

**Entwicklung, Durchführung und erste Evaluation
eines modularen Führungstrainings zum Thema
Suchtprävention als Krisenmanagement**

*Ein Schulungskonzept für Vorgesetzte zum betrieblichen
Umgang mit auffälligen Mitarbeitern*

Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie
der Universität Hamburg

vorgelegt von
Dipl. Psych. Susanne Wilcken
aus Hamburg

Hamburg 2002

Referent:

Prof. Dr. Paul Probst

Korreferent:

Prof. Dr. Gerhard Vagt

Tag der letzten mündlichen Prüfung:

8. 02.2003

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Vorwort	5
Zusammenfassung	7
Abstract	9
1. Einführung und Problemstellung	
1.1 Einleitung	11
1.2 Stand der Suchtforschung	15
1.2.1 Klärung der Begriffe im Umfeld von Sucht und Suchtprävention	15
1.2.1.1 Gewöhnung	15
1.2.1.2 Missbrauch	16
1.2.1.3 Sucht, Abhängigkeit	17
1.3 Süchte und süchtige Verhaltensweisen	19
1.3.1 Stoffgebundene Süchte	19
1.3.1.1 Alkoholismus	20
1.3.1.2 Medikamentenabhängigkeit	21
1.3.1.3 Nichtstoffgebundene Süchte	22
1.4 Der Suchtprozess	22
1.5 Die Suchtentwicklung	23
1.6 Sucht in Deutschland	25
1.6.1 Ausmaß der Suchtproblematik	25
1.6.2 Suchtprobleme in Unternehmen	27
1.6.3 Relevanz der Daten für die Unternehmen	28
1.6.4 Behandlungsmöglichkeiten	29
1.7 Betriebliche Suchtprävention	31
1.7.1 Von der Alkohol- zur Suchtprävention	31
1.7.2 Defizitorientierte Unternehmensstrategien	32
1.7.3 Lösungsorientierte Unternehmensstrategien	31
1.7.3.1 Primäre betriebliche Suchtprävention	33
1.7.3.2 Sekundäre betriebliche Suchtprävention	34
1.7.3.3 Tertiäre betriebliche Suchtprävention	34

1.7.4 Betriebswirtschaftliche Auswirkungen von Suchtprävention	34
1.7.5 Führungsaufgabe „Suchtprävention als Krisenmanagement“	35
1.7.6 Folgerungen für die betriebliche Organisation	37
1.8 Schlussfolgerungen und Hypothesen	40
2. Methode	
2.1 Planung eines modularen Führungstrainings	42
2.2 Planung der Durchführung	44
2.3 Planung der Evaluation	44
2.4 Evaluationsinstrumente	45
2.4.1. Überblick zu Evaluationsinstrumenten	46
2.5 Darstellung und Beschreibung eines modularen Führungstraining	49
2.5.1 Modul 1	49
2.5.2 Modul 2	59
2.5.3 Modul 3	66
2.5.4 Modul 4	70
2.6 Durchführung eines modularen Führungstrainings	77
2.6.1 Stichprobe	77
2.6.2 Ort und Zeitrahmen	79
3. Ergebnisse	
3.1 Selbsteinschätzung der Führungskräfte	80
3.2 Ergebnisse der Pre-/Postuntersuchung der Gesamtgruppe	86
3.3 Seminarbewertungsbogen	97
3.4 Katamnestiche Nachbefragung.....	101
3.5 Rückmeldung der Axel Springer Verlag AG	106
3.6 Persönlicher Eindruck von dem Training, dem Verlauf und der Katamnese	106
4. Diskussion	
4.1 Durchführbarkeit der Maßnahme	110
4.2 Effekte der Maßnahme	112
4.3 Bewertung durch die Autorin	121
4.4 Fazit	123
Tabellenverzeichnis	129
Literatur	131
Anhang	136

Vorwort

Die Idee vorliegende Arbeit zu verfassen, ist aus langjährigen, unterschiedlichen Tätigkeiten im Arbeitsfeld Sucht und Führung entstanden. Entscheidend für die Entwicklung dieses Trainingsprogramms für Vorgesetzte waren meine Erfahrungen als Psychologische Psychotherapeutin und Trainerin an der Universitätsklinik zu Lübeck. Fünf Jahre lang habe ich dort die Perspektiven der Patienten kennen lernen dürfen, von denen ca. 80 % noch in Arbeitsverhältnissen standen. In den Gruppengesprächen stand immer wieder die Frage im Mittelpunkt, warum Vorgesetzte, persönliche und/oder leistungsbezogene Veränderungen nicht oder erst spät ansprechen. Diese zentrale Frage begleitete mich auch als Gesundheitsberaterin und Suchtbeauftragte der Axel Springer Verlag AG. In Gesprächen mit Führungskräften des Unternehmens, dem Personaldirektor und dem Arbeitskreis Gesundheit wurde deutlich, dass Unsicherheiten und Defizite der Vorgesetzten in Bezug auf die eigene Gesprächskompetenz, das Suchtwissen und das Führungsverhalten dem konstruktiven Umgang mit auffälligen Mitarbeitern entgegen stehen. Diese Unsicherheiten führen manchmal sogar dazu, dass Vorgesetzte in ihrem Handeln sogar blockiert sind und damit ihrer Führungsverantwortung gar nicht gerecht werden können.

