behandeln Menschen mit den unterschiedlichsten Krankheiten und Beschwerden. Diese Institutionen verfügen auch über fundiertes Wissen hinsichtlich Abhängigkeit und Prävention. Bereits in der Vorrecherche zu dieser Masterthesis zeigte sich jedoch, dass es in der Deutschschweiz nur vereinzelt Angebote der betrieblichen Suchtprävention innerhalb psychiatrischer Kliniken zu geben scheint. Häufig stehen diese Angebote nur klinikintern zur Verfügung bzw. die Informationen sind nicht öffentlich zugänglich. Über die Datenlage bezüglich Angebote betrieblicher Suchtprävention bestehen in der Schweiz bislang keine Erhebungen innerhalb der definierten Zielgruppe.

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über die Verbreitung sowie über Modelle und Konzepte der Suchtprävention für Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz zu erhalten. Zudem sollen entsprechende Empfehlungen bezüglich wirksamer

Suchtprävention in psychiatrischen Kliniken erarbeitet werden. Idealerweise kristallisiert sich dabei ein Konzept als «Good- Practice-Modell» heraus.

1.3 FRAGESTELLUNG

- a) Wie verbreitet sind betriebliche Suchtprävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz?
- b) Welche Art von suchtpreventiven Konzepten und Ansätzen existieren innerhalb dieser Institutionen für Mitarbeitende bzw. wie sind diese ausgestaltet?
- c) Wie sollte eine wirksame betriebliche Suchtprävention in psychiatrischen Kliniken konzeptualisiert sein und umgesetzt werden, damit es die Zielsetzungen der universellen, selektiven und indizierten Prävention erfüllt?

Aus diesen leitenden Forschungsfragen ergeben sich weitere Aspekte, denen im Rahmen dieser Masterthesis nachgegangen wird und die durch eine zusätzliche Teilfragestellung konkretisiert werden.

TEILFRAGE

Welche Herausforderungen und Potenziale entstehen bei der Umsetzung von betrieblichen Suchtpräventionskonzepten im Sinne der universellen, selektiven und indizierten Suchtprävention?

1.4 AUFBAU DER ARBEIT UND METHODIK

In der vorliegenden Masterthesis erfolgt im Rahmen der Einleitung zunächst ein erster Überblick über Prävalenzen von Mitarbeitenden im Gesundheitsbereich, gefolgt von Erläuterungen zur betrieblichen Suchtprävention. Daraus resultieren die Fragestellungen und Zielsetzung dieser Arbeit. Anschliessend wird das methodische Vorgehen beschrieben und ein Überblick über Begrifflichkeiten dieser Arbeit beendet das einleitende Kapitel. Das nachfolgende Kapitel 2 befasst sich mit Gesundheitsförderung, Zahlen und Fakten zum Substanzkonsum, einer Einführung in das Betriebliche Gesundheitsmanagement, gefolgt von Konzepten, Kernelementen sowie Erfolgsfaktoren betrieblicher Suchtprävention. In Kapitel 3 werden die qualitativen und quantitativen Ergebnisse der Befragung zu suchtpreventiven

Angeboten für Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz dargestellt. In Kapitel 4 erfolgt dann die Beantwortung der Fragestellungen sowie die Einordnung der Ergebnisse mit kritischer Würdigung und Ausblick. Letztlich werden Limitationen der Arbeit benannt und weiterführende Fragen formuliert.

METHODISCHES VORGEHEN

Im Frühsommer und Sommer 2022 wurden 51 psychiatrische Kliniken bzw. psychiatrische Dienste von Akutspitälern aus 14 Kantonen der Deutschschweiz² mit einem Leistungsauftrag in der stationären Psychiatrie (vgl. SwissDRG 2020)³ zu ihren betrieblichen Suchtpräventionskonzepten (BSP) und zu Angeboten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) befragt. Die Datenerhebung (Erstversand und Reminder) erfolgte von Anfang Juni 2022 bis Mitte Juli 2022. Die Anfragen wurden mittels einer E-Mail (Anhang A) an die Human-Resources-Verantwortlichen (HR) und, wo nicht bekannt, an die HR-Abteilungen der jeweiligen Kliniken geschickt. Verfügt die angefragten Kliniken über suchtpräventive Angebote, so wurden die Befragten gebeten, detailliert auf einen Fragenkatalog (Anhang B) einzugehen. Die Ansprechpersonen der jeweiligen Institutionen hatten dabei die Möglichkeit, mittels einer telefonischen Befragung durch den Autor Stellung zu beziehen oder durch selbstständiges Ausfüllen dieses Fragebogens zu antworten. Im Rahmen der beiden telefonischen Befragungen wurden die Antworten der Befragten durch den Autor stichwortartig notiert. Quantität und der Inhalt der offen formulierten Fragen sind bei beiden Verfahren identisch.

INHALTLICHE DATENAUSWERTUNG

Die inhaltliche Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die «Thematische Analyse», einen Analyseansatz nach Braun und Clarke (vgl. 2006). Biskup et al. sehen in der 2006 von Braun und Clarke beschriebenen Thematischen Analyse einen Ansatz zur Auswertung qualitativer Daten, der zentrale Aspekte verschiedener Herangehensweisen in einer Methode

² Deutschschweiz bezeichnet in dieser Masterthesis die Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern, Glarus, Graubünden, Luzern, St. Gallen, Schaffhausen, Solothurn, Thurgau, Zug und Zürich. Nur die Kliniken dieser Deutschschweizer Kantone verfügen gemäss SwissDRG über einen Leistungsauftrag in der stationären Psychiatrie. Die zweisprachigen Kantone Freiburg und Wallis sind nicht Teil dieser Erhebung.

³ Die SwissDRG AG ist eine gemeinsame Institution der Leistungserbringer, der Versicherer und der Kantone im schweizerischen Gesundheitssystem. Sie ist verantwortlich für die Einführung, Weiterentwicklung und Pflege der stationären Tarifstrukturen <https://www.swissdrg.org/de>.

vereint. Dies gelingt vor allem durch die Flexibilität der Methode: Sie ist ausschliesslich als Analysemethode zu verstehen und setzt keinen theoretischen oder erkenntnistheoretischen Rahmen voraus (vgl. Biskup et al. 2018: 76). Die Autoren beschreiben die Thematische Analyse als Methode, um Muster des gesamten Datensatzes zu betrachten, in diesen Daten Muster (Codes) zu erkennen und zu analysieren und um übergeordnete Bedeutungszusammenhänge oder «Themen» darzustellen. Als «Themen» werden dabei Kategorien von wiederholt auftretenden Antwort- oder Bedeutungsmustern bezeichnet, die in den Daten auftreten und in Bezug auf die Forschungsfrage relevante Aspekte aufgreifen (vgl. ebd.). Braun und Clarke benennen sechs Phasen der Thematischen Analyse (Abbildung 1) (vgl. 2006: 87):

PHASE	BESCHREIBUNG DES PROZESSES
Vertraut machen mit dem Datenmaterial	Transkription der Daten, Lesen und Betrachten des Datenmaterials, Bestimmen erster Ideen
Erstellen erster Codes	Systematisches Codieren interessanter Elemente der Daten, Zuordnen relevanter Abschnitte zu jedem Code
Themensuche	Sortierung von Codes zu möglichen Themen, Sammeln aller relevanten Abschnitte für jedes mögliche Thema
Überprüfen der Themen	Prüfung, ob die Themen in Bezug auf die codierten Abschnitte und den gesamten Datensatz Sinn ergeben, Generierung einer Art «Themenkarte» der Analyse
Definieren und Benennen der Themen	Fortlaufende Analyse zur Verfeinerung der Besonderheiten jedes Themas und der übergeordneten Thematik der Analyse; Erstellung klarer Definitionen und Benennungen für jedes Thema
Erstellen des Berichts	Letzte Möglichkeit der Analyse. Selektion anschaulicher, überzeugender Beispielauszüge, finale Analyse der gewählten Auszüge, Rückbezug der Analyse auf die Forschungsfrage und Literatur, wissenschaftlicher Bericht der Analyse

Abbildung 1: Thematische Analyse nach Braun und Clarke in Anlehnung an Biskup et al. 2018: 77

SCHUTZ DER IDENTITÄT: Den Teilnehmenden der Befragung wurde im Vorfeld die Anonymisierung der präsentierten Daten und der Schutz ihrer Identität zugesichert. Meyer und Verl sind der Auffassung, dass dieses Vorgehen dann vereinbart werden sollte, wenn die Teilnehmenden ihre Identität nicht preisgeben möchten oder bei einer Identifizierung gar Konsequenzen befürchten müssen (vgl. 2019: 285). Die Anonymisierung der Daten und der Schutz der Identität können zudem bewirken, dass die Motivation, an Befragungen teilzunehmen, erhöht wird.

1.5 BEGRIFFLICHKEITEN

Im Zentrum dieser Masterthesis stehen relevante Begriffe welche nachfolgend erläutert werden. Ziel dieser terminologischen Klärung ist es, ein grundlegendes Verständnis des behandelten Untersuchungsgegenstands zu schaffen.

PSYCHIATRISCHE KLINIKEN UND DIENSTE: Psychiatrische Kliniken sind spezialisierte Einrichtungen zur Behandlung psychischer Störungen und psychosomatischer Erkrankungen. Sie bieten häufig die gesamte psychiatrische Versorgungskette von der Früherkennung über die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung bis hin zur Rehabilitation und Reintegration an. Daneben gibt es immer häufiger auch psychiatrische Dienste. Sie sind meistens Teil von somatischen Spitälern und bieten, ähnlich wie die psychiatrischen Kliniken, ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen an. Die Psychiatrie versteht sich als eine Fachdisziplin der Medizin, welche sich mit Diagnostik, Vorbeugung und Behandlung von psychischen Erkrankungen beschäftigt.

PSYCHISCHE GESUNDHEIT: Die WHO definiert «psychische Gesundheit» als einen Zustand des Wohlbefindens, in welchem das Individuum seine Fähigkeiten ausschöpfen, die alltäglichen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu seiner Gemeinschaft leisten kann (vgl. WHO 2019: 1).

PSYCHOTROPE SUBSTANZEN: Je nach Autoren ist die Rede von psychotropen oder psychoaktiven Substanzen. Bedeutung und Verwendung der beiden Begriffe sind jedoch identisch. Die «Arbeitsgruppe Psychotrope Substanzen» der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Charité Mitte beschreibt psychotrope Substanzen als «Wirkstoffe, die einen Effekt auf das zentrale Nervensystem (ZNS) haben. Damit umfassen sie sowohl alle gängigen Psychopharmaka wie auch Alkohol, Cannabis und andere illegalisierte Substanzen» (vgl. Gutwinski/Mick/Majić 2022).

SUCHT UND ABHÄNGIGKEIT: Tölle und Windgassen beschreiben Sucht als ein «begierig-dranghaftes, exzessives Verhalten, über das der Betroffene weitgehend die Kontrolle verloren hat». Zu Beginn einer Suchterkrankung steht häufig die beglückende oder berauschende Erfahrung, alltägliche Mühen hinter sich zu lassen. Dieser Zustand kann durch Konsum psy-

chotroper Substanzen erreicht werden, «manchmal aber auch, indem sich ein Mensch leidenschaftlich und exzessiv einer Tätigkeit hingibt» (vgl. Tölle/Windgassen 2012: 138). Laut Ullrich wird in der ICD-10 für Sucht im engeren Sinne der Begriff des Abhängigkeitssyndroms verwendet, genauer handelt es sich um «eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln» (vgl. Ullrich 2016: 2).

Der Begriff «Sucht» ist, obwohl innerhalb des Sprachgebrauchs weit verbreitet, terminologisch eher vorbelastet. Dieser Auffassung ist auch das Deutsche Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. Das Referenzzentrum ist der Ansicht, dass der Begriff Sucht zweifelhafte Konnotationen aufweist, «die seiner teils abfälligen Verwendung in verschiedenen historischen und sozialen Kontexten geschuldet sind» (vgl. 2022).

SUBSTANZKONSUMSTÖRUNGEN: Abhängigkeitsstörungen und deren subklinische Formen risikanten und gefährlichen Konsums weisen ein zentrales Merkmal auf, nämlich die grosse Bandbreite und Vielfalt der Ausdrucksformen (vgl. Bühringer/Behrendt/Endrass 2020: 839). Diese reicht «vom sozialen Alkoholkonsumenten mit hochriskanten Konsummustern über Personen mit konsumbedingten Erkrankungen ohne Abhängigkeit, schwer abhängigen Tabak- und Kokainkonsumenten ohne soziale Auffälligkeiten bis zu multimorbid erkrankten Alkohol- und Heroinabhängigen mit schwerer psychosozialer Deprivation», so Bühringer, Behrendt und Endrass (ebd.).

KONSUM- BZW. VERHALTENSWEISEN: Die Nationale Strategie Sucht des BAG unterscheidet die Konsum- bzw. Verhaltensweisen nach deren Intensität und den damit verbundenen Risiken (vgl. 2015: 14):

- Risikoarmes Verhalten umschreibt den Umgang mit psychoaktiven Substanzen und Verhaltensweisen, die für die Gesundheit der exponierten Person sowie für ihr Umfeld nicht schädlich und häufig Teil des gesellschaftlichen Zusammenlebens sind (ebd.).
- Risikoverhalten beschreibt den Substanzkonsum oder ein bestimmtes Verhalten, welches zu körperlichen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen für das Individuum oder dessen Umfeld führen kann (ebd.).

- Als exzessives Verhalten wird übermässiges, häufig episodisches Wiederholen einer potenziell schädigenden Tätigkeit oder der Konsum grosser Mengen psychoaktiver Substanzen innerhalb einer kurzen Zeitperiode (z. B. exzessives Geldspielen oder Rauschtrinken) bezeichnet (ebd.).
- Als chronisches Verhalten bezeichnet das BAG regelmässig auftretender erhöhter Konsum oder ein sich regelmässig wiederholendes Verhalten. Über einen längeren Zeitraum betrieben, verursacht dies «kumulativ» Schäden - z. B. die permanente Einnahme von Medikamenten oder chronischer Alkoholkonsum (ebd.).
- Situationsunangepasstes Verhalten meint den Konsum psychoaktiver Substanzen in Situationen, in denen Einzelne sich oder andere dadurch gefährden oder sich oder anderen damit Schaden zufügen (z. B. Fahren in angetrunkenem Zustand, den Fötus schädigender Konsum psychoaktiver Substanzen während der Schwangerschaft oder Geldspiel trotz bestehender Verschuldung) (ebd.).

ZIELGRUPPEN: Als «Zielgruppen» werden in der Gesundheitsförderung Menschen bezeichnet, die mit einer Massnahme erreicht werden sollen, um deren gesundheitliche Situation zu verbessern. Da sie hierbei, im Sinne der Partizipation, so weit wie möglich beteiligt werden sollen, sind sie zugleich auch aktiv Beteiligte (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2021: 13). Zielgruppen können aus Individuen, Gruppen, Organisationen, Kommunen, Settings und/oder anderen Einheiten bestehen, solange sie identifizierbar und klar definiert sind (vgl. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/Brotherhood/Sumnall 2011: 88).

2 SUCHTPRÄVENTION UND BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Um die Entstehung und Akzeptanz der betrieblichen Suchtprävention in der Schweiz besser zu verstehen, bedarf es mitunter eines Rückblicks in die 80er- und 90er-Jahre des 20. Jahrhunderts.

1986 wurde im Rahmen der «Ottawa Konferenz» der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Charta zur allgemeinen Gesundheitsförderung (vgl. WHO 1986) verabschiedet. Erstmals wurde darin das Konzept der Gesundheitsförderung im Sinne einer New Public Health definiert. Gesundheit wurde fortan nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern in einem umfassenden Sinn verstanden, welcher körperliche, seelische und soziale Aspekte berücksichtigt (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA 2019).

2.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG

In der Schweiz bekam der Gedanke der Gesundheitsförderung vor allem in den 1990er-Jahren einen starken Auftrieb. Laut Ruckstuhl bildeten sich in dieser Zeit Grundstrukturen, auf denen in den nachfolgenden Jahren aufgebaut werden konnte. Bis in die 1980er-Jahre war die Schweiz mit einigen Ausnahmen sowohl auf nationaler wie auf kantonaler Ebene ein Entwicklungsland für die Primärprävention. Ausschlaggebend für den Sinneswandel waren die zunehmende Drogenkonsumproblematik und die damit assoziierten Bilder (Letten, Platzspitz, Kocherpark etc.) sowie der Ausbruch von HIV/Aids, die die Dynamik für ein Umdenken bewirkten. Heute sind es die nicht übertragbaren Krankheiten und die psychische Gesundheit inkl. Substanzmissbrauch, die als prioritäre Aufgaben die Gesundheitsförderung und Prävention beschäftigen (vgl. 2017).

PARALLELEN ZUR ARBEITSWELT

Die Arbeitswelt kann als eine Art Spiegelbild der Gesellschaft betrachtet werden. Das Risiko am Umgang mit Alkohol und anderen psychotropen Substanzen zu scheitern, ist unabhängig vom sozialen Status und den intellektuellen Fähigkeiten der Betroffenen, relativ hoch. Schätzungen von Sucht Schweiz zufolge haben etwa drei bis fünf Prozent der erwachsenen Schweizerinnen und Schweizer ein Alkoholproblem (vgl. Sucht Schweiz 2022a).

Diese Fakten können auch auf die Arbeitswelt übertragen werden. Alkoholische Getränke haben in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert und sind in unserem sozialen Leben kaum mehr wegzudenken. Getrunken wird bei feierlichen Anlässen, zur Entspannung oder um Stress und Gefühle der Angst zu ertragen. Im beruflichen Kontext wird Alkohol häufig konsumiert, um bestimmten Ereignissen eine Bedeutung zu verleihen. So stösst man etwa an auf den Abschluss eines Auftrags, die Beförderung, die Pensionierung, den Beginn des Wochenendes oder der Ferien. Bei gewissen Menschen kann der Konsum von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen zu problematischen Verhaltensweisen führen, die wiederum Schäden für die Betroffenen selbst oder den Betrieb nach sich ziehen. Das Thema Alkoholkonsum am Arbeitsplatz und die daraus entstehenden Schwierigkeiten wurden in den vergangenen Jahren meist tabuisiert. Inzwischen regeln immer mehr Unternehmen im Rahmen ihrer Unternehmensphilosophie den Umgang mit Suchtmitteln am Arbeitsplatz (vgl. ebd.).

KONZEPTE UND STRATEGIEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen ähnliche Ziele. Gemeinsam ist beiden, dass sie die Gesundheit von Individuen und bestimmten Bevölkerungsgruppen fördern wollen und nicht nur beim Auftreten von Krankheiten als Interventionen relevant werden, so Altgeld und Kolip (vgl. 2018: 57):

Aber während präventives Denken im Sinne einer Verhinderung von Krankheiten und Störungen seit Etablierung der Präventivmedizin gut in der Medizin verankert ist, ist die Perspektive der Gesundheitsförderung für Medizin noch Neuland und ungewohnt, weil hier zahlreiche Akteure ausserhalb der Medizin das Feld gestalten (vgl. ebd.).

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden häufig gleichbedeutend benutzt, «hinter ihnen stehen aber ganz unterschiedliche Konzepte und Strategien, weil auch die Hintergründe, Praxen und Denktraditionen unterschiedliche sind» (vgl. ebd.). Bereits heute setzen sich zahlreiche Betriebe mit der Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden auseinander. Studien belegen, dass diese Massnahmen dem Betrieb wirtschaftliche Vorteile (weniger Absenzen, Produktivitätserhöhung etc.) bringen. Speziell in Bezug auf die Förderung der psychischen Gesundheit ist es wesentlich, dass Mitarbeitende nach Möglichkeit in interessante und abwechslungsreiche Tätigkeitsfelder eingesetzt werden. Mitarbeitenden sollte zu-

dem die Möglichkeit geboten werden, mitzugestalten und am Arbeitsplatz soziale Unterstützung zu erfahren. Diese Massnahmen reduzieren Absenzen und schaffen die Bindung der Beschäftigten an den Betrieb, so das BAG in seinem Bericht zur psychischen Gesundheit (vgl. 2015: 24).

Zum Konzept der Gesundheitsförderung zählen Empowerment und Partizipation. Empowerment hat zum Ziel, Menschen durch Nutzung der eigenen personalen und sozialen Ressourcen und ihrer sozialen Lebenswelt zu befähigen, ihr Leben selbst zu gestalten. In Empowermentprozessen werden hierarchische oder paternalistische Ebenen verlassen und die vorhandenen Stärken und Ressourcen der Menschen gesucht und betont. Als Ergebnisse gelungener Prozesse sind die Aufhebung von Ohnmacht und ein gestärktes Selbstbewusstsein anzusehen. (vgl. Brandes/Stark 2021). Ansätze für Empowerment als Teil gesundheitsfördernder Massnahmen, so der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, sind Fragen und Schwierigkeiten, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben. «Empowerment setzt bei den individuellen Kompetenzen einzelner Personen und der gemeinsamen Handlungskapazität engagierter Personengruppen an (Zielgruppenbezug)» (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2021: 25). Für Beteiligte der Gesundheitsförderung bedeutet Empowerment, dass alle Beteiligten ihre individuellen und gemeinschaftlichen Ressourcen entdecken, sie weiterentwickeln und im praktischen Handeln nutzen können oder die Voraussetzungen hierzu geschaffen werden. Dazu gehören auch konkrete Umsetzungsschritte im sozialen, räumlichen und politischen Umfeld (Settingansatz), welches die Entwicklung und den Einsatz von Ressourcen mitbestimmt. Empowerment steht in engem Zusammenhang mit erfolgreicher Partizipation, Teilhabe und Gemeinschaftsbildung. Letztere stärken ihrerseits die Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen. Gleichzeitig kann erfolgreiches Empowerment zur Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Wirkungen beitragen (vgl. ebd.: 26).

Partizipation hingegen bedeutet, «dass in allen Phasen der Gesundheitsförderung möglichst umfassende Beteiligungsmöglichkeiten zu schaffen [sind] und dabei sicherzustellen, dass die Beteiligungsprozesse den Erfahrungen und Möglichkeiten der Zielgruppen entsprechend (zielgruppengerecht) gestaltet sind» (vgl. ebd.: 29). Die WHO hat die Notwendigkeit von Partizipation bereits 1978 gefordert und sah sie als ein demokratisches Grundrecht an: «The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning

and implementation of their health care» (vgl. WHO 1978, S. 1, zit. in Marent 2011: 51). In der Gesundheitsförderung ist Partizipation ein normativer, d. h. durchgängig positiver und anzustrebender Wert. Er ist bereits in der Ottawa-Charta umfassend dargestellt: Hier wird von den Menschen als Expertinnen und Experten ihres eigenen Alltags gesprochen (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2021: 29).