Seit einigen Jahren bin ich als Personaltrainerin selbständig und habe in diesem Zusammenhang mit Führungskräften anderer Wirtschaftsunternehmen, Organisationen und sozialen Einrichtungen vergleichbare Erfahrungen gemacht. Dadurch fühlte ich mich nochmals ermutigt, ein modulares Führungstraining zum Thema Suchtprävention als Krisenmanagement zu konzipieren und durchzuführen.

Mein Dank gilt Prof. Paul Probst, der vorliegende Arbeit wissenschaftlich betreut hat, für den Zuspruch, die professionellen Rückmeldungen und besonders das entgegengebrachte Vertrauen.

Ganz herzlich danke ich an dieser Stelle Dr. Jochen Zienert, der mir besonders auf den „Durststrecken“ der vergangenen drei Jahre immer wieder Mut gemacht und mich motiviert hat, die vorliegende Arbeit zu einem erfolgreichen Ende zu bringen. Seine kollegial-hartnäckige Art, Inhalte interessiert und fachmännisch im Detail zu besprechen, hat mich berührt und stark bereichert.

Der Axel Springer Verlag AG, besonders Personaldirektor Peter Kaufmann, danke ich für die menschliche Unterstützung und die Möglichkeit, das Führungstraining durchführen zu dürfen. Allen Führungskräften, die an den Trainings teilgenommen haben, danke ich für Ihre Geduld, ihr Interesse, die engagierte Mitarbeit und ihre differenzierten und insgesamt ermutigenden Rückmeldungen.

Von ganzem Herzen möchte ich meiner kleinen Tochter Sinah Carolin danken, die oft Geduld haben musste und mit Fragen gewartet hat, wenn ich einmal wieder bei Ausarbeitungen am Computer saß und meiner Familie, besonders meiner Mutter und meinen beiden Geschwistern, ohne deren seelische Unterstützung und tatkräftiges Wirken das Promotionsvorhaben niemals hätte zu Ende geführt werden können.

Meinen Freunden danke ich dafür, dass sie nach diesen drei Jahren noch immer meine Freunde sind.

Zusammenfassung:

Ziel: Es wurde ein modulares Führungstraining zum Thema Suchtprävention als Führungsaufgabe konzipiert, durchgeführt und evaluiert. Vorgesetzte der Axel Springer Verlag AG (ASV AG) absolvierten diese vierteilige Schulungsmaßnahme, die das übergeordnete Ziel hat, den konstruktiven Umgang mit auffälligen Mitarbeitern zu erlernen. Voraussetzung für die Zielerreichung sind eine Erhöhung des Wissensumfangs zur Führungsaufgabe Suchtprävention, die Sensibilisierung der Wahrnehmung, eine hohe Motivation und Fähigkeit Mitarbeitergespräche zu führen; eine Vermittlung der betrieblichen Regularien und der Umgang mit diesen formalen Vereinbarungen sowie das Erlernen des speziellen Führungsverhaltens bei Suchtproblematiken. Obwohl sich viele Untersuchungen, Übungen und Beispiele auf die am häufigsten vorkommende Sucht, den Alkoholismus, beziehen, wurde in diesem Projekt der verallgemeinernde Begriff Suchtprävention verwendet, weil es Führungskräften den Zugang zu dem Thema erleichtert.

Methode: 22 Vorgesetzte mit Personalverantwortung nahmen an dem insgesamt 20-stündigen viermodularen Führungstraining, sowie einer Pre- (vor Durchführung des ersten Moduls) und Postuntersuchung (nach Beendigung des vierten Moduls) zur Wirkung der Maßnahme teil. Die vier Module fanden in einem zeitlichen Abstand von vier bis sechs Wochen statt, wobei das erste Modul wegen seiner inhaltlichen Struktur über acht Stunden, die drei weiteren jeweils halbtägig (4 Std.) durchgeführt worden sind. Die drei Gruppen ($n_1 = 8$; $n_2 = 9$; $n_3 = 5$) waren vergleichbar in Bezug auf Alter, Dauer der Verlagszugehörigkeit, Länge der Führungstätigkeit sowie die Vorerfahrung durch vorherige Suchtschulungen. Die Führungskräfte rekrutierten sich aus unterschiedlichen Verlagsbereichen (Drucktechnik, Vertriebswesen und -organisation, Content-Management sowie Personalwesen). Die Katamneseerhebung wurde vier bis sechs Monate nach Beendigung des Trainings mit 19 Teilnehmern durchgeführt. Die Datenerhebungen über einen 28-Item-Fragebogen erfolgten für Gruppe 1 im Dezember 2000 (Pre) und März 2001 (Post), für Gruppe 2 im März (Pre) und Juni 2001 (Post) und für Gruppe 3 im September 2001 (Pre) und Dezember 2001 (Post). Die katamnestiche Nachbefragung fand von Juli 2001 bis Juni 2002 statt.