Laut DHS ersetzt betriebliche Gesundheitsförderung nicht die spezifische Suchtprävention, denn diese hat eine eigene Existenzberechtigung. «Idealerweise werden beide Konzepte mit anderen betrieblichen Konzepten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, zur Personal- und Organisationsentwicklung sowie zum Qualitätsmanagement zu einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement zusammengeführt» (vgl. 2020: 107) Abbildung 2.

MASSNAHMEN	VERHÄLTNISORIENTIERT	PERSONENORIENTIERT
Suchtmittelspezifische Prävention	▪ Abbau suchtfördernder Arbeitsbedingungen ▪ Einschränkungen der Verfügbarkeit von Suchtmitteln ▪ Bereitstellung von alkoholfreien Getränken	▪ Information und Aufklärung über die Wirkung von Suchtmitteln, riskantem Konsum, Abhängigkeit ▪ Information über die Ziele und Möglichkeiten der Suchtprävention und -hilfe ▪ Angebote zur individuellen Konsumreduzierung (Nichtraucherkurse, Drink-Less-Programme) ▪ Regelungen zum Suchtmittelkonsum (Drogen, Alkohol, Nikotin), Punktnüchternheit ▪ Qualifizierung und Sensibilisierung der Vorgesetzten
Übergreifende Prävention	▪ Schaffung gesunderhaltender und motivierender Arbeitsbedingungen ▪ Verbesserung des Betriebsklimas ▪ Gefährdungsbeurteilung, Gesundheitszirkel, partizipative Arbeitsgestaltung (Teilhabe) ▪ Gesundheitsorientierte Führung ▪ Arbeitsbewältigungscoaching ▪ Betriebliches Eingliederungsmanagement ▪ Work-Life-Balance-Konzepte, Vereinbarkeit von Familie und Beruf	▪ Erweiterung der Gesundheitskompetenz ▪ Stressbewältigung und Selbstmanagement ▪ Konfliktmanagement ▪ Mentale und körperliche Fitness ▪ Gesundheitscoaching, Gesundheitschecks ▪ Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz

Abbildung 2: Zusammenspiel von Suchtprävention und Gesundheitsförderung in Anlehnung an DHS 2020: 107

2.2 ZAHLEN UND FAKTEN

Gemäss BAG ist der Konsum psychoaktiver Substanzen in der Schweiz weit verbreitet. 90 Prozent der Schweizer Bevölkerung trinkt Alkohol, 25 Prozent raucht und eine halbe Million Menschen konsumierte im vergangenen Jahr mindestens einmal Cannabis. Das BAG geht davon aus, «dass rund 250'000 Menschen in der Schweiz alkoholabhängig sind. Genauere Angaben dazu gibt es nicht, weil viele Menschen aus Scham keine Hilfe suchen» (vgl. 2022).

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE KOSTEN

Laut einer Studie im Auftrag des BAG, betrugen die suchtbedingten volkswirtschaftlichen Kosten im Jahr 2017 in der Schweiz, je nach Berechnungsmethode, zwischen rund 7,9 Mrd. CHF und 11,7 Mrd. CHF. Von den insgesamt 7,9 Mrd. CHF verursacht Tabak mit 3,9 Mrd. CHF den grössten Anteil der Kosten, gefolgt von Alkohol mit knapp 2,8 Mrd. CHF und Drogen mit 0,9 Mrd. CHF. Bezogen auf die Bevölkerung entstehen so Kosten von 927 CHF pro Einwohnender. Davon entfallen 335 CHF auf Alkohol, 457 CHF auf Tabak, 109 CHF auf Drogen und 26 CHF auf Spielsucht (vgl. Fischer/Mäder/Telser 2021: 14).

2.3 BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) sieht sich als Teil der Gesundheitsförderung und umfasst alle systematischen Interventionen im Betrieb, die zur Senkung von gesundheitsrelevanten Belastungen sowie zur Vermehrung von Ressourcen und der Gesundheit der Mitarbeitenden beitragen.

Abgestützt auf die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung resultieren die Auswahl und die Gestaltung der betrieblichen Interventionen und Strukturen aus partizipationsorientierten Kommunikationsprozessen, die alle Mitarbeitenden miteinbeziehen. Die dadurch entstehenden primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Effekte werden durch gleichzeitige und aufeinander abgestimmte Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens erreicht. Beispiele dafür können flexible Arbeitszeitmodelle, Bewegungsangebote am Arbeitsplatz, Tabakprävention am Arbeitsplatz sowie gesunde Ernährungsangebote in der Kantine sein (vgl. Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht 2021). BGM fasst die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Mitarbei-

tenden als betriebliches Ziel zusammen und nimmt zur Umsetzung dessen Managementstrategien in Anspruch. Gesundheitsrelevante Faktoren werden innerhalb der Betriebe gezielt optimiert. Durch systematische Gestaltung der betrieblichen Prozesse und Strukturen werden die Voraussetzungen für gesunde Mitarbeitende geschaffen und tragen dadurch zum Unternehmenserfolg bei. Alle Funktionsgruppen innerhalb des Betriebs beteiligen sich aktiv. Ihre Mitarbeit wird strukturell ermöglicht und ist Teil der Unternehmenskultur (vgl. ebd.).

Blum-Rüegg unterteilt Betriebliches Gesundheitsmanagement in drei Säulen: die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz, die betriebliche Gesundheitsförderung sowie das Absenzen- und das Case Management (Abbildung 3) (vgl. 2018: 14). Die Handlungsfelder können sich dabei teilweise überschneiden. Bedeutsam ist, ob die Umsetzung der Massnahmen im jeweiligen Handlungsfeld gesetzlich vorgeschrieben ist oder im Ermessen der Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden liegt (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2021: 9).



Abbildung 3: Drei Säulen des BGM in Anlehnung an Blum-Rüegg 2018: 15

SÄULE EINS: Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz zielen darauf ab, die physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmenden zu schützen und Unfälle und Erkrankungen am Arbeitsplatz zu vermeiden. «Die Akteure beschäftigen sich mit den für Betriebe obligatorischen, das heisst, von Gesetzes wegen zu treffenden Präventionsmassnahmen (gemäss ArG, UVG)» (vgl. ebd.).

SÄULE ZWEI: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zielt auf eine Abnahme von Belastungen und auf die Stärkung der Ressourcen «durch Verhaltensmassnahmen und Optimierung von Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz/in der Organisation. Zu diesem Handlungsfeld zählt die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention sowie auch die Nichtberufsunfallprävention im betrieblichen Umfeld» (vgl. ebd.).

SÄULE DREI: Im Handlungsfeld Absenzen- und Case Management liegt der Fokus der Handelnden auf der Rehabilitation und dem Erhalten der Gesundheit von verunfallten oder erkrankten Arbeitnehmenden. Die Tätigkeiten in diesem Handlungsfeld sind für Betriebe teilweise obligatorisch (UVG, IVG) und zum Teil nach eigenem Ermessen umsetzbar (vgl. ebd.).

Junker und Kaluza definieren BGM in Anlehnung an Badura et al. (vgl. Badura et al. 2010, zit. in Junker/Kaluza 2018: 631) als ein systematisches Changemanagement, welches zum Ziel hat, die Gesundheit aller Mitarbeitenden sowie die des Unternehmens zu erhalten und zu verbessern. Gemäss den Autoren ist es notwendig, den «Ist-Zustand zu erfassen sowie den Zielzustand zu definieren, auf Basis der Ergebnisse unternehmensspezifische Maßnahmen abzuleiten, umzusetzen und auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Diese Maßnahmen umfassen sowohl Aspekte der Verhaltens- wie der Verhältnisprävention» (ebd.). Hartung, Faller und Rosenbrock (vgl. 2021) beschreiben folgende Elemente, die zur erfolgreichen Umsetzung von BGM-Projekten beitragen:

PARTIZIPATION: Sowohl die Problemerkfassung als auch die gesundheitsförderlichen Massnahmen werden idealerweise partizipativ gestaltet, d. h. die Mitarbeitenden werden in allen Phasen des BGM-Zyklus an den für sie wichtigen Entscheidungen beteiligt. Zu den Instrumenten der Beteiligung bei der Bedarfsanalyse zählen Mitarbeitendenbefragungen, Arbeitssituationsanalysen, Gefährdungsbeurteilungen und das betriebliche Vorschlagswesen. Vor allem Gesundheitszirkel, Arbeitssituationsanalysen und Workshops bieten darüber hinaus die Möglichkeit, Mitarbeitenden in die Massnahmenentwicklung einzubeziehen, sie auf diese Weise an der Entwicklung von Lösungen, Veränderungen zu beteiligen und sie an den für sie relevanten Entscheidungen teilhaben zu lassen. Partizipation entspricht insgesamt einem breiten Konsens aller in diesem Bereich wichtigen Akteurinnen und Akteure, wie den Sozialversicherungsträgern und Fachverbänden, aber auch den Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden (vgl. ebd.).

FÜHRUNG: In der gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussion gilt es als belegt, dass Führungsverhalten in einem engen Zusammenhang mit der Gesundheit und darüber hinaus der Arbeitsmotivation und betrieblichen Identifikation von Beschäftigten steht. Die Frage, wie Führungsverhalten gesundheitsfördernd gestaltet werden kann, ist daher ein zentraler Punkt in der BGM. Viele Unternehmen bieten Qualifizierungsprogramme für Führungskräfte an.

Da Führung jedoch immer auch eine Form menschlicher Beziehungsgestaltung darstellt, sollten BGM-Ansätze auch Feedbackprozesse der Beschäftigten an ihre unmittelbaren Vorgesetzten vorsehen. Solche Feedbackschleifen lassen sich gut in die oben beschriebenen Analyse- und Partizipationsformate integrieren (vgl. ebd.).

RESSOURCEN: Bei der Entscheidung, ob ein Betrieb Betriebliches Gesundheitsmanagement implementiert oder nicht, ist ein Überblick über die dadurch entstehenden Kosten von hoher Bedeutung. Das grösste Gewicht kommt in diesem Zusammenhang den Personalaufwendungen zu, welche für die Koordination und Steuerung des beschriebenen BGM-Prozesses entstehen. Daneben ist zu bedenken, dass der Zeitaufwand für Besprechungen, Workshops und Gesundheitszirkel ebenfalls Personalressourcen beansprucht. Ohne die Bereitschaft der Betriebe, diese Kosten aufzuwenden, hat BGM wenig Erfolgchancen. Zudem können Sachkosten für Software entstehen, ebenso für Anschaffungen oder Aktivitäten, die von Mitarbeitenden in Beteiligungsworkshops vorgeschlagen werden (vgl. ebd.).

Gemäss einer Studie der Gesundheitsförderung Schweiz aus dem Jahre 2020 setzten rund dreiviertel der Betriebe in der Schweiz mit mehr als 50 Mitarbeitenden Betriebliches Gesundheitsmanagement um. Gemäss der Fachstelle sind die wichtigsten Gründe für BGM zufriedenere und gesündere Mitarbeitende, weniger Absenzen und eine Attraktivitätssteigerung als Arbeitgebende. Trotz oder gerade aufgrund der Covid-19-Pandemie wollten sich mehr als die Hälfte der Betriebe in den nächsten Jahren noch stärker für BGM engagieren. Rund 80 % der Betriebe verfügen über gute bis sehr gute Voraussetzungen für die Umsetzung von BGM. Optimierungsbedarf besteht nach wie vor bei der strategischen Verankerung von BGM. Investitionsbedarf sehen die Betriebe in Bezug auf die Sensibilisierung zu Stress und psychischer Gesundheit (vgl. 2021: 4–5).

2.4 BETRIEBLICHE SUCHTPRÄVENTION

Betriebliche Suchtprävention versteht sich als Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Zu den Aufgaben betrieblicher Suchtprävention gehören Aufklären und Informieren, Sensibilisieren, Qualifizieren, Unsicherheiten abbauen und eine Kultur des Hinsehens und der Unterstützung im Betrieb etablieren (vgl. Walter 2021). In den vergangenen Jahrzehnten wurden zahlreiche Suchtpräventionsprogramme in Unternehmen etabliert. Dabei stellten

sich folgende Handlungsfelder als wesentlich heraus (vgl. Wienemann/Schumann 2011: 3) Abbildung 4.



Abbildung 4: Betriebliches Suchtpräventionsprogramm in Anlehnung an DHS 2011: 3

Betriebliche Suchtprävention beinhaltet Bausteine für den Umgang mit Mitarbeitenden mit riskantem oder abhängigem Konsum, ist aber schwerpunktmässig nicht auf eine therapeutische Intervention ausgerichtet. Der Fokus zielt auf die Prävention, also auf die Vorbeugung und Verhinderung von Konsumproblemen und den negativen Konsequenzen, die daraus für das Arbeitsverhalten, das Team, den Betrieb und die betroffene Person im Allgemeinen entstehen können (vgl. Walter 2021). Je nach «Baustein» (Abbildung 5) sind unterschiedliche Akteure in der betrieblichen Suchtprävention aktiv: Unternehmensführung, Mitarbeitende des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, evtl. Beauftragte der betrieblichen Suchtprävention, externe Fachstellen, Verantwortliche aus dem Bereich Human-Resources, Personalvertretungen, Führungskräfte und letztlich die Mitarbeitenden selbst (vgl. ebd.).

INFORMIEREN & SENSIBILISIEREN	QUALIFIZIEREN	HILFE IM KONKRETEN FALL
Bereitstellen von Informationsmaterial	Schulungen, Führungskräfte, Ansprechpersonen	Hinschauen statt Wegschauen
Gesundheitsaktionen	Seminare für Teams	Gesprächsführung
Sucht als betriebliches Thema bzw. Bestandteil des BGM	Strukturen schaffen	Interne Beratung für Betroffene und Mitarbeitende
	Interventionsleitfäden erstellen	Vermittlung professioneller Hilfe

Abbildung 5: Schematische Darstellung der Bausteine betrieblicher Suchtprävention in Anlehnung an Walter 2021

Wienemann (vgl. 1999: 14) definiert Suchtprävention wie folgt:

Suchtprävention und Suchthilfe beschreiben unterschiedliche Handlungsfelder auf betrieblicher Ebene. Abstrakt gesprochen, ist es Ziel beider Maßnahmen, die mündige, autonome Persönlichkeit zu unterstützen, Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Handelns realitätsadäquat wahrzunehmen, zu bewerten und in Handeln umzusetzen, das sowohl der sozialen Umwelt als auch den eigenen Ansprüchen und Bedürfnissen gerecht wird.

Freigang-Bauer, Gröben und Gusia beschreiben betriebliche Suchtprävention «als ein wichtiges Mittel, um Menschen verschiedener Altersgruppen und gesellschaftlicher Schichten für ein gesundheitsförderndes Verhalten zu gewinnen» (vgl. 2013: 8–9). Gründe, weshalb Suchtprävention in Unternehmen wichtig ist, benennt das Institut Suchtprävention Oberösterreich (vgl. 2021: 7) im Erhalt und der Verbesserung der Gesundheit aller Mitarbeitenden. Suchtpräventive Massnahmen sensibilisieren für Risiken von Substanzkonsum und sind Teil eines aktiven Gesundheitsmanagements. Auf suchtbedingte Auffälligkeiten nicht oder zu spät zu reagieren, verursacht zudem erhebliche Kosten. Suchtprävention ist gemäss der Fachstelle nicht nur eine Investition in die Gesundheit der Mitarbeitenden, sondern auch eine betriebswirtschaftliche Entscheidung. Aktives Gesundheitsmanagement ist auch ein wichtiger Baustein, um sich als Arbeitgeber zu positionieren (vgl. ebd.). Betriebliche Suchtprävention wendet sich nicht nur an jene Mitarbeitenden, die offensichtlich einen problematischen oder abhängigen Substanzkonsum aufweisen, sondern sollte zum Thema für sämtliche Mitarbeitende werden. Neben der Erweiterung der Zielgruppe steht auch bei den Suchtmitteln nicht mehr nur die psychotrope Substanz im Fokus, sondern generell die Vermeidung von bzw. der konstruktive Umgang mit problematischem Konsumverhalten, der Verhaltenssuchte wie z. B. Glücksspiel oder Essstörungen miteinschliesst (vgl. Institut Suchtprävention 2016).

2.4.1 STRATEGIEN PRÄVENTIVER INTERVENTIONEN

Als Prävention können «grundsätzlich vorbeugende Massnahmen, die ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung vermeiden, bezeichnet werden» (vgl. Institut Suchtprävention 2022a). Bühringer, Behrendt und Endrass beschreiben zwei Zielsetzungen von Prävention: einerseits die Reduzierung des Konsums und andererseits die Reduzierung der Abhängigkeit (Bühringer et al. 2020: 858).

In der Prävention lassen sich zwei sich ergänzende Grundstrategien unterscheiden: Die personen-, früher auch verhaltensorientierte Prävention und die verhältnis- oder umgebungsorientierte Prävention (vgl. Uhl 2007: 6). Der Unterschied zwischen den beiden liegt in den Wirkungsfeldern. Personenorientierte Massnahmen bezwecken, auf Wissen, Einstellungen oder Verhaltensweisen von Individuen einzuwirken. In der verhältnis- resp. strukturorientierten Prävention sollen die Lebensbedingungen und strukturellen Verhältnisse beeinflusst werden (vgl. Sterdt und Walter 2012, S. 29, zit. in Fabian 2019: 129). Wettstein ist der Ansicht, dass Erfolg versprechende Prävention häufig eine sinnvolle Kombination beider Interventionsformen darstellt, «im Wissen darum, dass es zahlreiche Wechselwirkungen gibt zwischen dem Wissen, den Einstellungen und Verhaltensweisen von Einzelpersonen einerseits, den sie umgebenden Struktur- und Kulturmerkmale andererseits» (vgl. Wettstein 2022: 4).

2.4.2 INTERVENTIONSZEITPUNKTE UND ZIELGRUPPENBESTIMMUNGEN

Individuen und Gruppen innerhalb einer Gesellschaft unterscheiden sich bezüglich ihrer Exposition und Gefährdung, so Wettstein. Um diesem Aspekt gerecht zu werden, unterscheidet präventive Intervention nach Interventionszeitpunkten «in Verbindung mit einem grösseren und genereller bestimmten oder aber spezifischer und enger bestimmten Kreis derjenigen, die zu den Zielgruppen gehören. Eine überlegte Definition der Zielgruppe stellt sicher, dass die Intervention auf die richtigen Personen abzielt» (vgl. ebd.: 5).

Bis Mitte der Neunzigerjahre des letzten Jahrhunderts war die häufigste Kategorisierung präventiver Massnahmen eine medizinisch determinierte Unterteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Diese Klassifikation wurde zunehmend von der durch Robert S. Gordon (vgl. Gordon 1983: 107–109) Anfang der 1980er-Jahre entwickelten Unterteilung in universelle, selektive und indizierte Prävention abgelöst. Diese neuere Terminologie bietet

Vorteile hinsichtlich der inhaltlichen Präzisierung vor allem in Bezug auf die Zielgruppen (vgl. Sucht Schweiz 2013: 1–2) Abbildung 6.

UNIVERSELLE PRÄVENTION	Universelle Prävention wendet sich an die gesamte Bevölkerung bzw. Bevölkerungssegmente (z. B. alle Menschen im Arbeitsprozess). In diese Kategorie fallen zum Beispiel mediale Kampagnen, Massnahmen auf politischer Ebene oder die Arbeit mit Berufsgruppen (vgl. ebd.).
SELEKTIVE PRÄVENTION	Die selektive Prävention richtet sich an definierte Risikogruppen. Diese Menschen sind in der Regel unauffällig. Aufgrund empirisch bestätigter Risikofaktoren ist bei ihnen die Wahrscheinlichkeit einer Suchtentwicklung jedoch erhöht (z. B. bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien) (vgl. ebd.).
INDIZIERTE PRÄVENTION	Massnahmen der indizierten Prävention richten sich an Menschen mit klarem Risikoverhalten, bei denen aber die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeit (noch) nicht erfüllt sind. Beispiel einer solchen Zielgruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene, die an Wochenenden exzessiv Alkohol trinken (sogenannte Rausch- oder Komatrinker) (vgl. ebd.).

Abbildung 6: Struktur der Prävention nach Gordon in Anlehnung an Sucht Schweiz 2013: 2

2.4.3 METHODISCHES HANDELN VON PRÄVENTION

Nach der Wahl der grundlegenden präventiven Strategie folgt die Bestimmung geeigneter Massnahmen. Das Spektrum möglicher Massnahmen, die geeignet sind oder sein können, die Ziele der präventiven Intervention bei den Zielgruppen zu erreichen, ist beträchtlich. Wettstein schlägt folgende Klassifizierung vor, um diese Massnahmen zu systematisieren (Abbildung 7) (vgl. Wettstein 2022: 7):

PERSONENORIENTIERTE PRÄVENTIONSSTRATEGIE		VERHÄLTNISORIENTIERTE PRÄVENTIONSSTRATEGIE
PSYCHO-EDUKATIVE VERFAHREN	SOZIO-EDUKATIVE VERFAHREN	STRUKTURBEZOGENE VERFAHREN, VERÄNDERUNG VON VERHÄLTNISSEN
Aufklärung und Information	Aktionen, Events, Veranstaltungen	Ökonomische Anreiz- und Bestrafungssysteme
Beratung und Begleitung	Aktivierung, Mobilisierung, partizipative Anlässe	Organisationskultur und Ausstattungen, Infrastruktur
Bildungsanlässe und Trainings	Unterstützung von Selbstorganisation/Selbsthilfe	Normativ-regulatorische Verfahren: Rechtssetzung, Erlasse

Abbildung 7: Systematik methodischen Handelns von Prävention in Anlehnung an Wettstein 2022: 7

2.4.4 KONZEPTE BETRIEBLICHER SUCHTPRÄVENTION

Charakteristisch für Prävention und somit auch für die Suchtprävention ist der Ansatz der Risiko- und der Schutzfaktoren. Davon zu unterscheiden ist die Orientierung an Ressourcen. Der gesundheitsbezogene Ressourcenbegriff kann zwar Schutzfaktoren einschliessen, er geht aber darüber hinaus. «Gesundheitsrelevante Entwicklungsressourcen sind Gegenstand der Gesundheitsförderung, Widerstandsressourcen bzw. Schutzfaktoren sind Gegenstand in allen Anwendungsfeldern von Prävention. Für das Verständnis der Unterschiede zwischen Gesundheitsförderung und Prävention ist diese innere Differenzierung des Ressourcenbegriffs elementar» (vgl. ebd.: 3).

Es existieren verschiedene Ansätze betrieblicher Suchtprävention. Nachfolgend werden die bekanntesten kurz erläutert:

LEBENSKOMPETENZMODELLANSATZ: Das Lebenskompetenzmodell geht davon aus, «dass Personen, die über psychosoziale Fähigkeiten zur Lebensbewältigung wie beispielsweise Einfühlungs-, Kommunikations-, Reflexionsvermögen und Problemlösefähigkeiten verfügen, die Schwierigkeiten und Herausforderungen des Alltages einfacher bewältigen können» (vgl. Pinquart & Silbereisen, 2014 zit. in Willi 2019: 8).

MULTIPLIKATORENANSATZ: Der Multiplikatorenansatz ist eine Strategie, um Präventionsthemen in einen bestimmten Lebensbereich einzubringen und so an schwer erreichbare Zielgruppen heranzukommen. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können Individuen oder Institutionen sein, die gesundheitsförderliche Fachinformationen, Strategien und Kompetenzen innerhalb einer Gruppe oder Gemeinschaft vermitteln und fördern. Sie haben eine wichtige Transferfunktion, indem sie die Reichweite von Wissen und Erfahrungen erhöhen, Massnahmen in der Praxis etablieren und die Nachhaltigkeit von Veränderungen unterstützen (vgl. Blümel/Lehmann 2015).

SETTINGANSATZ: In den letzten Jahren hat sich in der Gesundheitsförderung und der Suchtprävention das Modell des Settingansatzes durchgesetzt. Der Settingansatz gilt als wichtigste Leitstrategie in der Gesundheitsförderung und zentraler Leitgedanke zur Umsetzung der Ottawa-Charta. Dabei wird davon ausgegangen, dass «Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird» (vgl. Altgeld/Kolip 2018: 63). Settingorientierte Massnahmen sind auf Lebensbereiche ausgerichtet, in denen Menschen den

grössten Teil ihrer Zeit verbringen und die von der Struktur her die Gesundheit aller Beteiligten entscheidend beeinflussen. Nebst der Förderung der Lebenskompetenz werden in letzter Zeit auch die Lebenswelten Schule, Arbeit und Wohnen in präventive Projekte miteinbezogen. Diese Ansätze, die sich an Theorien der Gesundheitsförderungen orientieren, gehen davon aus, dass die Förderung der individuellen Kompetenzen (Verhaltensprävention) wichtig ist, jedoch die Wirkung wesentlich verstärkt wird, wenn z. B. auch das Arbeitsklima gefördert wird oder, wenn Führungskräfte im Alltag, im Sinn von Prävention und Gesundheitsförderung, kompetent handeln. Settings gelten als viel effektiver als die individuellen Gesundheitsanstrengungen und Verhaltensweisen einzelner Personen. Nach dieser These ist das Lebensumfeld (Setting) zentraler Ansatzpunkt, nicht zuletzt im Hinblick auf nachhaltige Wirkungen präventiver Massnahmen (vgl. Institut Suchtprävention 2022b).

Ruckstuhl (2021: 47) sieht im Settingansatz ein Modell, welches den Fokus nicht auf Individuen oder Gruppen legt, sondern auf soziale Systeme. Ziel des Settingansatzes ist es, Lebenswelten zu gestalten. Dies geschieht dadurch, dass Prozesse des Lernens unter Einbezug aller gesellschaftlichen Beteiligten geschaffen werden, ohne jedoch normative Zielsetzungen vorzugeben. Primärprävention und Gesundheitsförderung lassen sich im Setting auf zwei verschiedene Arten betreiben: Bei der Primärprävention und Gesundheitsförderung wird vor allem die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention, z. B. im Hinblick auf die Risiken Stress sowie Substanzkonsum, zu platzieren. Im Gegensatz dazu stehen bei Projekten zur Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings die Partizipation der Mitglieder des Settings und der Prozess der systemischen Organisationsentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt. Beispielhaft hierbei ist die betriebliche Gesundheitsförderung mit ihren Instrumenten der aktivierenden Belegschaftsbefragungen, Betriebsversammlungen und v. a. der Gesundheitszirkel (vgl. Hartung/Rosenbrock 2018). Gesundheitsförderung Schweiz beschreibt den Settingansatz als einen Zugang zur Praxis der Gesundheitsförderung. Basierend auf der Erkenntnis, dass Gesundheitsprobleme aus der Interaktion zwischen sozioökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen und der persönlichen Lebensweise entstehen. Vereinfacht ausgedrückt: «Gesundheit entsteht da, wo Menschen leben, in Beziehungen sind und arbeiten». Das Ziel des Settingansatzes ist es, diese Lebenskontexte so zu gestalten, dass sie einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben (vgl. 2014). Laging ist der Auffassung, dass sich der Settingansatz als prädestinierter Ansatz in der Suchtprävention auszeichnet, da zahlreiche der

bekannten und nachweislich effektiven Anforderungen an eine Suchtprävention gleichermaßen integriert und umgesetzt werden können (vgl. 2019: 5). In Suchtpräventionsansätzen, die auf den Settingansatz Bezug nehmen, kann eine Kombination von personen- und verhältnisorientierten, aber auch von universellen, selektiven und indizierten Massnahmen gleichermaßen und sinnvoll aufeinander bezogen entwickelt und angewendet werden. Der Settingansatz propagiert mit der Gleichzeitigkeit von Verhaltens- und Verhältnisprävention und von universeller, selektiver und indizierter Prävention das Prinzip des Policy-Mix, welches in Hinblick auf seine Effektivität auch für die Verhaltenssuchte empfohlen wird (vgl. Kalke / Hayer 2019, zit. in ebd.).

Prävention im Setting Arbeitsplatz bedeutet auch, Strategien und Interventionen zu berücksichtigen, die sich auf Mitarbeitende konzentrieren, die eine Therapie, eine Rückkehr an den Arbeitsplatz und eine Reintegration in die Belegschaft benötigen (Abbildung 8). Obwohl es sich hierbei im eigentlichen Sinn nicht um Prävention handelt, muss die Therapie und Reintegration in den Arbeitsprozess sowie die Rückfallprävention als wesentliche Bestandteile eines umfassenden Konzepts zum Substanzkonsum im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention betrachtet werden (vgl. FINDER Akademie 2019: 87–88).

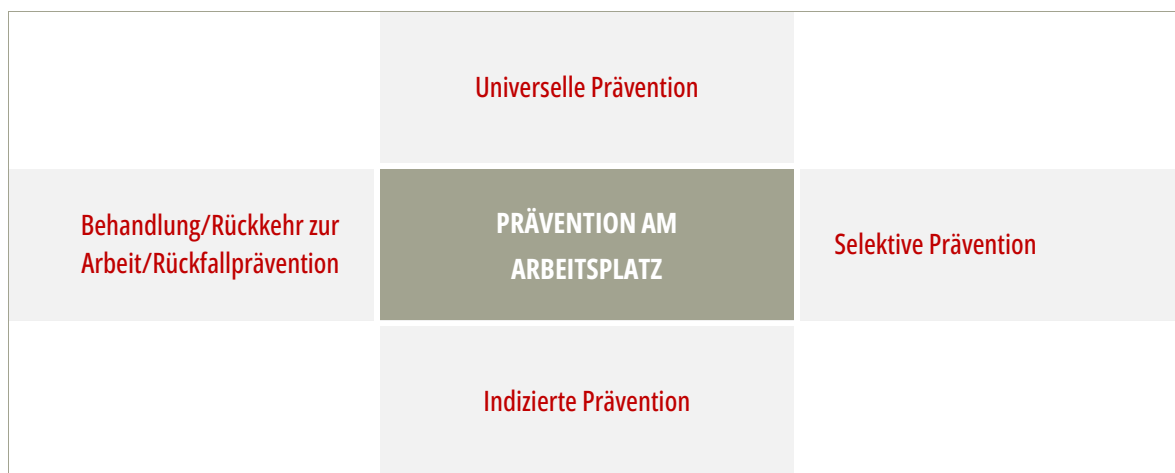


Abbildung 8: Prävention im Setting Arbeitsplatz in Anlehnung an FINDER Akademie 2019: 87

2.4.5 KERNELEMENTE BETRIEBLICHER SUCHTPRÄVENTION

Wienemann und Wartmann bezeichnen Information und Aufklärung, frühzeitige Interventionen, die Qualifizierung und Beratung von Personalverantwortlichen und Führungskräften sowie Unterstützungsangebote für Mitarbeitende als Kernelemente betrieblicher Suchtprävention (vgl. 2021: 688–691).

INFORMATION UND AUFKLÄRUNG: Information und Aufklärung über Gebrauch und Wirkung von Suchtmitteln und über gesundheitliche und soziale Folgen des riskanten Substanzkonsums bzw. von suchtbedingten Verhaltensweisen sollte ein wichtiger Bestandteil des betrieblichen Suchtpräventionsprogramms sein. Als Ziel sollte die Vermeidung bzw. Reduzierung gesundheitsriskanten Verhaltens und die Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie die Enttabuisierung des Themas Sucht in der Arbeitswelt im Vordergrund stehen. Bei Bedarf ist es sinnvoll, ergänzende Angebote für ausgewählte Zielgruppen (z. B. Auszubildende, Frauen, Männer, bestimmte Nationalitäten, bestimmte Berufsgruppen) anzubieten. Informationen sind idealerweise so aufbereitet, dass sie möglichst kurze, übersichtliche, strukturierte Informationen bieten («Alles auf einen Blick»). Auf die Aktualität der fachlichen und rechtlichen Standards der Konzepte und Materialien ist in jedem Fall zu achten. Informationen und Aufklärungsmassnahmen sollten aktuelle Erkenntnisse transportieren. Präventive Massnahmen sollten im Rahmen des Gesundheitsmanagements abgestimmt werden, vor allem mit Angeboten des Arbeitsschutzes, der Gesundheitsförderung und der Personalentwicklung (vgl. Wienemann/Schumann 2011: 17).

FRÜHZEITIGE INTERVENTIONEN: Frühzeitige Interventionen bei Auffälligkeiten haben sich nachweislich bewährt, um bei Mitarbeitenden die Bereitschaft zu verstärken, riskantes Verhalten zu verändern und sich gegenüber professioneller Beratung und fachgerechter Hilfe zu öffnen. Wienemann und Schumann sind der Ansicht, «dass eine gestufte Intervention bei riskantem Suchtmittelgebrauch und suchtbedingten Verhaltensweisen der beste Weg ist, um gesundheitlichen Gefährdungen am Arbeitsplatz systematisch und nachhaltig vorzubeugen» (vgl. ebd.: 122). Ziel eines Interventionsleitfadens sollte sein, durch frühzeitige Intervention dem riskanten Konsum von Suchtmitteln und der Entwicklung von Suchtverhalten vorzubeugen. Zudem sollte er «Vorgesetzte befähigen, bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz und speziell bei Suchtproblemen von Beschäftigten sachgerecht zu reagieren, den suchtgefährdeten Mitarbeitern Hilfe anzubieten und ihnen Unterstützung zum eigenverantwortlichen Handeln zu geben, die betroffenen Personen zu motivieren, sich in Beratung und Behandlung zu begeben, um ihren Arbeitsplatz möglichst zu erhalten, ein für alle Beschäftigten nachvollziehbares und die Gleichbehandlung wahrendes Verfahren einzurichten» (vgl. ebd.). Der Interventionsleitfaden umfasst vier Arten von Gesprächen, Fürsorge und Klärungsgespräche für frühe Interventionen bei gesundheitlichen und sozialen Auffälligkeiten

sowie Stufengespräche und Rückmeldegespräche bei Auffälligkeiten in Verbindung mit Suchtmittelgebrauch und suchtbedingten Verhaltensweisen (vgl. ebd.).

QUALIFIZIERUNG UND BERATUNG VON PERSONALVERANTWORTLICHEN UND FÜHRUNGSKRÄFTEN:

Führungskräften kommt in der betrieblichen Suchtprävention eine Schlüsselrolle zu. Intervention bei suchtmittelinduzierten Auffälligkeiten am Arbeitsplatz gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben der Personalführung. Zur Entwicklung der individuellen Kompetenz sind Aus- und Weiterbildungen sowie, je nach Bedarf, individuelle Coachings durch Fachpersonen für Führungskräfte und Personalverantwortliche wesentlich (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2022b). Führungskräfte und Mitarbeitende mit Leitungsfunktionen haben besondere Pflichten gegenüber den anderen Mitarbeitenden. Zu deren Aufgaben gehört es, Auffälligkeiten zu erkennen und frühzeitig zu handeln. Aber auch dem eigenen Umgang mit psychotropen Substanzen kommt eine besondere Bedeutung zu. Führungskräfte müssen sich ihrer Vorbildrolle bewusst sein und auch darüber, dass ihr Verhalten das Unternehmensklima beeinflusst (vgl. ebd.).

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE FÜR MITARBEITENDE: Betriebliche Suchtprävention, so Wienemann und Wartmann, ist heute eng mit den Zielen und Angeboten des BGM verknüpft und wirkt daher mit, die Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden sowie der betrieblichen Organisation zu erweitern und zu stärken (vgl. Wartmann 2018, zit. in Wienemann/Wartmann 2021: 695). Auf der Verhaltensebene werden Mitarbeitende angeregt, ihre Erfahrung mit Belastungen aus Arbeitssituationen sowie ihre Copingstrategien zu hinterfragen. Kommen riskante Konsummuster bezüglich psychotroper Substanzen oder Verhaltenssüchte zutage, so werden die Mitarbeitenden angeregt, individuell oder innerhalb von Teams «alternative Strategien für die Belastungsbewältigung unter Verzicht auf den Suchtmittelgebrauch zu entwickeln» (vgl. ebd.). Innerhalb des Betriebs lassen sich durch Angebote der Gesundheitsförderung und der Personalentwicklung gezielt individuelle und kollektive Ansätze wie Coachings und Workshops nutzen, um sensibler gegenüber riskantem Substanzkonsum und Expositionen durch Suchtmittelgebrauch im Arbeitskontext zu werden (vgl. ebd.).

VERSCHWIEGENHEIT: Die Sicherstellung der Verschwiegenheit sehen Wienemann und Schmidt (vgl. 2018a: 148) als weiteres wichtiges Element und als Grundvoraussetzung für den Erfolg von Beratungseinrichtungen zur Suchtprävention.

Diese Diskretion beginnt bereits damit, dass die Betroffenen die jeweiligen Beratungseinrichtungen aufsuchen und gilt für alle in der Beratung angesprochenen Themen sowie vereinbarten Schritte. Um eine verbindliche und vor allem auch für alle transparente Schweigepflichtregelung zu schaffen, ist idealerweise eine Betriebsvereinbarung abzuschliessen. Dies gilt auch für die Verfahrensweisen zur Gewährleistung des Persönlichkeits- und Datenschutzes. Zu den Standards in der personenbezogenen Beratung der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe gehört es auch, dass Beratungsgespräche mit Rat suchenden Mitarbeitenden weisungsfrei erfolgen, das heisst, nicht unter dem Einfluss und nach Massgabe der Interessen Dritter stattfinden (vgl. ebd.).

Ein weiteres wichtiges Element ist die Professionalisierung der Beratenden. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (vgl. Wienemann/Schumann 2011: 73) verweist in ihren Qualitätsstandards darauf, dass aus suchtpreventiver Perspektive und aufgrund der Fülle der zu bewältigenden Aufgaben in Betrieben mit mehr als 1000 Beschäftigten, hauptamtliche Beratungskräfte eingesetzt werden sollten. Abschliessend gehört auch die strategische Verankerung der betrieblichen Suchtprävention in der Organisationsstrategie zu den essenziellen Elementen erfolgreicher BSP.

2.4.6 ZIELE UND ERFOLGSFAKTOREN BETRIEBLICHER SUCHTPRÄVENTION

Gemäss dem Institut für Suchtprävention (vgl. 2016) verfolgt betriebliche Suchtprävention folgende Ziele:

- Erhaltung bzw. Verbesserung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden. Erhöhung der Arbeitssicherheit und Beeinflussung der betrieblichen Konsumkultur in Richtung Punktnüchternheit bzw. Nüchternheit am Arbeitsplatz (vgl. ebd.).
- Sensibilisierung der gesamten Belegschaft für Suchtgefahren und für die Gefahren riskanten Suchtmittelkonsums. Vorbeugung von riskantem Suchtmittelkonsum und suchtbedingtem Verhalten. Früherkennung und konstruktive Intervention bei riskantem Konsum von Suchtmitteln oder bei Suchtgefährdung von Mitarbeitenden. Vermeidung von Kündigungen oder Ausfällen aufgrund suchtbedingter Probleme (vgl. ebd.).

Wienemann und Schmidt benennen im Wesentlichen folgende zentrale Erfolgsfaktoren für die Umsetzung betrieblicher Regelungen zur Suchtprävention (vgl. 2018b):

- Betriebliche Vereinbarungen nach den Qualitätsstandards der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Kompetenzentwicklung auf allen Seiten, insbesondere bei den Personalverantwortlichen. Erstellung von Gesprächs- und Handlungsleitfäden zur Verstärkung der Handlungssicherheit und Handlungsbereitschaft. Die Einrichtung von betrieblichen Anlaufstellen, die auf professioneller Grundlage Mitarbeitenden und Führungskräften Beratung und betroffenen Personen darüber hinaus Begleitung anbieten bzw. die Beauftragung und Qualifizierung von Ansprechpersonen für Suchtfragen hierfür. Regelmässige, aktuelle und kreative Angebote zur Suchtprävention in Verbindung mit dem Präventionsauftrag des Betriebes: um Gefährdungen der physischen und psychischen Gesundheit zu vermeiden, die Arbeit menschengerecht zu gestalten und um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden zu erhalten. Die Qualitätssicherung des Suchtpräventions- und hilfeangebots (vgl. ebd.).

Um konkrete Unterstützungsmassnahmen anbieten zu können, müssen Suchtprobleme und ihr Ausmass erkannt werden. Dies stellt Arbeitgebende vor grosse Herausforderungen. Bereits die Äusserung einer solchen Vermutung stellt einen schweren Einschnitt in die sozialen Beziehungen zu dem exponierten Mitarbeitenden dar. Werden Auffälligkeiten jedoch nicht zur Sprache gebracht, können sich suchtspezifische Verhaltensweisen verfestigen. Hierzu trägt auch bei, dass betroffene Mitarbeitende häufig geschickt darin sind, ihren Substanzkonsum gegenüber ihrem sozialen Umfeld zu verheimlichen (vgl. Geisen/Gerber 2014: 5–6).

2.5 GOOD-PRACTICE-ANSÄTZE

Unter Good-Practice-Ansätzen verstehen Elkeles, Kilian und von Rüden Elemente der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Good-Practice-Ansätze bündeln Ergebnisse der Forschung sowie ethische und konzeptionelle Grundlagen guter Gesundheitsförderung und stellen diese den Akteurinnen und Akteuren der gesundheitsfördernden Praxis kompakt aufbereitet zur Verfügung. Good Practice ist ein internationaler Begriff aus dem Vokabular der Qualitätsentwicklung, für den es keine einheitliche, verbindliche Definition gibt. Good

Practice oder zu Deutsch «Gute Praxis» kann gleichermassen als Ansatz zur Beschreibung vorbildlicher Praxisbeispiele als auch als eine Zusammenstellung von Kriterien, die kennzeichnend für diese vorbildliche Praxis sind, verstanden werden (vgl. Elkeles et al. 2022).

Uchtenhagen ist der Ansicht, dass «Gute Praxis» auch bedeuten kann, dass in einer Welt voller von «Menschen gemachten zivilisatorischen Problemen und Ungleichheiten», die kleinen «Helfer des Alltags» bzw. die zur Selbstmanipulation gebrauchten Suchtmittel im Sinne einer Überlebensstrategie in die allgemeinen Konsumgewohnheiten integriert werden sollten. Wer sich ihrer nicht bedient, um leistungsfähig zu sein, der wird nicht länger der Normalbürger, sondern der Sonderfall sein. Damit werden Qualität und Quantität der Suchtmittelprobleme nicht ab, sondern zunehmen. Für die Prävention bedeutet dies: den Menschen helfen, auch ohne Suchtverhalten zu überleben und aufzeigen, wie Suchtmittel allenfalls mit Mass gebraucht werden können, ohne Schaden zu nehmen (vgl. Calafat A, Fernandez C, Juan M et al. zit. in Uchtenhagen 2008: 5).

GOOD-PRACTICE-KRITERIEN: Planung und Umsetzung wirksamer Projekte sind anspruchsvoll. Die zwölf Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2021) bieten einen Orientierungsrahmen, um Projekte nachhaltig zu verankern. Killian et al. fassen Good Practice in drei Gruppen zu zwölf Kriterien zusammen (vgl. 2016: 269):

BASISKRITERIEN: Konzeption (Ziele und Wirkungsweisen sind klar benannt). Zielgruppenbezug. Settingansatz (vgl. ebd.).

ZIELGRUPPENORIENTIERUNG DER MASSNAHMEN: Empowerment. Partizipation. Niedrigschwellige Arbeitsweise (Zugangshürden vermeiden). Multiplikatorenkonzept (vgl. ebd.).

NACHHALTIGKEIT UND QUALITÄTSENTWICKLUNG DER MASSNAHMEN: Nachhaltigkeit. Integriertes Handeln (die Massnahme ist in kommunale und andere komplexe Strategien eingebunden). Qualitätsmanagement (Methoden der Qualitätsentwicklung werden systematisch angewendet). Dokumentation und Evaluation (Arbeitsergebnisse werden dokumentiert und kritisch reflektiert). Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses (vgl. ebd.).