Ergebnisse: Das modulare Trainingskonzept ist im betrieblichen Kontext gut durchführbar und wird von den Führungskräften positiv bewertet. Die Drop-out-Quote der Teilnehmer während der viermonatigen Durchführungsphase war gleich Null. Die Fragebogen-Evaluation liefert im Prä-Post-Vergleich 14 (von 17) signifikant verbesserte Ergebnisse auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$. Diese Verbesserungen konnten in den Kriteriengruppen 1. Wissensumfang ($p < ,000$);

2. Wahrnehmung ($p < ,000$), 5. Einschätzung der Selbstsicherheit ($p < ,000$); 6. Umgang mit betrieblichen Regularien (Item 13 = $p < 0,42$; Item 14-16 = $p < ,000$) erreicht werden. Die Ergebnisse der Kriteriengruppen 3 (Motivation, Gespräche zu führen.) und der Kriteriengruppe 4 (Persönliche Strategien der Gesprächsführung) zeigen keine Verbesserungen, wodurch insgesamt die Unsicherheit der Führungskräfte in Bezug auf diese Art von Gesprächen mit Mitarbeitern unterstrichen wird. *Schlussfolgerungen:* Das modulare Führungstraining ist sinnvoll in Unternehmen zu implementieren. Vorgesetzte können in der viermonatigen Trainingsphase ihre Führungskompetenzen zum Thema Suchtprävention als Krisenmanagement verbessern und haben im beruflichen Alltag die Chance, mit auffälligen Mitarbeitern konstruktiv und unterstützend umgehen zu können. Die Schulungsmaßnahme kann ergänzt werden durch erweiterte Gesprächsführungsübungen auch mit Videokontrolle, um noch mehr Sicherheit für derartige Mitarbeitergespräche zu schaffen.

Schlüsselwörter: Modulares Führungstraining, Suchtprävention als Krisenmanagement im betrieblichen Kontext, Umgang mit auffälligen Mitarbeitern.

Abstract

Objective: A modular training plan relating to the topic of prevention of addictive behaviour was developed, carried out and evaluated. Superiors of the Axel Springer Verlag AG (ASV AG; a German publishing house) took part in this training consisting of four units. Its principal aim is to learn how to deal with conspicuous employees constructively. Prerequisites for reaching this aim are an increase in knowledge about the prevention of addictive behaviour, one of the main management tasks, the sensitisation of perception, a high motivation, the ability to talk with employees and to impart rules that have been set up by the company as well as the handling of these formal regulations and learning to show leadership qualities in dealing with problems of addiction. Even though a major part of the research, the exercises and examples are related to the prevailing form of addiction, alcoholism, the common term “prevention of addictive behaviour” (German: Suchtprävention) is used in this project in order to make this topic more accessible to leading managers. *Method:* 22 managers responsible for other employees took part in the management training consisting of 20 hours in four modules, as well as in a pre- (before the first module took place) and a post-examination (after the fourth module had been completed) in order to test the effectiveness of this measure. The four modules took place with a time period of four to six weeks between the units. The first module, because of its topical structure, was carried out in eight hours, the other three modules in half a working day (4 hours) per unit. The three groups (n 1 = 8; n 2 = 9; n 3 = 5) were similar as far as age, duration of company employment, time spent in a leading position and experience gained in other addiction-related training courses are concerned. The managers were recruited from different areas of the publishing house (printing technique, sales and distribution, content-management and personnel division). A further examination (follow-up) was carried out with 19 participants four to six months after the training had ended (from July 2001 till June 2002). The acquisition of data via a 28-item-questionnaire took place in December 2000 for group 1 (pre) and March 2001 (post), for group 2 in March (pre) and June (post) 2001 and for group 3 in September 2001 (pre) and December 2001 (post). *Results:* The modular training plan is very practicable in a company context and is rated positively by leading managers. The drop-out-rate among the participants during the four months of training were equal to zero. The evaluation of the questionnaire shows 14 (out of 17) significantly better results in the pre-post-comparison on a level of significance $\alpha = 0,05$. These improvements could be reached in the following groups of criteria: Level of knowledge ($p < ,000$); Perception ($p < ,000$), Evaluation of self-assurance or self-confidence ($p < ,000$); Dealing with company regulations (item 13 = $p < 0,42$; item 14-16 = $p < ,0009$).