2.6 RECHTLICHE ASPEKTE DES SUBSTANZKONSUMS AM ARBEITSPLATZ

Im Arbeitsgesetz (ArG, SR 822.11) ist verankert, dass Arbeitnehmende «vor mit den Arbeitsbedingungen verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu schützen sind» (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2015: 23). Im betreffenden Gesetzesartikel enthalten sind Vorschriften über den allgemeinen Gesundheitsschutz sowie die Arbeits- und Ruhezeiten. Die Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz spezifiziert die Pflichten der Arbeitgebenden in Bezug auf den Gesundheitsschutz: Die Arbeitgebenden müssen alle Massnahmen treffen, die nötig sind, um den Gesundheitsschutz zu wahren und zu verbessern und die physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmenden zu gewährleisten (Art. 2 Grundsatz). Gemäss der nationalen Fachstelle Sucht Schweiz besteht beim Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen eine Gefährdung der Arbeitssicherheit. «Gemäss Artikel 82 Abs. 1 UVG ist der Arbeitgeber verpflichtet, zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten alle Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und den gegebenen Verhältnissen angemessen sind.» Artikel 6 Abs. 2bis ArG3 schreibt vor, dass der Arbeitgeber dafür zu sorgen hat, dass der Arbeitnehmer keinen Alkohol konsumieren muss. Der Arbeitgeber kann übrigens den Genuss solcher Getränke einschränken oder verbieten (Art. 35 Abs. 3 der Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz4 - nachfolgend: ArGV - vom 18. August 1993). Gemäss Artikel 83 Abs. 1 UVG «erlässt der Bundesrat nach Anhören der unmittelbar beteiligten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen Vorschriften über technische, medizinische und andere Massnahmen zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten in den Betrieben». Dieser Artikel bildet die Grundlage zahlreicher Verordnungen über die zu ergreifenden Sicherheitsmassnahmen (vgl. 2022b).

Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz oder unmittelbar vor Antritt der Arbeit hat nicht nur negative Auswirkungen auf die Gesundheit und Sicherheit des Konsumierenden, sondern kann sich auch nachteilig auf alle Mitarbeitenden auswirken bzw. die Abläufe im Unternehmen behindern (vgl. Kuntsche/Delgrande Jordan 2014: 1). Gerade im Gesundheitswesen besteht ein erhebliches Risiko, dass Patientinnen und Patienten Leidtragende der Folgen konsumierender Behandelnder werden.

3 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die quantitativen Ergebnisse der Befragung sowie die Ergebnisse der Thematischen Analyse nach Braun und Clark dargestellt.

51 psychiatrische Kliniken bzw. psychiatrische Dienste von Akutspitälern der Deutschschweiz mit einem Leistungsauftrag in der stationären Psychiatrie wurden zu ihren betrieblichen Suchtpräventionskonzepten und zu ihren Angeboten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements befragt.

3.1 DARSTELLUNG DER QUANTITATIVEN ERGEBNISSE

Die Response rate beträgt 54.9 %. 51 psychiatrische Institutionen wurden angeschrieben. Drei Institutionen lehnten die Teilnahme ab. 28 Institutionen nahmen teil, dies entspricht einer Rücklaufquote von 54.9 %.

- 7 Institutionen (25 %) der Stichprobe verfügen sowohl über Konzepte und Angebote der betrieblichen Suchtprävention (BSP) als auch des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM).
- Ebenfalls 7 Institutionen (25 %) verfügen lediglich über Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.
- 14 Institutionen (50 %) haben weder Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements noch der betrieblichen Suchtprävention.
- Betriebliche Suchtprävention als isolierte und einzige Massnahme wird von keiner der angefragten Institutionen (0 %) angeboten (Abbildung 9).

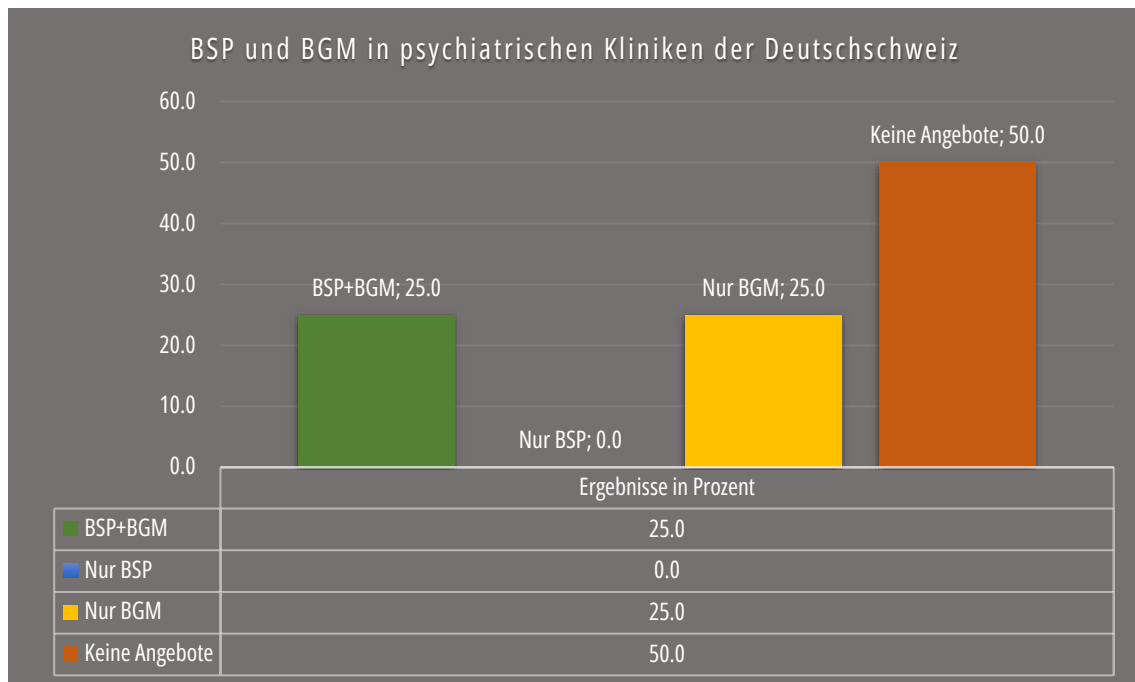


Abbildung 9: Quantitative Ergebnisse der Befragung

3.2 DARSTELLUNG DER QUALITATIVEN ERGEBNISSE

An der detaillierten Befragung nahmen insgesamt sechs Verantwortliche aus psychiatrischen Kliniken bzw. psychiatrischen Diensten der Deutschschweiz teil. Bei den befragten Personen handelt es sich um Fach- bzw. Leitungspersonen aus dem Bereich Human Resources der jeweiligen Institutionen. Zwei Human-Resources-Verantwortliche bezogen im Rahmen einer telefonischen Befragung durch den Autor Stellung. Vier Human-Resources-Verantwortliche bevorzugten das selbstständige Ausfüllen eines Fragebogens ohne Unterstützung des Autors. Im Rahmen der beiden telefonischen Befragungen wurden die Antworten der Befragten jeweils durch den Autor stichwortartig notiert. Quantität und Inhalte der offen formulierten Fragen sind bei beiden Erhebungsmethoden identisch.

Grundlage der Befragung ist ein Fragebogen mit offen formulierten Fragen. Dieser beinhaltet zehn Fragen zur betrieblichen Suchtprävention sowie eine Frage zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (siehe Anhang B). Die Befragten füllten den Fragebogen nur dann aus, wenn in ihrer Institution betriebliche Suchtprävention angeboten wird. Institutionen, welche nur Betriebliches Gesundheitsmanagement ohne Suchtprävention anbieten, teilten diese Information bereits in den jeweiligen Antwortmails mit.

Durch die Auswertung der sechs Fragebögen (Anhang C) mittels der Thematischen Analyse nach Braun & Clarke (vgl. 2006) konnten zwei Themen und vier Unterthemen generiert werden. Diese werden in Abbildung 10 dargelegt. Die zwei Hauptthemen sind «Soft Skills und Führung» und «Inklusion statt Stigmatisierung». Auf die Themen und Unterthemen wird nachfolgend detailliert eingegangen.

SOFT SKILLS UND FÜHRUNG	INKLUSION STATT STIGMATISIERUNG
Kompetenz, Transparenz und authentische Kommunikation	Reflektierte Interventionen – Beziehung schaffen
Verfügbarkeit von Informationen	Handeln statt Wegsehen

Abbildung 10: Themen und Subthemen der qualitativen Analyse

3.2.1 SOFT SKILLS UND FÜHRUNG

Unter dem Thema «Soft Skills⁴ und Führung» sind die zwei Unterthemen «Kompetenz, Transparenz und authentische Kommunikation» sowie «Verfügbarkeit von Informationen» zusammengefasst.

Unger, Sann und Martin gelangen zur Erkenntnis, dass Mitarbeitende zur Bewältigung komplexer Herausforderungen einen klaren Rahmen bezüglich Sicherheit, der Ziele und Aufgaben, der Verantwortlichkeiten benötigen sowie ausreichend Raum für Empowerment, partizipative Führung, Autonomie, Selbstorganisation und flexible Handlungsmöglichkeiten. Führungskräfte sollten in individuellen dialogischen Kommunikationsformaten regelmässig sicherstellen, ob Mitarbeitende die aktuellen Arbeitsbedingungen als motivierend und angemessen empfinden und diese bei Bedarf optimieren. Dies bedarf jedoch einer authentischen Selbstreflexion und Selbstkompetenz der Kaderleute und Führungskräfte, gepaart mit der

⁴Soft Skills oder soziale Kompetenz meint den Umgang mit Menschen und mit sich selbst. Soft Skills umfassen unter anderem Selbstmanagement, Kommunikation und Führung. Eine ganz wesentliche soziale Kompetenz im Führungsprozess ist die zielorientierte Kommunikation. Soft Skills haben zum Ziel, gemeinsam mit dem Gesprächspartner Win-win-Situationen zu erreichen. (vgl. Ebert 2020: 63).

Fähigkeit, Verantwortung zu übertragen und Vertrauen aufzubauen, zuzuhören und versuchen, zu verstehen (vgl. 2022: 435–436).

In Zeiten des Wandels sind vor allem widerstands- und leistungsfähige, motivierte und kompetente Mitarbeitende die Voraussetzung für den Erfolg eines Unternehmens. Wohlbefinden, Zufriedenheit und individuelle Entwicklungsmöglichkeiten sollen im strategischen Denken und Handeln parallel zu ökonomischen Zielen einen gleichrangigen Stellenwert einnehmen. Zufriedenheits-, Kompetenz- und Gesundheitsförderung können so zu einem entscheidenden Wettbewerbsvorteil werden. Die Qualität der Beziehung stellt hierbei eine entscheidende Voraussetzung kompetenter Führung und auch Grundlage zufriedener Mitarbeitender und erfolgreicher Organisationen dar (vgl. ebd.).

KOMPETENZ, TRANSPARENZ UND AUTHENTISCHE KOMMUNIKATION: Das erste Subthema beleuchtet kompetentes Handeln sowie transparente und authentische Kommunikation von Führungskräften. Wissenskompetenz im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention ist nicht nur ein zentrales Element der Führung, sondern betrifft alle Akteurinnen und Akteure. Dementsprechend wurde in den Antworten deren Wichtigkeit auch immer wieder hervorgehoben. Auch die Bedeutung kompetenter Führungspersonen sowie professioneller HR-Verantwortlicher, wurde in den Antworten der Befragung oftmals erwähnt.

Vor allem der Aspekt der Kompetenzvermittlung spielt hierbei eine wichtige Rolle. Kopf, Leibold und Seidl sehen zentrale Bereiche der Kompetenzvermittlung in der persönlichen Fachkompetenz, zu welcher Fachkenntnisse und -methoden zählen. Daneben sind die Aneignung und Entwicklung allgemeiner Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz wesentlicher Teil von Bildung und somit auch von Wissen und Achtsamkeit (vgl. 2010: 2).

Kompetenz, Transparenz und authentische Kommunikation impliziert auch die Qualifizierung und Beratung von Personalverantwortlichen und Führungskräften. Äusserungen zu diesem Aspekt der Befragung sind:

KLINIK A: «In erster Linie findet diese durch die Fachverantwortliche BGM statt. Die Klinik holt sich aber auch externe Unterstützung.»

KLINIK B: «Durch interne Fortbildungen (mit eigenen Fachpersonen wie Ärzten, Psychotherapeuten oder erfahrenen Pflegefachpersonen aus dem Suchtzentrum).»

KLINIK E: «Beratung/Input durch interne Sachverständige (Ärzte - Psychiatrie und Medizin), externe Qualifizierung durch Qualitätsmanagementfachleute.»

Führungskräfte und Personalverantwortliche sollten in der Lage sein, den Mitarbeitenden Wege aus der Sucht bzw. Strategien zur Vorbeugung einer Sucht aufzuzeigen. Sie sollten fundiertes Fachwissen bezüglich Sucht, suchtgefährdende Arbeitsbedingungen sowie psychische Belastungen aufweisen. Und letztlich sollte klar sein, wer für welche Verantwortungsbereiche den Lead übernimmt (vgl. Wienemann/Schmidt 2018a: 11).

Besondere Zurückhaltung ist bei Begriffen wie «Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch» geboten. Hierbei handelt es sich um Fachbegriffe, die durch Diagnosemanuals wie das ICD 10 oder das DSM-V⁵ klassifiziert sind. Diagnosen werden von Fachleuten wie Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen im Kontext von Beratung und Therapie gestellt. Im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention und am Arbeitsplatz sollen und können keine Diagnosen gestellt werden. Der Versuch, Mitarbeitenden ein bestimmtes Krankheitsbild zu unterstellen, «wird in der ausgeprägten Form auch nur beim Alkoholismus versucht – bei anderen Krankheiten sind Laien vorsichtiger», so die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (vgl. 2020: 20). Führungskräfte und Personalverantwortliche signalisieren mit der Verwendung von Begriffen wie «Alkoholabhängigkeit/Alkoholmissbrauch» lediglich ihre Überforderung mit dem Thema (vgl. ebd.) und tragen damit nicht zu einer professionellen und vertrauensbildenden Haltung gegenüber exponierten Mitarbeitenden bei.

Die Bedeutung einer transparenten und authentischen Kommunikationskultur von Führungskräften wird von der Mehrzahl der Befragten anerkannt und auch erwartet. Kommunikation ist in der Analyse dieser Befragung ein zentraler Aspekt:

KLINIK A: «In erster Linie erfolgt die Kommunikation über die betriebliche Führung. Im Intranet haben wir zusätzlich die Rubrik Betriebliches Gesundheitsmanagement, in welchem auch unser Konzept zum Thema Umgang mit Suchterkrankungen zur Verfügung steht.»

⁵ Bei ICD10 und DSM-V handelt es sich um international standardisierte Diagnosesysteme. Sie ordnen Krankheiten nach deren Symptomen, d.h., sie beschreiben lediglich ihr Erscheinungsbild und machen in der Regel keine Aussage über die Ursache einer Erkrankung (vgl. Neurologen und Psychiater im Netz 2022).

KLINIK F: «Klare Abläufe und Verantwortlichkeiten (Hauptverantwortung Führungskraft). Anspruchsvoll ist die Gestaltung einer sichtbaren und ansprechenden Kommunikation, sodass man möglichst viele Gruppen ansprechen kann und bei den betroffenen Personen auch wirklich Betroffenheit auslöst. Speziell in einem Spitalbetrieb/Gesundheitswesen besteht ein grosses Tabu rund um das Thema Sucht aufgrund der Patientensicherheit, welche jederzeit im Fokus ist, und gleichzeitig die grosse Verfügbarkeit von Suchtmittel.»

Von Au und Seidel (vgl. 2017: 15) sehen in der Kommunikation die Grundlage menschlicher Interaktionen und somit das Haupthandwerkszeug von Führungskräften. Ziel einer erfolgreichen Kommunikation besteht in der Erreichung der gewünschten Wirkung des jeweiligen Senders beim entsprechenden Empfänger (vgl. ebd.). Achtsame Haltung als Führungsprinzip, so von Au und Seidel, beinhaltet zunächst eine achtsame Wahrnehmung sowohl der eigenen Gefühle und Gedanken wie auch der Gefühle und Gedanken der anderen. Die Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Gedanken bedeutet, introspektiv wahrzunehmen, was einen gerade bewegt und worauf die momentane Aufmerksamkeit gerichtet ist, wie beispielsweise das Erkennen des eigenen Stresszustands und sich gleichzeitig bewusst werden, welcher Gedankenfluss für die momentane Handlungsrichtung massgebend bestimmend ist. Nach aussen achtsam sein bedeutet, das Umfeld und die situativ eingebunden Mitmenschen bewusst zu erfassen (vgl. ebd.: 14).

VERFÜGBARKEIT VON INFORMATIONEN: Das zweite Subthema betrifft den Informationsfluss in Institutionen und dessen Bedeutung für den Erfolg von Kommunikation. Verfügbarkeit von Informationen bedeutet, dass diese einschliesslich der benötigten IT-Systeme für alle Mitarbeitenden jederzeit zugänglich und im jeweils notwendigen Umfang nutzbar und funktionsfähig sein müssen. Verfügbarkeit von Informationen bedeutet aber auch, dass Führungskräfte über Informationen bezüglich Existenz und Angebote eigener und anderer Fachstellen verfügen und dieses Wissen nutzen, um Betroffene bei Bedarf an die entsprechenden Stellen zu verweisen. Mitarbeitende und Betroffene hingegen wissen über die entsprechenden Dienstleistungen in ihrer Institution und in ihrer Region Bescheid. Die entsprechenden Informationen darüber sind allen Mitarbeitenden zugänglich.

Informationen sollten generell verständlich und in einer angemessenen sprachlichen Form verfasst sein. Auf Mitarbeitende mit beschränkten Deutschkenntnissen sollte besonders

Rücksicht genommen werden und die Beratungs- und Informationsangebote dementsprechend angepasst werden. Idealerweise besteht die Zusammenarbeit mit Dolmetscherdiensten.

Als wiederkehrende Aussage der Befragung wurde die Bedeutung von Informationen und deren Verfügbarkeit betont. Typische Äusserungen dazu sind:

KLINIK A: «In erster Linie erfolgt die Kommunikation über die betriebliche Führung. Im Intranet haben wir zusätzlich die Rubrik Betriebliches Gesundheitsmanagement, in welchem auch unser Konzept zum Thema Umgang mit Suchterkrankungen zur Verfügung steht.»

KLINIK F: «Es gibt ein Merkblatt für Mitarbeitende sowie einen Leitfaden und Vorgehensempfehlungen für Führungskräfte zum Thema Sucht. Alle Dokumente sind im Intranet allen zugänglich abgelegt und wurden beim Erscheinen als News auf der Einstiegsseite kommuniziert. Es ist Führungsverantwortung, die Mitarbeitenden für das Thema zu sensibilisieren sowie konkrete Situationen anzusprechen und gemäss den Dokumenten allfällige zusätzliche Unterstützungsstellen hinzuzuziehen. Spezifisch zum Thema Rauchen ist ein Konzept in Entstehung, wie man einerseits das Passivrauchen verhindern, aber auch rauchende Mitarbeitende zum Thema Rauchen sensibilisieren möchte. Gut verfügbare Hilfsdokumente für Mitarbeitende und Vorgesetzte sind vorhanden.»

3.2.2 INKLUSION STATT STIGMATISIERUNG

Zum Thema «Inklusion⁶ statt Stigmatisierung» zählen die zwei Subthemen «Reflektierte Interventionen - Beziehung schaffen» sowie «Handeln statt Wegsehen».

⁶ Hilse-Carstensen, Meusel und Zimmermann (vgl. 2019: 15) beschreiben den Inklusionsbegriff «als in seiner Verwendung in den verschiedenen Diskurssträngen nicht eindeutig bestimmbar. Er wird auch als «Containerbegriff» (vgl. Lüders 2014: 24, zit. in Hilse-Carstensen/Meusel/Zimmermann 2019: 15) bezeichnet, dem ein breites Spektrum an Deutungen zugeordnet werden kann. Die Autoren sind der Ansicht, «dass ganz allgemein davon ausgegangen werden kann, dass unter Inklusion Zugänge für Menschen zum guten Leben in einer Gesellschaft zu verstehen sind. In seiner semantischen Bedeutung hängt „Inklusion“ (lat. inclusio = Einschließung) mit dem Gegenstück „Exklusion“ (lat. exclusio = Ausschließung) zusammen» (vgl. Kuhlmann/Mogge-Grotjahn/Balz 2018: 11f., zit. in Hilse-Carstensen/Meusel/Zimmermann 2019: 15).

Rothenbacher ist der Ansicht, dass trotz tendenziell positiver Entwicklungen die Stigmatisierung von psychisch beeinträchtigten Menschen und Menschen mit problematischem Substanzkonsum immer noch vorhanden ist. Diese Tatsache erschwert es Betroffenen, offen über ihre Beeinträchtigungen zu sprechen und Unterstützung anzunehmen. Diese persistierenden Denkmuster beeinflussen auch Führungskräfte und Mitarbeitende eines Unternehmens im Umgang mit Betroffenen (vgl. 2017: 173). Auf der individuellen Ebene stellt Stigmatisierung eine Art Orientierungsgrundlage dar. Dem Individuum bietet Stigmatisierung die Möglichkeit, Unsicherheiten zu verringern, da bereits definierte Vorstellungen und Erwartungen unbekannten Interaktionspartnern gegenüber gegeben sind (vgl. Grausgruber, 2005, S.24, zit. in Sigrist 2016: 25).

Im Gegensatz dazu bietet Inklusion die Möglichkeit für ein Miteinander, auch innerhalb der Arbeitswelt und im Rahmen betrieblicher Suchtprävention. 2006 hat die UN-Behindertenrechtskonvention den Begriff der Inklusion neu definiert. Artikel 3 der Behindertenrechtskonvention benennt, welche allgemeinen Grundsätze gelten und dass diese zu beachten sind. Unter anderem sind dies die Achtung der Menschenwürde, die Nichtdiskriminierung, die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft, die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt sowie die Chancengleichheit und die Zugänglichkeit (vgl. United Nations 2006: Kap. 3).

Diese Grundsätze sind auch im Arbeitsleben von grundlegender Bedeutung und müssen dementsprechend von Unternehmen, Führungskräften und Mitarbeitenden beachtet, angewendet und eingehalten werden.

REFLEKTIERTE INTERVENTIONEN - BEZIEHUNG SCHAFFEN: Das dritte Subthema betrifft Aspekte der Interventionen und der Beziehungsgestaltung. Schäfter sieht in der persönlichen Öffnung der Klientel einen strukturellen Bestandteil der Beratung: Ratsuchende und Betroffene sollen über ihre Schwierigkeiten berichten. Dies können sich jedoch nur dann tun, wenn ein bestimmter Grad an Vertrautheit in der Beziehung hergestellt ist. Diese Nähe kann durch eine persönliche Öffnung der Beratungsperson im Sinne einer Selbstoffenbarung erzeugt und entwickelt werden. Selbstoffenbarung könnte in diesem Kontext bedeuten, dass die Beratungs-

person kurz von ihren eigenen Erfahrungen mit Substanzkonsum berichtet, um ihr Gegenüber so zu Vertrauen und Offenheit zu ermutigen (vgl. Schäfer, C. (2010), zit. in. Liechti 2011: 42).

Die Interventionen der befragten Fachpersonen bzw. Institutionen sind oftmals sehr schematisch. Dennoch wird auch hier der Aspekt der Beziehungsgestaltung erkannt:

KLINIK B: «Erstellung eines Behandlungsplans (ambulant/stationär), Hilfestellung bei geeigneten Plätzen in ambulanten/stationären Einrichtungen (neutraler Standort, unabhängig zur Klinik), Urlaube, Beratung durch das HR bspw. für teaminterne Kommunikation, Stellvertretungen. Psychologische Nachbehandlung dauert ca. bis 1 Jahr Stabilität.»

KLINIK F: «Mit dem personalärztlichen Dienst haben wir eine fachliche Beratungsstelle inhouse und mit der Sozialberatung eine externe, neutrale und kostenlose Beratungsstelle, welche den Mitarbeitenden niederschwellig Unterstützung bieten kann.»

HANDELN STATT WEGSEHEN: Das vierte Subthema beleuchtet den Aspekt des Handelns und des Hinschauens bei suchtmittelinduzierten Verhaltensweisen von Mitarbeitenden. Im Rahmen dieser Befragung wurde dem Thema «Handeln statt Wegsehen» ein hohes Gewicht zugemessen. Diese Haltung ist bei den frühzeitigen Interventionen aber auch im Rahmen der Interventionshandlungen von grosser Bedeutung. Aussagen der Befragten zu diesem Thema sind:

KLINIK A: «Wir unterscheiden die Suchtthematik grundsätzlich nicht in unseren Abläufen. Wenn ein Verdacht da ist, geht es um das Ansprechen. Wenn die Person den Verdacht bestätigt, dann wird ein Assessment in einer anderen Klinik durchgeführt, um ein Bild von der Gesamtsituation zu erhalten. Je nach Bild und Funktion müssen unterschiedliche Massnahmen in die Wege geleitet werden.»

KLINIK B: «Gefährdungseinschätzung durch Einbezug von Fachpersonen und HR. Schrittweises Vorgehen durch Gespräche, in welchen Mitarbeitende mit möglichem Suchtverdacht bzw. ungünstigen Entwicklungen und problematischen Verhaltensweisen konfrontiert werden. Mehrere Gespräche und Verständnis. Erstellung eines Behandlungsplans und allenfalls Anpassung der Rahmenbedingungen. Professionelle Hilfe anbieten.»

KLINIK C: «Inspirierte Führung. Führungswerte leben. Hinschauen, proaktive Kommunikation. Zuweisung an neutrale Stelle/ Netzwerk Sucht Klinik. BGM Absenzen Management. Evtl. Fachleute von anderen Standorten konsultieren.»

KLINIK D: «Differenziertes Interventionsschema. Gespräche zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden. Informelle Gespräch und formelle Gespräche unter Einbezug von Fachleuten, nach zweiter Phase Aufzeigen von personalrechtlichen Konsequenzen».

KLINIK E: «Vorgesetzte/r konsultiert *Checkliste für Beobachtungsphase* (mit detaillierten Beobachtungskriterien), sucht anschliessend Gespräch mit Mitarbeiter/in, führt Beobachtungen weiter (Schriftlichkeit), wenn Unsicherheiten bestehen, das HR kontaktieren, gegenüber Mitarbeiter/in konkrete Zielvereinbarung formulieren (Schriftlichkeit), Beobachtungen weiterführen, Zielvereinbarung überprüfen, gegebenenfalls arbeitsrechtliche Massnahmen einleiten.»

KLINIK F: «Die Führungskräfte sind angehalten, bei Erkennung oder Vermutung von Suchtmittelproblemen die betroffenen Mitarbeitenden frühzeitig darauf anzusprechen. Dafür steht ihnen als Hilfsmittel interne Handlungsleitfäden zur Verfügung. Diese beinhalten, wie bei Verdacht auf akute Suchtmittelproblematik vorgegangen werden soll und eine Handlungsempfehlung, was bei Vermutung auf eine chronische Suchtmittelproblematik zu tun ist.»

Nicht immer ist Substanzkonsum am Arbeitsplatz offensichtlich. Hinweise darauf können Fehlzeiten, zunehmende Vernachlässigung des äusseren Erscheinungsbildes, aber auch Orientierungslosigkeit und plötzliche Leistungsabfälle sein. Wichtig scheint in diesem Zusammenhang, dass mit dem Thema Abhängigkeit und Substanzkonsum offensiv und proaktiv umgegangen wird. Information und Aufklärung, aber auch das Ansprechen dieser Themen gehören zu den Kernkompetenzen von Führungskräften. Steht der Verdacht eines problematischen Konsums psychoaktiver Substanzen im Raum, sollte unverzüglich gehandelt werden. Dabei dürfen Führungskräfte nicht vor der Sensibilität des Themas oder der Angst vor Konflikten zurückschrecken, sondern dem Thema mit Professionalität und Entschlossenheit begegnen (vgl. Island-Security 2022).

4 BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG

In diesem vierten und letzten Kapitel werden die Ergebnisse mit Fokus auf die eingangs formulierte Fragestellung zusammengefasst. Aufbauend hierauf folgt die Diskussion der Ergebnisse, gefolgt von einer kritischen Würdigung der Befunde und dem Aufzeigen der Limitationen. Das Kapitel wird schliesslich mit der Reflexion des persönlichen Erkenntnisprozesses sowie einem Fazit und Ausblick abgeschlossen.

FRAGESTELLUNG A: *Wie verbreitet sind betriebliche Suchtprävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz?*

ERGEBNIS: 25 % der befragten Institutionen verfügen über Angebote und Massnahmen der betrieblichen Suchtprävention. Die jeweiligen suchtpreventiven Angebote sind dabei immer Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Ebenfalls 25 % der befragten Kliniken oder Dienste bieten nur Betriebliches Gesundheitsmanagement an.

Die Hälfte (50 %) der Kliniken oder psychiatrischen Dienste verfügen weder über Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements noch der betrieblichen Suchtprävention.

FRAGESTELLUNG B: *Welche Art von suchtpreventiven Konzepten und Ansätzen existieren innerhalb dieser Institutionen für Mitarbeitende bzw. wie sind diese ausgestaltet?*

ERGEBNIS: Einige Kliniken verwenden definierte Interventionsrichtlinien, welche vor allem bei substanzinduzierten Auffälligkeiten zur Anwendung kommen. Diese Richtlinien beschreiben die genauen Abläufe und Zuständigkeiten, aber auch zu ergreifende Massnahmen und allenfalls Sanktionen. Auch das Ansprechen bei Auffälligkeiten sowie Vertrauen und Transparenz werden oft genannt. Eine andere Klinik benennt ein offenes und gesundheitsförderndes Arbeitsklima und die entsprechende Führungskultur, welche durch Transparenz, Klarheit sowie Verlässlichkeit und Verbindlichkeit geprägt ist, als wichtige Faktoren. Gut verfügbare Hilfsdokumente für Mitarbeitende und Vorgesetzte sowie klare Abläufe und Verantwortlichkeiten benennt eine andere Klinik als Erfolgsfaktoren betrieblicher Suchtprävention.

Die Auswertung der Antworten mithilfe der Thematische Analyse zeigt auf, dass in den befragten Kliniken und Diensten vor allem der Gedanke der Inklusion bzw. dem Vermeiden von stigmatisierenden Massnahmen und einer Haltung, welche Soft Skills und Führungskompetenzen berücksichtigen, grosses Gewicht geschenkt wird.

FRAGESTELLUNG C: *Wie sollte eine wirksame betriebliche Suchtprävention in psychiatrischen Kliniken konzeptualisiert sein und umgesetzt werden, damit es die Zielsetzungen der universellen, selektiven und indizierten Prävention erfüllt?*

ERGEBNIS: Die Befragungsergebnisse ergeben keine eindeutige Aussage zu dieser Frage. Die Antworten der Befragten sind eher vage und unspezifisch, d. h., es wird wenig auf den Aspekt der universellen, selektiven und indizierten Prävention eingegangen. Die meisten Befragten scheinen mit der spezifischen Fragestellung etwas überfordert zu sein. Antworten hierzu sind: «Einfach und für alle zugänglich. Das Prinzip der Freiwilligkeit ist ebenfalls sehr wichtig.» «Möglichst präzise und verständlich, messbar, realistisch. Für alle Mitarbeitenden zugänglich, vertikal/horizontal integrierte Prozesse.» «Basierend auf der Annahme, dass in psychiatrischen Kliniken für die Mitarbeitenden das Tabu eine Suchthematik anzusprechen sehr gross ist, wäre eine externe niederschwellige Anlaufstelle sinnvoll.»

Wienemann und Schmidt sind der Auffassung, dass wirksame betriebliche Suchtprävention im Wesentlichen Information und Aufklärung über Gebrauch und Wirkung von Suchtmitteln und über gesundheitliche und soziale Folgen des riskanten Substanzkonsums bzw. von suchtbedingten Verhaltensweisen beinhalten sollte. Den Autorinnen zufolge zählen zu den Erfolgsfaktoren für die Umsetzung betrieblicher Suchtpräventionsmassnahmen innerbetriebliche Vereinbarungen, welche die Voraussetzungen zur Kompetenzentwicklung auf allen Seiten und hier besonders bei Personalverantwortlichen und Führungskräften schaffen. Ein weiteres wichtiges Instrument ist die Erstellung von Gesprächs- und Handlungsleitfäden, denn diese verstärken die Handlungskompetenzen der Verantwortlichen. Zu den zentralen Elementen wirksamer Suchtprävention am Arbeitsplatz zählt auch die Schaffung von innerbetrieblichen Anlaufstellen, welche Mitarbeitende und Führungskräfte berät und betroffenen Mitarbeitenden zudem Begleitung anbietet sowie die Benennung und Qualifizierung von Ansprechpersonen für Suchtfragen hierfür (vgl. 2018b). Diese Ansprechpersonen

sowie alle an Interventionsverfahren beteiligten Leitungspersonen unterstehen der Schweigepflicht und unterzeichnen diesbezüglich auch eine entsprechende Erklärung. Auskünfte speziell über die Inanspruchnahme oder den Inhalt der Beratungen «sind nur im Einzelfall und nur mit darauf beschränktem, schriftlich festgelegtem Einverständnis der beratenen Person erlaubt» (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2020: 117). Wichtig sind auch regelmässige, aktuelle und kreative Angebote zur Suchtprävention. So werden Gefährdungen der physischen und psychischen Gesundheit vermieden und ermöglichen, die Arbeit humaner zu gestalten und so die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden zu erhalten. Im Sinne der Qualitätssicherung ist es unumgänglich, dass psychiatrische Kliniken und Institutionen ihre Konzepte und Angebote zur betrieblichen Suchtprävention periodisch hinterfragen und gegebenenfalls auch anpassen (vgl. Wienemann/Schmidt 2018b).

Um den Kriterien der universellen, selektiven und indizierten Suchtprävention zu genügen, ist die FINDER Akademie der Ansicht, dass Arbeitsplatzrichtlinien und die soziale Unterstützung, das vertrauliche Screening und Mitarbeiterunterstützungsprogramme sowie vertraulichen Beurteilungen des Substanzkonsums und Kurzinterventionen unabdingbar sind (vgl. 2019: 87):

- Arbeitsplatzrichtlinien stellen eine universelle Präventionsstrategie dar, da sie das Thema Substanzkonsum allgemein für alle Mitarbeitenden ansprechen. Ebenso sollten eine suchtpreventive Sensibilisierung und Schulung für alle Mitarbeitenden und Führungskräfte angeboten werden. Diese soll Informationen über psychoaktive Substanzen enthalten und wie sich deren Verwendung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Arbeitnehmer auswirken kann. Und schliesslich gilt es auch die soziale Unterstützung zu stärken. Dies geschieht, indem ein Zusammenhalt in den Arbeitsgruppen sowie die Unterstützung unter den Arbeitnehmern gefördert wird und so soziale Normen gegen den Substanzkonsum am Arbeitsplatz verstärkt werden können (vgl. ebd.).
- Bei der selektiven Prävention spielt das vertrauliche Screening eine wichtige Rolle. Vertrauliches Screening meint die Identifizierung von Mitarbeitenden, die einem Risiko von Substanzkonsum ausgesetzt sind und die möglicherweise problematische Verhaltensweisen am Arbeitsplatz zeigen. Eine weitere selektive Massnahme sind

Mitarbeiterunterstützungsprogramme oder «Employee Assistance Programs»⁷ (EAP's). EAP sollen helfen, Produktivitätsprobleme zu erkennen und zu lösen, welche Mitarbeitende betreffen, die durch persönliche Probleme beeinträchtigt sind (vgl. ebd.).

- Zur indizierten Prävention zählt die FINDER Akademie vertrauliche Beurteilungen des Substanzkonsums. Ziel ist es, Mitarbeitende zu identifizieren, «die eine Überweisung zu Kurzinterventionen oder längerfristigen Behandlungen benötigen. Diese Beurteilungen werden von geschulten Psychologen oder Suchtspezialisten durchgeführt». Eine andere Strategie ist die Kurzintervention. «Kurzinterventionen sind systematische, fokussierte Prozesse, die darauf abzielen, mögliche Probleme des Substanzkonsums zu untersuchen und Einzelpersonen dazu zu motivieren, ihr Verhalten zu ändern» (vgl. ebd.).

Prävention am Arbeitsplatz bedeutet auch, Strategien und Interventionen zu berücksichtigen, die sich auf Mitarbeitende konzentrieren, die eine Therapie, eine Rückkehr an den Arbeitsplatz und eine Reintegration in die Belegschaft benötigen. Obwohl es sich hierbei im eigentlichen Sinn nicht um Prävention handelt, müssen Therapie und Reintegration in den Arbeitsprozess sowie die Rückfallprävention als wesentliche Bestandteile eines umfassenden Konzepts zum Substanzkonsum im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention betrachtet werden. Suchtprävention am Arbeitsplatz legt den Fokus in der Regel auf drei Hauptziele: das Arbeitsplatzzumfeld, die soziale Interaktion bzw. die Unterstützung durch andere Mitarbeitende sowie auf den individuellen Substanzkonsum. Richtlinien und Interventionen am Arbeitsplatz konzentrieren sich auf die Veränderung persönlicher, sozialer und verhältnisbasierter Faktoren und wirken somit wiederum auf die Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums. Die Komponenten eines umfassenden Präventionsansatzes sollten alle drei Ziele berücksichtigen (vgl. ebd.: 88).

⁷ Das Employee Assistance Program (EAP) dient der professionellen therapeutischen Beratung von Mitarbeitenden. Entwickelt wurde das EAP in den 1930er-Jahren in den USA zur Behandlung von «Suchtfällen in Unternehmen». Heute bietet es in modernisierter Form eine Hilfestellung für Unternehmen beim Umgang mit Mitarbeitenden mit beruflichen und persönlichen Problemen und wirkt sich so positiv auf den Unternehmenserfolg aus. Folgende Themenfelder stehen dabei im Fokus: Work-Life-Balance, Konfliktberatung, Suchtberatung, Beratung bei psychischen Belastungen am Arbeitsplatz sowie Beratung bei privaten und oder organisatorischen Problemen wie Kinderbetreuung oder Pflege von Angehörigen (vgl. PsyGA - Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt 2022).

Die beschriebenen Klassifizierungen sind nicht an bestimmte Arbeitsgebiete oder Berufsgruppen gebunden und können demzufolge auch von psychiatrischen Kliniken und deren Mitarbeitenden übernommen und angewendet werden.

Um betriebliche Suchtprävention nachhaltig zu verankern ist die Implementierung von Good-Practice-Kriterien unerlässlich. Dazu zählen die Konzeption, der Zielgruppenbezug sowie der Settingansatz. Ein weiteres wichtiges Merkmal der «Guten Praxis» liegt in der Zielgruppenorientierung der Massnahmen; hierzu zählen Empowerment, Partizipation sowie eine niederschwellige Arbeitsweise. Letztendlich zählen auch Nachhaltigkeit und Qualitätsentwicklung sowie Qualitätssicherung der Massnahmen zur «Guten Praxis». Hierzu gehört integriertes Handeln, ein Qualitätsmanagement (Methoden der Qualitätsentwicklung werden systematisch angewendet), die Dokumentation und Evaluation sowie das Erfassen der Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse (vgl. Kilian et al. 2016: 269).

TEILFRAGE: *Welche Herausforderungen und Potenziale entstehen bei der Umsetzung von betrieblichen Suchtpräventionskonzepten im Sinne der universellen, selektiven und indizierten Suchtprävention?*

ERGEBNIS: Auch hier sind die Befragungsergebnisse wenig aufschlussreich. Den Aspekten der universellen, selektiven und indizierten Suchtprävention wird bei der Umsetzung betrieblicher Suchtpräventionskonzepte kaum bewusst Beachtung geschenkt beziehungsweise deren Anwendung scheint eher zufällig zu sein.

Vor allem die Identifizierung von Personen aus der selektiven und indizierten Zielgruppe stellt eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar. Idealerweise wenden sich Mitarbeitende aus vorbelasteten Settings, oder mit Substanzkonsumauffälligkeiten bzw. manifestem Suchtverhalten, aus eigener Initiative bei der Suchtberatungsstelle oder den innerbetrieblichen Anlaufstellen. Falls sie durch Vorgesetzte oder andere Mitarbeitende zu diesem Schritt motiviert werden können, kann dies als ein Indiz für ein funktionierendes Beziehungsnetz gewertet werden. Diffuse oder konkrete Ängste, insbesondere bezüglich Stigmatisierung und arbeitsrechtlicher Konsequenzen, müssen in diesem Kontext jedoch als hemmender Faktor für eine erfolgreiche Suchtprävention betrachtet werden.

SUCHTBERATUNGSSTELLE DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG

Als Beispiel eines gelungenen und den Empfehlungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) entsprechenden Konzeptes betrieblicher Suchtprävention ist das Beratungs- und Präventionsangebot der «Julius-Maximilians-Universität Würzburg» zu nennen (vgl. 2022a). Als erste Universität in Bayern hat die Universität Würzburg bereits vor 25 Jahren eine Suchtberatungsstelle für Mitarbeitende gegründet.

Verglichen mit Suchtpräventionskonzepten anderer Einrichtungen liegt der Schwerpunkt der Suchtberatungsstelle der Universität Würzburg nicht nur auf der Interventionsebene bei Auffälligkeiten, sondern begreift Prävention früher und als Ganzes. Die Suchtberatungsstelle sieht sich als Fachstelle für Anliegen und Fragen, die sich im Zusammenhang mit dem Konsum alkoholischer Getränke sowie anderer psychotroper Substanzen, aber auch bei Verhaltenssüchten stellen. Sie berät die Mitarbeitenden der Universität und auch des Universitätsklinikums Würzburg bei Problemen im Umgang mit psychotropen Substanzen und auch bei Essstörungen. Mitarbeitende, die als Angehörige mit einem Suchtmittelproblem konfrontiert sind, können sich auch an die Beratungsstelle wenden.

Nachfolgend werden die suchtpreventiven und -beratenden Inhalte der Beratungsstelle der Universität Würzburg komprimiert und sprachlich aufbereitet dargestellt. Ausführliche Informationen sind auf der Website der Universität erhältlich (vgl. ebd.):

VERFÜGBARKEIT UND ZUGANG: Der Zugang zu den suchtpreventiven Informationen der Universität Würzburg ist einfach und das Angebot ist mit den gängigen Suchmaschinen leicht auffindbar. Die Website ist grafisch und textlich attraktiv gestaltet (Abbildung 11). Aus der Perspektive von Mitarbeitenden oder von Interessierten, fällt die empathische Kommunikationsstrategie der betrieblichen Suchtfachstelle auf. Bereits der Einleitungstext der Website spiegelt die wertneutrale Haltung der Suchtberatungsstelle und letztendlich auch der Universität Würzburg wider:

Schwierige zwischenmenschliche Situationen, ein schlechtes Betriebsklima, Konflikte und Über- oder Unterforderungen sind Belastungssituationen, die zu psychischen Erkrankungen oder einem riskanten Umgang mit Alkohol und anderen Suchtmitteln führen können. Das Angebot, sich auch in solchen Situationen an die Suchtberatungsstelle wenden zu können, richtet sich an Beschäftigte, die selbst von einem Problem betroffen

sind, sowie an Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte der belasteten Personen (vgl. ebd.).

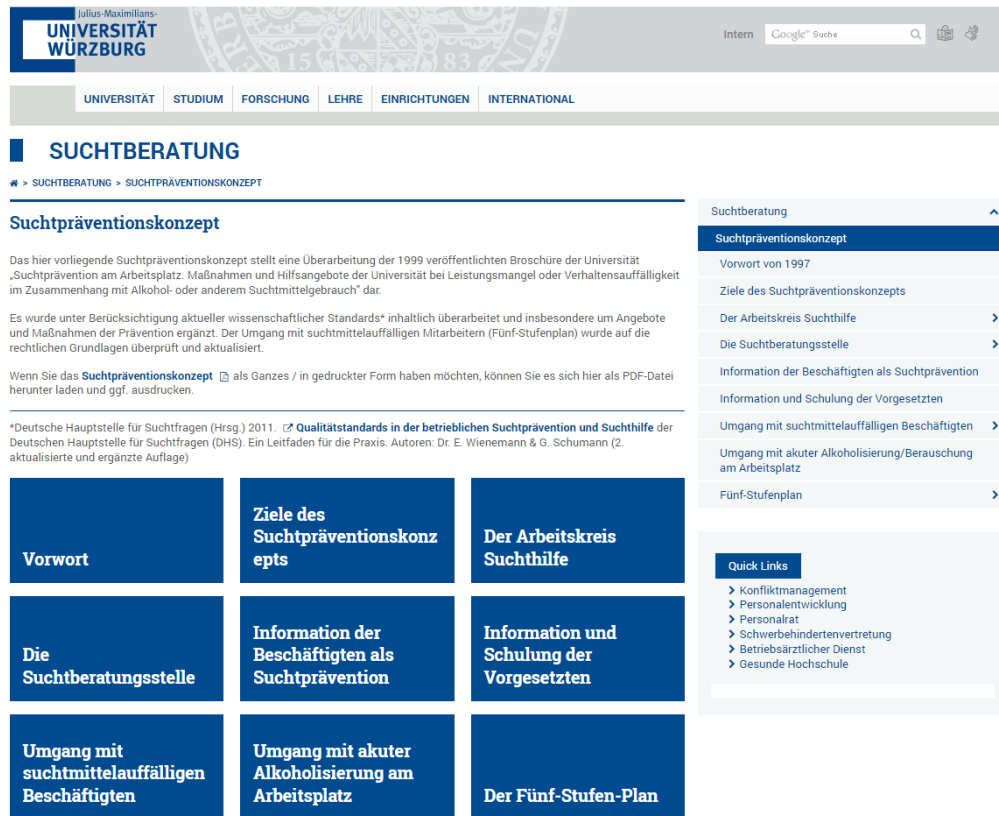


Abbildung 11: Webauftritt der Suchtberatung der Universität Würzburg

VERTRAUENSBLDUNG: Ein anderer zentraler Aspekt für die Akzeptanz suchtpreventiver Angebote ist das Schaffen von Vertrauen und das Zusichern von Diskretion. Hier kommuniziert die Beratungsstelle vertrauensbildend:

Wichtigste Voraussetzungen für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit ist, dass die Beratungsgespräche der Schweigepflicht unterliegen und in einem vertraulichen Rahmen geführt werden. Die Leiterin der Suchtberatungsstelle ist in ihrer individuellen Beratung unabhängig und fachlich weisungsfrei. Sie ist bezüglich aller Sachverhalte, die ihr im Rahmen ihrer Tätigkeit bekannt werden, zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Beratung ist immer ergebnisoffen. Ratsuchende entscheiden selbst, wie sie im Weiteren vorgehen (vgl. ebd.: Kap. Beratungsangebote).

Der prominent platzierte Hinweis auf die Vertraulichkeit und auf die Schweigepflicht gleich zu Beginn kann als eine vertrauensbildende Massnahme gegenüber den Interessierten oder Betroffenen betrachtet werden. Dies wiederum senkt die Hemmschwelle, mit der Suchtberatungsstelle in Kontakt zu treten.

PRÄVENTION: Die Suchtberatungsstelle sieht in Informationsmassnahmen und Aufklärungsaktionen wichtige Elemente der betrieblichen Suchtprävention. Auf Veranstaltungen des Arbeitskreises Suchthilfe und der Suchtberatung, in Broschüren und im Intranet werden die Mitarbeitenden zu folgenden Themenschwerpunkten informiert: Konsum und riskanter Konsum von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen sowie im Umgang mit suchtmittelauffälligen Mitarbeitenden (vgl. ebd.).

INFORMATION UND SCHULUNG DER VORGESETZTEN: Wichtiger Bestandteil der Prävention sowie des Interventionsprozederes der Suchtberatungsstelle ist die Information und Schulung der Vorgesetzten:

Vorgesetzte haben Vorbildfunktion, auch wenn es um den Umgang mit psychotropen Substanzen geht. Sie prägen mit ihren Einstellungen und ihrem Verhalten wesentlich die Kultur des Umgangs mit Suchtmitteln am Arbeitsplatz. Insofern kommt der Information von Vorgesetzten zum verantwortungsvollen Gebrauch von Alkohol und Medikamenten eine besondere Bedeutung zu. Das Führungsverhalten von Vorgesetzten hat einen erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Motivation und die Gesundheit der Mitarbeitenden. Den Vorgesetzten wird eine Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Erhöhung der Führungskompetenzen ermöglicht. Im Zusammenhang mit der Arbeitssicherheit tragen Vorgesetzte eine besondere Verantwortung für die Sicherheit am Arbeitsplatz auf dem Weg zur und von der Arbeit. Über das Vorgehen im Fall der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des Konsums von psychotropen Substanzen werden alle Vorgesetzte informiert. Im Umgang mit suchtmittelauffälligen Mitarbeitenden nehmen Vorgesetzte - gewollt oder ungewollt - eine zentrale Rolle ein. Sachgerechtes, zielgerichtetes und konsequentes Handeln fordert in besonderer Weise deren Führungskompetenz, da ein Ansprechen oft auch negative Reaktionen der Betroffenen provozieren kann. Anlaufstelle zur Unterstützung bei der Vorbereitung und zur Begleitung der Stufenplangespräche ist die Suchtberatungsstelle, die allen Beteiligten zur Verfügung steht (vgl. ebd.).

HILFE ZUR SELBSTHILFE: Die Suchtberatungsstelle bietet Hilfe zur Selbsthilfe an.

Ressourcenorientiert werden Eigenverantwortung und Kompetenzen der Betroffenen gestärkt. Besteht der Wunsch nach einer Therapie, unterstützt die Suchtberatungsstelle Betroffene bei der Suche nach geeigneten Therapeutinnen und Therapeuten oder anderen Beratungseinrichtungen. Die Beratung von Mitarbeitenden mit Fragen zum Umgang mit Suchtmitteln umfasst im Einzelnen: Die Förderung der individuellen Kompetenz im Umgang mit Suchtmitteln. Die fachliche Begleitung bei ersten Schritten zur Konsumreduktion. Abklären des Problems und des Behandlungsbedarfs. Information über interne und externe Beratungsangebote und Behandlungsmöglichkeiten. Vermittlung in externe Beratungs- und Behandlungseinrichtungen (ambulante, stationäre Versorgung, Selbsthilfegruppen etc.). Information zum Umgang mit suchtmittelabhängigen Angehörigen, Freunden oder anderen Mitarbeitenden (vgl. ebd.).

THERAPIE, REHABILITATIVE MASSNAHMEN UND NACHSORGE: Auch der Begleitung während oder nach therapeutischen Interventionen, rehabilitativen Massnahmen sowie der Nachsorge messen die Verantwortlichen der Suchtberatungsstelle grosse Bedeutung zu:

Die Unterstützung von Mitarbeitenden, die sich zu einer Behandlung entschieden haben, erstreckt sich oft über einen längeren Zeitraum. Sie beginnt bereits mit dem Besuch während der stationären Behandlung und ist vor allem im Anschluss an die Behandlung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz bedeutsam. Nach Abschluss einer Behandlung unterstützt die Suchtberatungsstelle die Betroffenen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Je nach Bedarfslage kann dies in Einzelgesprächen, gemeinsamen Gesprächen mit Vorgesetzten und in Teamgesprächen geschehen. Hat sich eine Suchtmittelabhängigkeit entwickelt, ist eine Abstinenz vom Suchtmittel in den meisten Fällen unabdingbar. Suchtmittelabhängige dabei zu unterstützen, langfristig abstinent zu bleiben, ist eine weitere Aufgabe der Suchtberatung. Ein inzwischen in vielen Fällen bewährtes Nachsorgeprogramm hilft dabei, Rückfälle zu vermeiden (vgl. ebd.).

SUCHTMITTELBEDINGTE SCHWIERIGKEITEN AM ARBEITSPLATZ: Das Beratungsangebot der Suchtberatungsstelle der Universität Würzburg richtet sich auch an Mitarbeitende, «die nur indirekt von Substanzkonsumstörungen betroffen sind, nämlich als Kollege oder Kollegin, Angehörige, Vorgesetzte oder in anderer Funktion. Hier geht es um die Unterstützung im Umgang mit Betroffenen, deren Auffälligkeiten, aber auch um die Reduzierung bestehender

Belastungen. Bei Unsicherheiten, ob beobachteten Auffälligkeiten oder Störungen tatsächlich im Zusammenhang mit dem Konsum von Suchtmitteln stehen, können sich Vorgesetzte und Mitarbeitende bereits im Vorfeld an die Beratungsstelle wenden, um abzuklären, ob und welche Massnahmen ergriffen werden müssen. Das direkte Ansprechen der Betroffenen stellt eine besondere Herausforderung dar, da dies häufig Konflikte erzeugt und nicht selten zu Abwehr und negativen Emotionen bei den Betroffenen führt. Häufig wird die Situation im familiären und kollegialen Umfeld als äusserst belastend erlebt» (vgl. ebd.).

Die Suchtberatungsstelle unterstützt bei der Klärung der Situation und berät bei der Findung von Verhaltensalternativen. Individuelle Beratung und Coaching von Vorgesetzten und anderen Personalverantwortlichen bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten am Arbeitsplatz umfassen im Einzelnen (vgl. ebd.):

- Beratung zur Vorbereitung von Gesprächen, insbesondere von Gesprächen im Rahmen eines Stufenplans mit suchtmittelauffälligen Beschäftigten
- Begleitung des Entscheidungsprozesses, welche Art von Gesprächen anstehen, welche Konsequenzen gefordert und welche Hilfsangebote von den Vorgesetzten gemacht werden können
- Unterstützung bei der Klärung, wenn kein eindeutiger Suchtmittelbezug zu den Auffälligkeiten hergestellt werden kann
- Information und Beratung zum Umgang mit akuter Alkoholisierung/Berauschung am Arbeitsplatz

Das Suchtberatungs- und Präventionskonzept der Universität Würzburg ist Teil des Projekts «Gesunde Hochschule» welches mit dem Leitsatz «Die Universität Würzburg schafft Raum für Gesundheit», im Jahr 2019 seinen Anfang nahm. Hierbei handelt es sich um ein Projekt zur Implementierung eines ganzheitlichen, integrierten und nachhaltigen Gesundheitsmanagements innerhalb der Hochschule (vgl. 2022b).

FAZIT: Das Suchtberatungs- und Präventionskonzept der Julius-Maximilians-Universität Würzburg erfüllt die Voraussetzungen eines Good-Practice-Konzepts. Es berücksichtigt im Wesentlichen die Kernelemente sowie die Ziele und Erfolgsfaktoren betrieblicher Suchtprävention und entspricht auch den Good-Practice-Kriterien (vgl. 2022a). Das Suchtberatungs-

und Präventionskonzept ist prädestiniert, allenfalls mit institutionsspezifischen und strukturellen Modifikationen auch von psychiatrischen Kliniken und Institutionen der Deutschschweiz übernommen zu werden.

Zu Beginn des Implementierungsprozesses der betrieblichen Suchtprävention sollte ein «Arbeitskreis bzw. eine Projektgruppe Sucht» bestimmt werden, in welcher Mitarbeitende aus allen Bereichen und aus allen hierarchischen Stufen einer psychiatrischen Klinik/Institution teilnehmen und sich aktiv einbringen. Je nach fachlichen Ressourcen innerhalb der jeweiligen Klinik können auch externe Fachstellen beratend hinzugezogen werden. Das Erstellen der Konzepte, die Planung der einzelnen Schritte und Massnahmen sowie deren Umsetzung erfolgt dann im Sinne von Partizipation, Empowerment und Inklusion sowie einer transparenten und authentischen Kommunikationskultur.

4.1 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

An dieser Stelle ist es wesentlich festzuhalten, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung keiner repräsentativen Stichprobe entstammen und Verallgemeinerungen daher nur bedingt möglich sind.

Ein Viertel der befragten Kliniken und Dienste bieten Suchtprävention für ihre Mitarbeitenden an. Dieser Wert ist gering und erstaunt auch sehr, vor allem wenn in Betracht gezogen wird, dass psychiatrische Kliniken, anders als beispielsweise Betriebe im Dienstleistungssektor oder in der Industrie, eigentlich wissen, welche Bedeutung Prävention bei Menschen mit Substanzkonsumstörungen und Abhängigkeitserkrankungen hat. Im Umkehrschluss bedeutet das Ergebnis auch, dass 75 % der befragten Kliniken und Dienste keine betriebliche Suchtprävention anbieten. Dieser Wert gleicht den Zahlen einer Studie von Kuntsche und Delgrande Jordan aus dem Jahr 2014, welche eine Umfrage in schweizerischen mikro-, klein- und mittelständischen Betrieben durchführten. Damals verfügten ebenfalls 75 % der befragten Betriebe über keine Konzepte der betrieblichen Suchtprävention (vgl. 2014: 35).

Betriebliches Gesundheitsmanagement wird von der Hälfte (50 %) der befragten Institutionen angeboten. Diese Zahlen scheinen auf den ersten Blick ganz akzeptabel zu sein und erwecken den Eindruck, dass der Gedanke der betrieblichen Gesundheitsförderung auch in

der Psychiatrie angekommen ist. Verglichen mit dem schweizerischen Durchschnitt ist dieser Wert jedoch eher tief. Gesundheitsförderung Schweiz zeigte in einer Studie aus dem Jahre 2020 auf, dass rund dreiviertel der Betriebe in der Schweiz mit mehr als 50 Mitarbeitenden Betriebliches Gesundheitsmanagement umsetzen (vgl. 2021: 4).

Die Hälfte der befragten Kliniken oder psychiatrischen Dienste verfügen weder über Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements noch der betrieblichen Suchtprävention. Dieser Wert ist bedenklich, wenn nicht sogar Grund zur Sorge. Auch hier ist zu bemängeln, dass die Verantwortlichen der psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Dienste um die Bedeutung von Gesundheitsförderung allgemein und Suchtprävention im Speziellen wissen und im Rahmen ihres Leistungsauftrages gegenüber Patientinnen und Patienten auch umsetzen – und gleichwohl wenig unternehmen, damit auch Mitarbeitende der jeweiligen Institutionen von suchtpreventiven Angeboten und Massnahmen profitieren können.

Die Befragungsergebnisse machen auch deutlich, dass bei denjenigen psychiatrischen Institutionen, die über Angebote der betrieblichen Suchtprävention verfügen, viel Wert auf Inklusion sowie dem Vermeiden von stigmatisierenden Massnahmen und eine Haltung, welche Soft Skills und Führungskompetenzen berücksichtigt, gelegt wird. Dies kann ein als ein Indiz für die Akzeptanz und für den betrieblichen und gesellschaftlichen Nutzen suchtpreventiver Angebote und Massnahmen gewertet werden.

4.2 KRITISCHE WÜRDIGUNG DER BEFUNDE UND LIMITATIONEN

Trotz überzeugender Gründe für die Einführung von Präventionsstrategien und -interventionen am Arbeitsplatz zögern viele Betriebe und Organisationen, derartige Massnahmen umzusetzen. Während die Prävention anderer Themen bezüglich Gesundheitsförderung proaktiv angegangen wird, wird Prävention in Bezug auf Substanzkonsum weiterhin eher ignoriert. Kliniken, Betriebe und Organisationen sind äusserst zurückhaltend bezüglich der Evaluierung des Substanzkonsums ihrer Mitarbeitenden, aber auch beim Umsetzen von Massnahmen, um substanzinduzierte Probleme anzugehen oder diese zu verhindern (vgl. FINDER Akademie 2019: 88).

Ein anderer kritischer Aspekt liegt in der Implementierung betrieblicher Gesundheitsthemen und somit auch der Suchtprävention. Diese vollzieht sich in einem Spannungsfeld verschiedener Interessen. Die Umsetzungen sollen zwar nach gesetzlichen und ethischen Voraussetzungen sowie nach Gesundheits-, Sicherheits- und Integrationszielen erfolgen, in der Praxis sehen sich Unternehmen jedoch häufig gezwungen, primär nach wirtschaftlichen Kriterien zu handeln (vgl. Faller 2020: 126).

Auf Dauer ist betriebliche Suchtprävention nur dann erfolgreich, wenn Gesundheitspolitik, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung auf allen Ebenen Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen geniessen. Investitionen in die suchtpreventiven Angebote sollen nachhaltig und wirksam sein. Verhaltensänderungen infolge von Präventionsinterventionen sind jedoch mehrheitlich nicht unmittelbar nachweisbar und somit treten unternehmensspezifische Vorteile und Einsparungen oft in einem verzögerten zeitlichen Abstand auf. Zudem ist eine exakte Effektzuzuweisung einer bestimmten Investition aufgrund unterschiedlicher Einflussfaktoren auf die Zielgruppe oft nicht nachvollziehbar. Gleichwohl sind Investitionen in suchtpreventive Massnahmen erfolgreich und zielführend. Unternehmen, die in betriebliche Suchtprävention investieren, können direkte und indirekte Kosten verringern und somit profitieren sie auch in unternehmerischer Hinsicht (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014: 5).

Die Limitationen der vorliegenden Arbeit ergeben sich aus dem Mangel an ausreichenden und verlässlichen Daten und Studien zu diesem spezifischen Thema bzw. zu Substanzkonsumstörungen von Mitarbeitenden, aufgeschlüsselt nach Tätigkeitsfeldern und Berufsgruppen. Auch ist eine unabhängige Verifizierung der Daten aus den Befragungen nicht möglich. Eine weitere Limitation liegt in der Eingrenzung der Befragung auf die Perspektive der Arbeitgebenden bzw. auf die der psychiatrischen Kliniken und Institutionen. Dies hat zur Folge, dass andere Perspektiven nicht berücksichtigt wurden. Mitarbeitende und Betroffene haben vermutlich andere Bedürfnisse, Wünsche, Vorstellungen und Ziele bezüglich Suchtprävention am Arbeitsplatz als Personalverantwortliche und Führungskräfte.

Eine weitere Limitation besteht in der Begrenzung der Befragung auf psychiatrische Institutionen der Deutschschweiz. Interessant wäre zu untersuchen, wie die Situation bezüglich suchtpreventiver Angebote in psychiatrischen Kliniken der Romandie und des Tessins ist.

4.3 REFLEXION DES PERSÖNLICHEN ERKENNTNISPROZESSES

Der Autor konnte durch das Verfassen der vorliegenden Arbeit in vielerlei Hinsichten Nutzen ziehen. Einerseits durch Aneignen vertieften Wissens bezüglich Gesundheitsförderung im Allgemeinen und betrieblicher Gesundheitsförderung und Suchtprävention im Speziellen, andererseits durch die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten qualitativer Forschungsmethoden.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema und die daraus abgeleitete Befragung und deren Bearbeitung erwies sich als herausfordernd. Zu Beginn dieser Arbeit war der Autor der Ansicht, dass die einzelnen Kapitel zügig geschrieben sind. Die ersten «Stolpersteine» tauchten jedoch bereits bei der Fragestellung, der Gewichtung und Strukturierung der einzelnen Themen innerhalb der Arbeit und der jeweiligen Kapitel und dem Aufschlüsseln der Fakten sowie der relevanten Themen und Aussagen auf. Die Versuchung, sich in thematischen Nebenschauplätzen und Details zu verlieren, war permanent vorhanden. Das Verdichten der Inhalte und der Struktur, welche letztendlich zum Verstehen und zur Lesbarkeit der Arbeit beitragen, empfand der Autor als Herausforderung. Weitere Herausforderungen bestanden darin, die Zusammenhänge der Aufgabenanforderungen zu verstehen und diese sprachlich und textlich umzusetzen sowie den Einsatz der zeitlichen und persönlichen Ressourcen zu planen. Herausfordernd waren auch die Recherche, das Sichten und Gewichten der wissenschaftlichen Literatur und das Platzieren dieser Informationen und Erkenntnisse in der Arbeit. In diesem Zusammenhang empfand der Autor das Verschriftlichen seiner Gedanken als hilfreich, da er sich so selbst als Lesender besser kennenlernte. Zudem half es ihm, Zusammenhänge zu verstehen, sein Wissen zu verfestigen und letztendlich auch «Verstehensillusionen» vorzubeugen.

4.4 FAZIT UND AUSBLICK

In der vorliegenden Arbeit wurde die Verbreitung betrieblicher Suchtprävention in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz untersucht. Zudem wurden bestehende Modelle und Konzepte der Suchtprävention für Mitarbeitende in diesen Institutionen beschrieben sowie Empfehlungen bezüglich wirksamer Suchtprävention aufgezeigt.

Suchtprävention für Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz steckt immer noch in den «Kinderschuh». Zwar bestehen vereinzelt funktionierende Konzepte und Angebote, aber eben nur vereinzelt. Der Grossteil der befragten psychiatrischen Kliniken hat die wirtschaftliche und personalpolitische Dimension, aber auch die Werbewirksamkeit und die Bedeutung bezüglich der Positionierung als attraktive Arbeitgebende nicht wirklich verstanden. Dabei liegt ein gewaltiges Potenzial in der Gesundheit bzw. der Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden, welches letztendlich den Kliniken, den Patientinnen und Patienten und der Gesellschaft als Ganzes zugutekommt.

Dass betriebliche Suchtprävention auch offensiv kommuniziert, angeboten und angewendet werden kann, zeigt das Beispiel der Julius-Maximilians-Universität Würzburg auf. Zwar handelt es sich hierbei um keine psychiatrische Klinik, gleichwohl kann das Konzept mit entsprechenden Modifikationen auch von psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz übernommen und angewendet werden.

In der Auseinandersetzung mit der vorliegenden Thematik kristallisierten sich weiterführende Fragen in Bezug auf die Implementierung und die verschiedenen Perspektiven betrieblicher Suchtprävention heraus. Eine Fortsetzung der Untersuchung erachtet der Autor in folgenden Bereichen als sinnvoll und aufschlussreich:

- Künftige Untersuchungen zum Thema betriebliche Suchtprävention sollten auch aus der Perspektive der Mitarbeitenden, idealerweise aus der Sicht von betroffenen Mitarbeitenden mit Substanzkonsumstörungen, betrachtet werden.
- Interessant wäre auch eine gesamtschweizerische Untersuchung zu diesem Thema. Allenfalls auch ausgeweitet auf somatische Kliniken sowie ambulante Dienste und Spitexorganisationen.
- Eine andere spannende Frage ist, wie sich die Digitalisierung in der Arbeitswelt auf kreative und nützliche Weise in die Suchtprävention am Arbeitsplatz einbinden liesse.

LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

- Altgeld, Thomas/Kolip, Petra (2018). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. 5., vollst. überarb. Aufl. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. S. 16.
- Arbeitsgruppe BGM-Kriterien /Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Wegleitung Qualitätskriterien für das betriebliche Gesundheitsmanagement. Friendly Work Space. URL: <https://gesundheitsfoerderung.ch/betriebliches-gesundheitsmanagement/instrumente-und-dienstleistungen/label-friendly-work-space/qualitaetskriterien.html#c1398>
- von Au, Corinna/Seidel, Ariane (2017). Achtsamkeit als grundlegende Führungskompetenz. In: von Au, Corinna (Hg.). Eigenschaften und Kompetenzen von Führungspersönlichkeiten: Achtsamkeit, Selbstreflexion, Soft Skills und Kompetenzsysteme. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 1–25.
- Auf dem Berge, Jasmin/Hupfer, Kristin/Riedel, Ursula/Schreiber-Costa, Sabine/Wagner, Gudrun (2019). Suchtprävention in der Arbeitswelt - Handlungsempfehlungen. URL: <https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/1268/suchtpraevention-in-der-arbeitswelt> [Zugriffsdatum: 03. Juni 2022].
- Beiglböck, Wolfgang/Feselmayer, Senta (2013). Alkohol und andere Drogen am Arbeitsplatz. In: Wirtschaftspsychologie. (2). S. URL: https://www.wiso-net.de/document/WPSY__36FACE8CE5C426F2CC44266FFC52E02F [Zugriffsdatum: 02. Juni 2022].
- Beschoner, Petra/Limbrecht-Ecklundt, Kerstin/Jerg-Bretzke, Lucia (2019). Psychische Gesundheit von Ärzten. In: Der Nervenarzt. 90. Jg. (9). S. 961–974. DOI: 10.1007/s00115-019-0739-x.
- Biskup, Verena/Jaschick, Maria/Sautter, Kathrin/Thumm, Lucia (2018). Migration nach Deutschland und Rückkehr in den Kosovo. Abschiebung und freiwillige Ausreise – vier qualitative Analysen. In: Biskup, Verena/Jaschick, Maria/Sautter, Kathrin/Thumm, Lucia (Hg.). Migration nach Deutschland und Rückkehr in den Kosovo: Abschiebung und freiwillige Ausreise – vier qualitative Analysen. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 43–77.
- Blümel, Stephan/Lehmann, Frank (2015). Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten. S. Strategien und Methoden. DOI: 10.17623/BZGA:224-I128-1.0.
- Blum-Rüegg, Anita (2018). Betriebliches Gesundheitsmanagement / Grundlagen und Trends; Fokus auf die psychische Gesundheit. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. URL: www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- Brandes, Sven/Stark, Wolfgang (2021). Empowerment/Befähigung. DOI: 10.17623/BZGA:Q4-I010-2.0.
- Braun, Virginia/Clarke, Victoria (2006). Using thematic analysis in psychology. In: Qualitative Research in Psychology. S. 25.
- Bühringer, Gerhard/Behrendt, Silke/Endrass, Tanja (2020). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen. In: Hoyer, Jürgen/Knappe, Susanne (Hg.). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 837–863.

Bundesamt für Gesundheit (2015). Psychische Gesundheit in der Schweiz - Bestandsaufnahme und Handlungsfelder.

Bundesamt für Gesundheit (2021). Die Schweizer Landschaft der BGM Akteure. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/bgm-arbeit-und-gesundheit/bgm-akteurslandschaft.html> [Zugriffsdatum: 03. September 2022].

Bundesamt für Gesundheit (2022). Zahlen und Fakten Sucht. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht.html> [Zugriffsdatum: 02. August 2022].

Bundesamt für Gesundheit/Abteilung Nationale Präventionsprogramme (2015). Nationale Strategie Sucht 2017–2024 - prevention.ch. URL: <https://www.prevention.ch/article/nationale-strategie-sucht-2017-2024> [Zugriffsdatum: 12. August 2022].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2019). Kommentar zur Ottawa-Charta. URL: <https://www.bzga.de/aktuelles/2019-06-14-bundeszentrale-fuer-gesundheitliche-aufklaerung-erhaelt-exemplar-der-ottawa-charta/> [Zugriffsdatum: 05. Juni 2022].

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014). Suchtprävention in Deutschland. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2020). Suchtprobleme am Arbeitsplatz / Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche. URL: <https://www.dhs.de/infomaterial/suchtprobleme-am-arbeitsplatz> [Zugriffsdatum: 02. Mai 2022].

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2022a). Vorbeugung & Prävention - Sucht am Arbeitsplatz. URL: <https://www.sucht-am-arbeitsplatz.de/vorbeugung/vorbeugung-praevention> [Zugriffsdatum: 27. September 2022].

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2022b). Qualifizierung von Personalverantwortlichen - Sucht am Arbeitsplatz. URL: <https://www.sucht-am-arbeitsplatz.de/intervention/qualifizierung-von-personalverantwortlichen> [Zugriffsdatum: 21. August 2022].

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2022). Sucht- bzw. Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 und DSM-5. URL: <https://www.drze.de/im-blickpunkt/enhancement/module/sucht-bzw.-abhaengigkeitssyndrom-nach-icd-10-und-dsm-5> [Zugriffsdatum: 12. August 2022].

Dörner, Klaus/Plog, Ursula/Bock, Thomas/Brieger, Peter/Heinz, Andreas/Wendt, Frank (Hg.) (2019). Irren ist menschlich: Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie. 25. Auflage. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.

Ebert, Christof (2020). Führung und Soft Skills. In: Ebert, Christof (Hg.). Verteiltes Arbeiten kompakt: Virtuelle Projekte und Teams. Homeoffice. Digitales Arbeiten. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 55–75.

Elkeles, Thomas/Kilian, Holger/von Rügen, Ursula/Ackermann, Günter (2022). Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/good-practice-best-practice-in-der-gesundheitsfoerderung/>

Ennenbach, M./Soyka, M. (2007). Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum und Suchtprävention. In: Der Nervenarzt. 78. Jg. (5). S. 530–535. DOI: 10.1007/s00115-006-2097-8.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/Brotherhood, Angelina/Sumnall, Harry R (2011). European drug prevention quality standards : a manual for prevention professionals. LU: Publications Office.

Fabian, Carlo (2019). Ein Blick aus der Sucht- und Gewaltprävention auf die Schuldenprävention: Was kann man lernen? In: Mattes, Christoph/Knöpfel, Carlo (Hg.). Armutsbekämpfung durch Schuldenprävention: Empirische Befunde, methodische Zugänge und Perspektiven. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 119–144.

Faller, Gudrun (2020). Arbeitsschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Böhm, Katharina/Bräunling, Stefan/Geene, Raimund/Köckler, Heike (Hg.). Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe : Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 121–129.

FINDER Akademie (2019). Europäisches Präventionscurriculum. Handbuch zur wissenschaftsbasierten Prävention für Entscheidungsträger, Meinungsbildner und Politiker. Berlin: Edition: Psychoaktive Substanzen, Berlin. URL: https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/action-framework-for-developing-and-implementing-health-and-social-responses-to-drug-problems_de

Fischer, Barbara/Mäder, Beatrice/Telser, Beatrice (2021). Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/alkohol.html> [Zugriffsdatum: 26. August 2022].

Foli, Karen J./Reddick, Blake/Zhang, Lingsong/Krcelich, Kathryn (2020). Substance Use in Registered Nurses: “I Heard About a Nurse Who . . .”. In: Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 26. Jg. (1). S. 65–76. DOI: 10.1177/1078390319886369.

Freigang-Bauer, Ingra/Gröben, Ferdinand/Gusia, Gabriele (2013). Expertise „Betriebliche Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen“. URL: <https://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/projekte-des-arbeitskreises/expertise-betriebliche-suchtpraevention-in-kleinst-und-kleinunternehmen/> [Zugriffsdatum: 03. Juni 2022].

Geisen, Thomas/Gerber, Urs (2014). Sucht als Herausforderung für die Arbeitsintegration. In: Suchtmagazin. 5. Jg. S. DOI: 10.5169/SEALS-800119.

Gesundheitsförderung Schweiz (2014). Bestimmen der Settings sowie der Schlüsselpersonen und Anspruchsgruppen. URL: <https://www.quint-essenz.ch/de/topics/1167> [Zugriffsdatum: 06. Juli 2022].

Gesundheitsförderung Schweiz (2020). Job-Stress-Index - Gesundheitsförderung Schweiz. URL: <https://gesundheitsfoerderung.ch/betriebliches-gesundheitsmanagement/grundlagen-und-studien/job-stress-index.html> [Zugriffsdatum: 31. Mai 2022].

Gesundheitsförderung Schweiz (2021). Wie verbreitet ist betriebliches Gesundheitsmanagement in der Schweiz? Monitoring-Ergebnisse 2020. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Gordon, Robert S. (1983). An operational classification of disease prevention. Public Health Report. S. 107–109.

Gutwinski, Stefan/Mick, Inge Maria/Majić, Tomislav (2022). Psychotrope Substanzen. URL:

https://psychiatrie-psychotherapie.charite.de/forschung/suchterkrankungen/ag_psychotrope_substanzen/
[Zugriffsdatum: 05. August 2022].

Hartung, Susanne/Faller, Gudrun/Rosenbrock, Rolf (2021). Betriebliche Gesundheitsförderung. DOI: 10.17623/BZGA:Q4-I042-2.0.

Hartung, Susanne/Rosenbrock, Rolf (2018). BZgA-Leitbegriffe: Settingansatz / Lebensweltansatz. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>
[Zugriffsdatum: 31. Mai 2022].

Hilse-Carstensen, Theresa/Meusel, Sandra/Zimmermann, Gernot (2019). Freiwilliges Engagement und soziale Inklusion: Perspektiven zweier gesellschaftlicher Phänomene in Wissenschaft und Praxis. In: Hilse-Carstensen, Theresa/Meusel, Sandra/Zimmermann, Gernot (Hg.). Freiwilliges Engagement und soziale Inklusion: Perspektiven zweier gesellschaftlicher Phänomene in Wissenschaft und Praxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 11–23.

Institut Suchtprävention (2016). Betriebliche Suchtprävention. URL: <https://www.praevention.at/arbeitswelt/betriebliche-suchtpraevention> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2022].

Institut Suchtprävention (2021). Handeln statt wegschauen. Suchtprävention und Frühintervention in der Arbeitswelt. URL: <https://www.praevention.at/arbeitswelt/betriebliche-suchtpraevention>
[Zugriffsdatum: 20. März 2022].

Institut Suchtprävention (2022a). Der Begriff «Prävention». URL: <https://www.praevention.at/sucht-und-suchtvorbeugung/begriffs-und-problemdefinitionen/der-begriff-praevention> [Zugriffsdatum: 28. Juli 2022].

Institut Suchtprävention (2022b). Settingorientierte und systemübergreifende Ansätze. URL: <https://www.praevention.at/sucht-und-suchtvorbeugung/paeventionsmodelle/settingorientierte-modelle>
[Zugriffsdatum: 06. Juli 2022].

Island-Security (2022). Sucht am Arbeitsplatz: Aufklären statt Tabuisieren. URL: <https://www.security-island.com/de/blog/post/addiction-work-educating-instead-tabooing> [Zugriffsdatum: 03. September 2022].

Julius-Maximilians-Universität Würzburg (2022a). Suchtberatung der Universität Würzburg. URL: <https://www.uni-wuerzburg.de/beschaefigte/suchtberatung/startseite/> [Zugriffsdatum: 10. September 2022].

Julius-Maximilians-Universität Würzburg (2022b). Gesunde Hochschule. URL: <https://www.uni-wuerzburg.de/beschaefigte/gesunde-hochschule/startseite/> [Zugriffsdatum: 12. September 2022].

Junker, Nina M./Kaluza, Antonia J. (2018). Möglichkeiten und Grenzen im digitalen BGM aus Unternehmenssicht. In: Matusiewicz, David/Kaiser, Linda (Hg.). Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement: Theorie und Praxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 631–643.

Kilian, Holger/Lehmann, Frank/Richter-Kornweitz, Antje/Kaba-Schönstein, Lotte/Mielck, Andreas (2016). Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 59. Jg. (2). S. 266–273. DOI: 10.1007/s00103-015-2287-2.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021). Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. S. 64.

- Kopf, Martina/Leipold, Jana/Seidl, Tobias (2010). Kompetenzen in Lehrveranstaltungen und Prüfungen: Handreichung für Lehrende. Mainz: Zentrum für Qualitätssicherung und -entwicklung (ZQ).
- Kuntsche, Sandra/Delgrande Jordan, Marina (2014). Suchtprävention in mikro-, klein- und mittelständigen Betrieben: Ergebnisse einer Umfrage in schweizerischen KMU. Lausanne: Addiction Suisse. DOI: 10.22005/bcu.172337.
- Laging, Marion (2019). Expertise - Zum Qualitätssiegel Spielerschutz der Gesellschaft zur Sicherung der Verantwortung im Spielerschutz GbR.
- Liechti, Eva Laura (2011). Die Beratungsbeziehung aus der Perspektive von Klientinnen und Klienten. Bern: Edition Soziothek.
- Linsmayer, Denise (2020). Suizidalität und Sucht unter Ärzten. In: Uro-News. 24. Jg. (7). S. 28–31. DOI: 10.1007/s00092-020-4162-1.
- Marent, Benjamin (2011). Partizipation als Strategie der Bewältigung der Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. 36. Jg. (1). S. 48–64. DOI: 10.1007/s11614-011-0022-2.
- Meyer, Christian/Verl, Christian Meier zu (2019). Ergebnispräsentation in der qualitativen Forschung. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 271–289.
- Neurologen und Psychiater im Netz (2022). Beschreibungen von Begriffen. URL: https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/glossar?tx_dpnglossary_glossary%5Baction%5D=show&tx_dpnglossary_glossary%5Bcontroller%5D=Term&tx_dpnglossary_glossary%5Bterm%5D=60&cHash=bded767698ff1cd643a97e6beceef33b [Zugriffsdatum: 08. August 2022].
- PsyGA - Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (2022). Employee Assistance Program. URL: <https://www.psyga.info/unsere-angebote/das-leistet-ein-employee-assistance-program> [Zugriffsdatum: 03. September 2022].
- Roschker, Nicole Susann (2013). Einleitung: Psychische Erkrankungen als Tabuthema in der Arbeitswelt. In: Roschker, Nicole Susann (Hg.). Psychische Gesundheit als Tabuthema in der Arbeitswelt: Analyse der DAX 30 und Leitfaden für die Unternehmensberichterstattung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 25–27.
- Rothenbacher, Nicole (2017). Bewältigung von Alkoholismus am Arbeitsplatz im Kontext betrieblicher Suchtarbeit. In: Gögercin, Süleyman/Sauer, Karin E. (Hg.). Neue Anstöße in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 155–179.
- Ruckstuhl, Brigitte (2017). Gesundheitsförderung 7: Schweiz. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten. S. Strategien und Methoden. DOI: 10.17623/BZGA:224-I037-1.0.
- Ruckstuhl, Brigitte (2021). Geschichte, Konzept und Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention. In: Niederberger, Marlen/Finne, Emily (Hg.). Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 35–55.
- Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (2021). Betriebliches Gesundheitsmanagement –

- Lexikon Prävention und Gesundheit - infodrog.ch. URL: <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/betriebliches-gesundheitsmanagement.html> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2022].
- Sigrist, Isabelle (2016). Stigmatisierung der depressiven Störung. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. URL: <https://www.soziothek.ch/stigmatisierung-der-depressiven-stoerung> [Zugriffsdatum: 09. September 2022].
- Sucht Schweiz (2013). Konzepte der Suchtprevention. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Sucht Schweiz (2022a). Zahlen und Fakten | Alkohol am Arbeitsplatz. URL: <https://www.alcoolautravail.ch/de/zahlen-und-fakten-159> [Zugriffsdatum: 07. Juli 2022].
- Sucht Schweiz (2022b). Gesetze | Alkohol am Arbeitsplatz. URL: <https://www.alcoolautravail.ch/de/gesetze-157> [Zugriffsdatum: 05. Juni 2022].
- SwissDRG (2020). Liste der Netzwerkspitäler, TARPSY Erhebung 2021 - Datenjahr 2020. URL: https://www.swissdrg.org/application/files/5516/2194/0658/TARPSY_Netzwerkspitaeler_Daten_2020.pdf [Zugriffsdatum: 26. Mai 2022].
- Tölle, Rainer/Windgassen, Klaus (2012). Abhängigkeit/Sucht. Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. S. 138–175.
- Uchtenhagen, Ambros (2008). Was meint «good practice» in der Suchtarbeit. In: Suchttherapie. 9. Jg. S. 7. DOI: 10.1055/s-2008-1076700.
- Uhl, Alfred (2007). Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. Suchtmagazin. Jg. (4/2007). S.
- Ullrich, Jens (2016). Sucht, Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch. In: von Heyden, Maximilian/Jungaberle, Henrik/Majić, Tomislav (Hg.). Handbuch Psychoaktive Substanzen. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 1–11.
- Unger, Frank/Sann, Uli/Martin, Carolin (2022). Zukunft der Führung – Führung in der Zukunft. In: Unger, Frank/Sann, Uli/Martin, Carolin (Hg.). Personalführung in Organisationen der Sozialwirtschaft: Ein Studienbuch. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 401–447.
- United Nations (2006). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen | UN-Behindertenrechtskonvention. URL: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities> [Zugriffsdatum: 11. September 2022].
- Walter, Nora (2021). Betriebliche Suchtprävention. URL: <https://wirtschaftspsychologie-rhein-ruhr.de/2021/04/26/betriebliche-suchtprevention-2/> [Zugriffsdatum: 21. August 2022].
- Wettstein, Felix (2022). Basiswissen Prävention. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW - Hochschule für Soziale Arbeit.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. URL: <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> [Zugriffsdatum: 29. Mai 2022].
- WHO (2019). Psychische Gesundheit – Faktenblatt. S. 5.
- Wienemann, Elisabeth (1999). Entwicklung des Arbeitsfeldes betriebliche Suchtprävention und

Bedingungen seiner Professionalisierung. Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften der Universität Hannover.

Wienemann, Elisabeth (2011). Suchtprävention und Suchthilfe am Arbeitsplatz. In: Suchtmagazin - Sucht am Arbeitsplatz. 2. Jg. (2014). S. DOI: 10.5169/SEALS-800271.

Wienemann, Elisabeth/Schmidt, Diana (2018a). Erfolgsfaktoren für die Umsetzung betrieblicher Regelungen zur Suchtprävention und Suchthilfe. Praxiswissen Betriebsvereinbarungen. Dr. Manuela Maschke, Hans-Böckler-Stiftung, Stuttgart.

Wienemann, Elisabeth/Schmidt, Diana (2018b). Projekte und Forschung - Sucht am Arbeitsplatz. URL: <https://www.sucht-am-arbeitsplatz.de/organisationen/projekte-und-forschung> [Zugriffsdatum: 03. Juni 2022].

Wienemann, Elisabeth/Schumann, Günter (2011). Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ein Leitfaden für die Praxis. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).

Wienemann, Elisabeth/Wartmann, Anja (2021). Alkoholprävention am Arbeitsplatz: Aktuelle Konzepte zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 64. Jg. (6). S. 688–696. DOI: 10.1007/s00103-021-03337-6.

Willi, Andrea (2019). Suchtprävention im Setting Sportverein. Winterthur: ZHAW - Departement Gesundheit. Institut für Gesundheitswissenschaften.

GESETZE UND VERORDNUNGEN

Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 (SR 832.20).

Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz, ArG) vom 13. März 1964 (SR 822.11).

Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR) vom 30. März 1911 (SR 220).

Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV) vom 19. Dezember 1983 (SR 832.30).

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Thematische Analyse nach Braun und Clarke in Anlehnung an Biskup et al. 2018: 77	7
Abbildung 2: Zusammenspiel von Suchtprävention und Gesundheitsförderung in Anlehnung an DHS 2020: 107	14
Abbildung 3: Drei Säulen des BGM in Anlehnung an Blum-Rüegg 2018: 15	16
Abbildung 4: Betriebliches Suchtpräventionsprogramm in Anlehnung an DHS 2011: 3	19
Abbildung 5: Schematische Darstellung der Bausteine betrieblicher Suchtprävention in Anlehnung an Walter 2021	20
Abbildung 6: Struktur der Prävention nach Gordon in Anlehnung an Sucht Schweiz 2013: 2	22
Abbildung 7: Systematik methodischen Handelns von Prävention in Anlehnung an Wettstein 2022: 7	22
Abbildung 8: Prävention im Setting Arbeitsplatz in Anlehnung an FINDER Akademie 2019: 87	25
Abbildung 9: Quantitative Ergebnisse der Befragung	33
Abbildung 10: Themen und Subthemen der qualitativen Analyse	34
Abbildung 11: Webauftritt der Suchtberatung der Universität Würzburg	48
 Titelbild: Lizenziert durch Getty Images, Calgary, Alberta T2G 1M8 Canada, 2022	 1

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst habe.

Bern, 16. Oktober 2022

Marcel Moretto

ANHANG A - BEFRAGUNGSMAIL

m.moretto@hin.ch

Betreff: MAS Thesis - Suchtprävention am Arbeitsplatz

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Rahmen meiner Master-Arbeit (Master Spezialisierung in Suchtfragen <https://www.fhnw.ch/de/weiterbildung/soziale-arbeit/6029167>), an der Hochschule für Soziale Arbeit/Fachhochschule Nordwestschweiz, möchte ich herausfinden, welche Art von Konzepten und Ansätze der betrieblichen Suchtprävention und /oder des betrieblichen Gesundheitsmanagement in psychiatrischen Kliniken in der Deutschschweiz existieren und welche positiven und/oder herausfordernde Erfahrungen damit gemacht werden.

Die Ergebnisse meiner Umfrage werden mit Unterstützung von Frau Irene Abderhalden, Professorin am Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW ausgewertet [REDACTED]

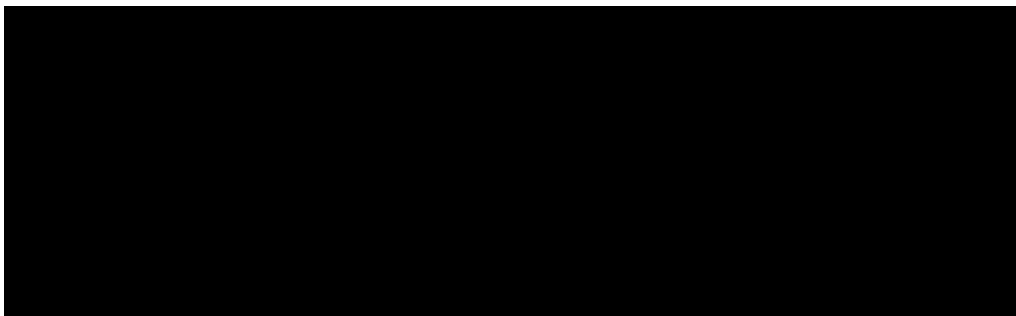
Damit ein möglichst umfassendes Bild über die suchtpreventiven Angebote für Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz erhalten werden kann, bin ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie bis zum 1. Juli 2022 folgende Frage beantworten:

- Verfügt Ihre Klinik über Konzepte, Massnahmen der betrieblichen Suchtprävention und/oder des betrieblichen Gesundheitsmanagements? Falls Ihre Institution über derartige Konzepte, Massnahmen verfügt, an welche Person kann ich mich wenden, um ein paar wenige Fragen zu den Inhalten und den Erfahrungen mit suchtpreventiven Angeboten zu stellen?

Die Ergebnisse dieser Befragung werden im Rahmen meiner Abschlussarbeit anonymisiert veröffentlicht. Rückschlüsse auf Ihre Person und Ihre Institution sind nicht möglich. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Für Fragen und Anregungen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung [REDACTED]

Beste Grüsse



ANHANG B - FRAGEBOGEN

DETAILLIERTE BEFRAGUNG ZUR BETRIEBLICHEN SUCHTPRÄVENTION / BGM - MAS THESIS / MORETTO 2022

INSTITUTION		DATUM	
NAME/ FUNKTION			

VERFÜGT IHRE KLINIK ÜBER KONZEPTE, MASSNAHMEN DER BETRIEBLICHEN SUCHTPRÄVENTION?	JA	NEIN
VERFÜGT IHRE KLINIK ÜBER KONZEPTE, MASSNAHMEN DES BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSMANAGEMENTS?	JA	NEIN

FRAGEN ZUR BETRIEBLICHEN SUCHTPRÄVENTION
In welcher Form finden Information und Aufklärung der Mitarbeitenden statt?
Welche frühzeitigen Interventionen werden in Ihrer Klinik angewendet?



1

DETAILLIERTE BEFRAGUNG ZUR BETRIEBLICHEN SUCHTPRÄVENTION / BGM - MAS THESIS / MORETTO 2022

Wie sieht ein Interventionsschema in Ihrer Klinik aus bzw. wie ist das Prozedere bei Verdacht auf Konsum psychoaktiver Substanzen?
In welchem Rahmen und durch wen finden Qualifizierung und Beratung von Personalverantwortlichen und Führungskräften statt?
Wie sehen Hilfsangebote für Mitarbeitende aus?
Sind Abläufe/Prozesse standardisiert, verschriftlicht und allen Mitarbeitenden bekannt und zugänglich?



2

DETAILLIERTE BEFRAGUNG ZUR BETRIEBLICHEN SUCHTPRÄVENTION / BGM - MAS THESIS / MORETTO 2022

Sehen Sie Bedarf, wie Ihre betriebliche Suchtprävention weiterentwickelt / optimiert werden könnte?

Wie sollte ein «good practice» Angebot einer betrieblichen Suchtprävention in psychiatrischen Kliniken konzeptualisiert sein damit es die Zielsetzungen der universellen, selektiven und indizierten Prävention erfüllt?

Worin bestehen Ihrer Ansicht nach die Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Umsetzung von suchtpreventiven Angeboten?

Welches sind die Erfolgsfaktoren Ihres betrieblichen Suchtpräventionsprogramms?



3

DETAILLIERTE BEFRAGUNG ZUR BETRIEBLICHEN SUCHTPRÄVENTION / BGM - MAS THESIS / MORETTO 2022

FRAGEN ZUM BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSMANAGEMENT (BGM)

Falls Ihre betrieblichen Suchtpräventionsangebote in ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) integriert sind, was unternimmt Ihr Betrieb bezüglich BGM?

BEMERKUNGEN

Sofern vorhanden bitte ich Sie, mir Infomaterial per Mail zu senden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und beste Grüsse aus Bern.

Marcel Moretto



4

ANHANG C - BEFRAGUNGSANTWORTEN UND THEMEN/SUBTHEMEN

	KLINIK	ANTWORTEN	THEMA	SUBTHEMA
In welcher Form finden Information und Aufklärung der Mitarbeitenden statt?	A	In erster Linie erfolgt die Kommunikation über die betriebliche Führung. Im Intranet haben wir zusätzlich die Rubrik betriebliches Gesundheitsmanagement in welchem auch unser Konzept zum Thema Umgang mit Suchterkrankungen zur Verfügung steht.	Soft Skills und Führung	Verfügbarkeit von Informationen
	B	Via Intranet (BGM Weekly Inputs), Interne Fortbildungen, Qualitätsmanagement (Prozesse bei Verdachtsfällen), im Führungsalltag, Flyer (physisch) beim Einführungstag für neue Mitarbeitende.		
	C	Bei Einführung neuer Mitarbeitenden. Ein Papier wird abgegeben. Infos im Intranet.		
	D	Im Intranet sind Informationen abrufbar. Leitfaden. Infos bei Einführung neuer Mitarbeitenden. Periodische Schulung von Kadermitarbeitenden. Zwei Betriebspsychologinnen, Konfliktmanagement. Sind autonom und haben keine Pflicht zum Rapportieren. Neutrale Beratungsstelle. Spezialisiert auf Suchtprävention. Seit Jahren.		
	E	Prozessbeschreibungen/Beratung zu: Intervention bei Verdacht auf Suchtmittelmissbrauch. Vorgehen im Akutfall. Vorgehen bei Diebstahl von Medikamenten.		
	F	Es gibt ein Merkblatt für Mitarbeitende sowie einen Leitfaden und Vorgehensempfehlungen für Führungskräfte zum Thema Sucht. Alle Dokumente sind im Intranet allen zugänglich abgelegt und wurden beim Erscheinen als News auf der Einstiegsseite kommuniziert. Es ist Führungsverantwortung, die Mitarbeitenden auf das Thema zu sensibilisieren sowie konkrete Situationen anzusprechen und gemäss den Dokumenten allfällige zusätzliche Unterstützungsstellen hinzu zu ziehen. Spezifisch zum Thema Rauchen ist ein Konzept in Entstehung, wie man einerseits das Passivrauchen verhindern aber auch rauchende Mitarbeitende zum Thema Rauchen sensibilisieren möchte.		

	KLINIK	ANTWORTEN	THEMA	SUBTHEMA
Welche frühzeitigen Interventionen werden in Ihrer Klinik angewendet?	A	In erster Linie geht es um das Erkennen und Ansprechen. Dies erfolgt in erster Linie durch die betrieblichen Vorgesetzten.	Soft Skills und Führung	Handeln statt Wegsehen
	B	Gefährdungseinschätzung durch Einbezug von Fachpersonen und HR, schrittweises Vorgehen durch Gespräche, in dem MA mit möglichem Suchtverdacht bzw. ungünstigen Entwicklungen und problematischen Verhaltensweisen konfrontiert wird. Mehrere Gespräche und Verständnis, Erstellung eines (Behandlungs)plans und wo möglich Anpassung der Rahmenbedingungen, professionelle Hilfe anbieten.		
	C	Inspirierte Führung. Führungswerte. Hinschauen, proaktive Kommunikation. Zuweisung an neutrale Stelle / Netzwerk Sucht Klinik. BGM Absenzenmanagement. Evtl. Fachleute von anderem Standort konsultieren.		
	D	Beobachtungen können von allen Mitarbeitenden den Betriebspsychologinnen gemeldet werden. Leitfaden mit Beobachtungsraster. Dokumentation von Auffälligkeiten. Transparenz.		
	E	Vgl. "Intervention bei Verdacht auf Suchtmittelmissbrauch"		
	F	Die Führungskräfte sind dazu angehalten, bei Erkennung oder Vermutung von Suchtmittelproblemen die betroffenen Mitarbeitenden frühzeitig darauf anzusprechen. Dafür steht ihnen als Hilfsmittel der oben genannte Leitfaden zur Verfügung. Es gibt darin einen empfohlenen Ablauf bei Verdacht auf akute Suchtmittelproblematik und eine Handlungsempfehlung bei Vermutung auf eine chronische Suchtmittelproblematik.		

	KLINIK	ANTWORTEN	THEMA	SUBTHEMA
Wie sieht ein Interventionsschema in Ihrer Klinik aus bzw. wie ist das Prozedere bei Verdacht auf Konsum psychoaktiver Substanzen?	A	Wir unterscheiden die Suchthematik grundsätzlich nicht in unseren Abläufen. Wenn ein Verdacht da ist, geht es um das Ansprechen. Wenn die Person den Verdacht bestätigt, dann wird ein Assessment in einer anderen Klinik durchgeführt um ein Bild von der Gesamtsituation zu erhalten. Je nach Bild und Funktion müssen unterschiedliche Massnahmen in die Wege geleitet werden.	Soft Skills und Führung	Handeln statt Wegsehen
	B	n.a.		
	C	Fachleute (Ärzte, Psychologen, Pflegende etc.) denken oft, dass sie keinerlei Unterstützung benötigen und sind eher schwer zu motivieren. Zu Beginn niederschwellig.		
	D	Differenziertes Interventionsschema. Gespräche zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden. Informelle Gespräch und Formelle Gespräche (Fachleute), nach zweiter Phase Aufzeigen von personalrechtlichen Konsequenzen.		
	E	Vorgesetzte/r konsultiert "Checkliste für Beobachtungsphase" (mit detaillierten Beobachungskriterien), sucht anschliessend Gespräch mit Mitarbeiter/in, führt Beobachtungen weiter (Schriftlichkeit), wenn Unsicherheiten bestehen das HR kontaktieren, gegenüber Mitarbeiter/in konkrete Zielvereinbarung formulieren (Schriftlichkeit), Beobachtungen weiterführen, Zielvereinbarung überprüfen, gegebenenfalls arbeitsrechtliche Massnahmen einleiten.		
	F	Akute Suchtmittelproblematik: Ansprechen durch Führungskraft (Klärungsgespräch). Beurteilung durch Führungskraft, ob Mitarbeitende(r) so an dem Tag weiterbeschäftigt werden kann, allenfalls nach Hause schicken (sichere Heimfahrt gewährleisten). Führungskraft wendet sich zur Beratung an Personalärztlichen Dienst und Business Partner. Chronische Suchtmittelproblematik: Ansprechen durch Führungskraft (Klärungsgespräch und Unterstützungsgespräch) und Protokollieren von Auffälligkeiten in Leistung und Verhalten. Ziel: Stabilisierung der Situation und bei Bedarf fachliche Hilfe hinzuziehen. Für Unterstützung/Fragen Bezug von Business Partner.		

	KLINIK	ANTWORTEN	THEMA	SUBTHEMA
In welchem Rahmen und durch wen finden Qualifizierung und Beratung von Personalverantwortlichen und Führungskräften statt?	A	In erster Linie findet diese durch die Fachverantwortliche BGM statt. Die Klinik holt sich aber auch externe Unterstützung.	Soft Skills und Führung	Kompetenz, Transparenz und authentische Kommunikation
	B	Durch interne Fortbildungen (mit eigenen Fachpersonen wie Ärzten, Psychotherapeuten oder erfahrenen Pflegefachpersonen aus dem Suchtzentrum).		
	C	Zielvereinbarungsprozesse. MAG. Zwischengespräche. HR löst Prozesse aus und schult Leitungspersonen.		
	D	Durch die Betriebspsychologinnen und HR Managerinnen		
	E	Beratung/Input durch internen Sachverständigen (Ärzte - Psychiatrie und Medizin), externe Qualifizierung durch Qualitätsmanagementsfachleute.		
	F	In Form von erwähnten Dokumenten, ebenfalls wird Thema in internen Kurse zum Thema Anwesenheitsmanagement abgedeckt		

	KLINIK	ANTWORTEN	THEMA	SUBTHEMA
Wie sehen Hilfsangebote für Mitarbeitende aus?	A	Externe betriebliche Sozialberatung. Einbindung der IV. Enge Zusammenarbeit zwischen der Klinik und den Behandlern für eine optimale Unterstützung. Assessment in einer externen Klinik.	Inklusion statt Stigmatisierung	Reflektierte Interventionen - Beziehung schaffen
	B	Erstellung eines Behandlungsplans (ambulant/stationär), Hilfestellung bei geeigneten Plätzen in ambulanten/stationären Einrichtungen (neutraler Standort, unabhängig zur Klinik), Urlaube, Beratung durch das HR bspw. für Team interne Kommunikation, Stellvertretungen. Psychologische Nachbehandlung dauert ca. bis 1 Jahr Stabilität.		
	C	Siehe oben.		
	D	Die Mitarbeitenden sehen alle Angebote im Rahmen des BMG		
	E	Vgl. Prozessbeschreibungen sowie Informationsflyer "Sexuelle Belästigung, Mobbing und Sucht" mit aufgeführten Ansprechpersonen und -stellen		
	F	Folgende Personen oder Anlaufstellen werden im Merkblatt für die Mitarbeitenden genannt: Direkte Führungsperson. Übergeordnete Führungsperson. Zuständige HR Business Partner*in. Zuständige Berater*in Gesundheitsmanagement. Personalärztlicher Dienst. Betriebliche Sozialberatung.		

	KLINIK	ANTWORTEN	THEMA	SUBTHEMA
Sind Abläufe und Prozesse standardisiert, verschriftlicht und allen Mitarbeitenden bekannt und zugänglich?	A	JA	Soft Skills und Führung	Verfügbarkeit von Informationen
	B	Ja, im Qualitätsmanagementsystem.		
	C	Prozesslandkarte HR. Intranet.		
	D	Ja		
	E	Ja, in den genannten Prozessen (analog den betrieblichen Qualitätsstandards)		
	F	Ja, Merkblatt und Leitfaden (wie oben beschrieben)		

	KLINIK	ANTWORTEN	THEMA	SUBTHEMA
Sehen Sie Bedarf, wie Ihre betriebliche Suchtprävention weiterentwickelt / optimiert werden könnte?	A	Aktuell nein, da wir zum Glück kaum Fälle haben. In den letzten 8 Jahren hatten wir zwei uns bekannten Fälle.	Soft Skills und Führung	Kompetenz, Transparenz und authentische Kommunikation
	B	Ja, laufend werden die Prozesse und Standards überprüft und deren Wirkung evaluiert. Im Bereich der Suchtprävention sind gewisse Themen nebst Alkohol noch zu wenig abgedeckt.		
	C	Suchtprofis könnten ihre Kompetenz proaktiv einbringen. Veranstaltungen.		
	D	Punktueller Sensibilisierung der Vorgesetzten und der Mitarbeitenden. Sehr wenige Fälle werden angegangen		
	E	Wir entwickeln unsere Instrumente u.a. bei konkreten Fragestellungen aus der Praxis weiter. Vertiefung im ärztlichen Bereich geplant (noch nicht konkretisiert).		
	F	Wir könnten allenfalls mehr Fokus auf die Prävention legen. Aktuell setzen wir bei ersten Auffälligkeiten an.		

	KLINIK	ANTWORTEN	THEMA	SUBTHEMA
Wie sollte ein «good practice» Angebot einer betrieblichen Suchtprävention in psychiatrischen Kliniken konzeptualisiert sein, damit es die Zielsetzungen der universellen, selektiven und indizierten Prävention erfüllt?	A	Einfach und für alle zugänglich. Das Prinzip der Freiwilligkeit ist ebenfalls sehr wichtig.	Inklusion statt Stigmatisierung	Reflektierte Interventionen - Beziehung schaffen
	B	Möglichst präzise und verständlich, messbar, realistisch. Für alle Mitarbeiter zugänglich, vertikal/horizontal integrierte Prozesse.		
	C	Fachkompetenz im Haus nutzen. CIRS. Ombudsstelle für Mitarbeitende mit Suchtthematik.		
	D	Vertrauen. Unabhängigkeit. Gemeinsame Absprache.		
	E	Der Aufbau unseres entsprechenden Konzepts ist wie folgt gegliedert: Ausgangslage. Ziel. Rechtliche Grundlagen. Beispiele von Suchterkrankungen. Abhängigkeit von Arzneimitteln im Spital. Co-Abhängigkeit. Intervention durch vorgesetzte Person. Vorgehen im Akutfall (Mitarbeiter/in steht bei Arbeitsantritt oder während der Arbeit unter Suchtmittel einfluss). Vorgehen bei Diebstahl von Medikamenten. Interne Anlaufstellen. Ergänzende Dokumente, Informationen, Links.		
	F	Kann ich nicht gut beantworten, da ich den Kontext von psychiatrischen Kliniken zu wenig kenne. Basierend auf der Annahme, dass in psychiatrischen Kliniken für die Mitarbeitenden das Tabu noch grösser ist, eine Suchtthematik anzusprechen, fände ich eine externe niederschwellige Anlaufstelle wichtig.		

	KLINIK	ANTWORTEN	THEMA	SUBTHEMA
Worin bestehen Ihrer Ansicht nach die Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Umsetzung von suchtpreventiven Angeboten?	A	Die meisten unserer Mitarbeitenden sind selbst Fachpersonen.	Inklusion statt Stigmatisierung	Reflektierte Interventionen - Beziehung schaffen
	B	Die Früherfassung und Frühintervention sind anspruchsvoll und heikel. Man möchte Fehler möglichst vermeiden, wartet evtl. (zu) lange. Breit abgestützte Akzeptanz von Zugang zu Alkohol bspw. an Personalfeiern führt dazu, dass die Prävention zu wenig ernst genommen wird. Die reine Inanspruchnahme von Angeboten zur Suchtprävention könnte mit einem Stigma verbunden sein.		
	C	Sich selber eingestehen, dass Hilfe in Anspruch genommen werden sollte.		
	D	Mangelndes Vertrauen und Bewusstsein der Betroffenen. Mangelnde finanziellen Ressourcen. Druck auf Mitarbeitende, proaktive Kontaktsuche der Mitarbeit.		
	E	Den Mut haben, Dinge konkret anzusprechen und die Intervention sorgfältig umzusetzen.		
	F	Die Gestaltung einer sichtbaren und ansprechenden Kommunikation, so dass man möglichst viele Gruppen ansprechen kann und bei den betroffenen Personen auch wirklich Betroffenheit auslöst. Speziell in einem Spitalbetrieb/Gesundheitswesen besteht ein grosses Tabu rund um das Thema Sucht aufgrund der Patientensicherheit, welche jederzeit im Fokus ist, und gleichzeitig die grosse Verfügbarkeit von Suchtmittel.		

	KLINIK	ANTWORTEN	THEMA	SUBTHEMA
Welches sind die Erfolgsfaktoren Ihres betrieblichen Suchtpräventionsprogramms?	A	Ein offenes und gesundheitsförderndes Arbeitsklima und die entsprechende Führungskultur. Transparenz, Klarheit sowie Verlässlichkeit und Verbindlichkeit sind wichtige Faktoren. Regeln müssen klar sein, auch was passiert, wenn diese gebrochen werden.	Inklusion statt Stigmatisierung	Reflektierte Interventionen - Beziehung schaffen
	B	Individuelle Betrachtung und Beratung, breit abgestützte Massnahmen auf allen Unternehmensstufen.		
	C	Betriebskultur. Transparenz. Dolmetscherdienste für MA.		
	D	Vertrauen, Transparenz,		
	E	Das Programm sollte aufgrund konkreter Praxisfragen aufgebaut und von Fachpersonen und Vorgesetzten interdisziplinär beleuchtet werden.		
	F	Gut verfügbare Hilfsdokumente für Mitarbeitende und Vorgesetzte. Klare Abläufe und Verantwortlichkeiten (Hauptverantwortung Führungskraft). Mit dem personalärztlichen Dienst haben wir eine fachliche Beratungsstelle inhouse und mit der Sozialberatung eine externe, neutrale und kostenlose Beratungsstelle, welche den Mitarbeitenden niederschwellig Unterstützung bieten kann.		

	KLINIK	ANTWORTEN	THEMA	SUBTHEMA
Falls Ihre betrieblichen Suchtpräventionsangebote in ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) integriert sind, was unternimmt Ihr Betrieb bezüglich BGM?	A	Auch hier gibt es ein Konzept. Es finden diverse freiwillige Veranstaltungen durchgeführt, welche die Selbstkompetenz der Mitarbeitenden und Führungskräfte stärken sollen, z.B. Umgang mit Stress. Grundsätzlich ist es aber auch hier so, dass wir auf die Führungskultur setzen. Lässt das Betriebsklima einen offenen und ehrlichen Austausch zu, können auch diese Themen offen und frühzeitig angesprochen werden. Sei dies durch die Führungsperson aber auch direkt durch die Mitarbeitenden.	Inklusion statt Stigmatisierung.	Reflektierte Interventionen - Beziehung schaffen
	B	Wir sind derzeit in der Vorbereitung für die Einreichung unseres BGM zur Erlangung des Labels Friendly Workspace und prüfen auch die entsprechende ISO-Norm für BGM. Die nächsten Schritte sind im Herbst 2022 umgesetzt. Wir haben BGM im Kontext zur Unternehmenspolitik, (Rahmenbedingungen), im Bereich der sozialen Verantwortung thematisiert. Wir planen BGM systematisch, setzen Massnahmen um und evaluieren deren Wirkung.		
	C	Friendly Workspace. zertifiziert. 40 Stellenprozent für BGM. Arbeitskreis Gesundheit. Personalausschuss. Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz. bis 100'000 Franken für Präventionsangebote. Gesunde Ernährung.		
	D	Care Management. Gesundheitsförderungsgespräche / Absenzenmanagement (30 Tage) mit Ursachenforschung.		
	E	Standardisiertes Abwesenheits- und Case Management, Sensibilisierungen zu: psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Ernährung, Ergonomie am Arbeitsplatz, Bewegungsangebote für Mitarbeitende u.a.		
	F	Sensibilisierung (Weiterbildungen, Informationen im Intranet, Teammassnahmen) zu verschiedenen gesundheitlichen Themen. Projekte zum Erhalt der Gesundheit der Mitarbeitenden (z.B. Bike to work, gesundheitsförderliche Gestaltung von Zimmern etc.). Schulungen der Führungskräfte zum Thema gesunde Führung. Individuelle Angebote: Vertrauliche Gesundheitsberatungen, betriebliche Sozialberatung, Seelsorge, etc.		