The results in the criteria groups Motivation and competence to lead a talk and group 4 did not show better results. This stresses the leading managers' insecurity in leading such talks with employees. *Conclusion:* The modular training programme can successfully be implemented in a company. Leading managers can improve their leadership qualities in the field of prevention of addictive behaviour as crisis management during the four months of training. They thus get the chance to deal with afflicted employees constructively and supportively in the process of business routine. The training programme can be supplemented by adding more exercises in communication techniques, also with video control, in order to give managers even more security in leading such employee talks.

Key words: Modular training programme, prevention of addictive behaviour in a company context, dealing with afflicted employees

1. Einführung und Problemstellung

1.1 Einleitung

Berufstätige Menschen verbringen 38 Stunden wöchentlich am Arbeitsplatz. Bei einer lebenslangen Vollzeitbeschäftigung entsprechen die summierten Stunden etwa 70 % der gesamten Lebenszeit (Schanz, 1995). Verhaltensauffälligkeiten, körperliche Veränderungen oder Beeinträchtigungen im Sozial- und Arbeitsverhalten eines Beschäftigten müssten demnach am Arbeitsplatz zuerst wahrgenommen und angesprochen werden.

Die wirtschaftliche Veränderung durch Globalisierung und Kostendruck haben zu Arbeitsverdichtung, Rationalisierung und Personalabbau geführt. Mitarbeiter und Führungskräfte in Unternehmen geraten immer stärker unter Stress und erleben persönliche Krisensituationen. Für Vorgesetzte wären auch diese Veränderungen eine Chance, um Mitarbeiter anzusprechen, ihnen Gehör zu schenken und ihnen mitzuteilen, dass die problematische Situation wahrgenommen und dass nach adäquaten Lösungen gesucht wird. Im Sinne der Suchtprävention wäre das ein vorbildliches Vorgehen. Verbunden mit der Ausübung konstruktiven Drucks und dem Angebot von Hilfe würde eine wirksame Intervention erfolgen können. Untersuchungen belegen, dass persönliche Krisensituationen häufig mit Suchtmittelkonsum einher gehen (Schneider, 1998).

Direkte Kollegen vermeiden die Ansprache Betroffener mit der verständlichen Begründung, sie haben Scheu, ihrem Kollegen vielleicht unrecht zu tun oder schaden zu können. An den Vorgesetzten wenden sich Kollegen nicht, weil ihre Angst groß ist, dem Betroffenen nicht zu helfen sondern ihn beim Chef „anzuschwärzen“.

Führungskräfte haben Führen (und Gespräche führen) in der Regel nicht in ihrer Erstausbildung gelernt. Diese Kompetenz beruht oft auf Erfahrungswissen und Training. Sind beide Kriterien nicht erfüllt, resultiert daraus bei Vorgesetzten oftmals eine Unsicherheit im Umgang mit Mitarbeitern (Faulstich, 2001).

Diese Unsicherheit ist nur *ein* Hinderungsgrund für Vorgesetzte, Auffälligkeiten nicht anzusprechen. Die Liste von Hinderungsgründen wird verlängert durch den Mangel an Beweisen für vermutete Problematiken, persönliche Hemmungen, Angst vor der Reaktion des Mitarbeiters, zu wenig Zeit und mangelnde Informationen über Sucht (Fuchs & Rummel, 1999).

In Unternehmen werden Schulungen zu diesem Thema seit Mitte der 80er Jahre angeboten. In der Regel werden ein- bis zweitägige Seminare in Tagungshotels außerhalb der Unternehmen durchgeführt, um dieses unangenehme Thema zu diskutieren (Kap. 1.7).

In den elektronischen Datenbanken Psynex, im englischen PsycLit und PsycFirst.OCLC sowie der deutschen und englischen Medline ist jedoch weder ein Schulungskonzept für Vorgesetzte zum betrieblichen Umgang mit auffälligen Mitarbeitern enthalten noch eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit durchgeführter Maßnahmen. Auch kombinierte Searchterms wie „Suchtprävention und Führungskräfte“ erbrachten im Psynex nur Hinweise auf unterschiedliche Artikel aus dem Buch „Betriebliche Suchtprävention“ (1998) von Fuchs, Rainer & Rummel. In diesem Werk ist eine evaluierte Akzeptanzstudie von Führungskräften der Landesbank Berlin dargestellt. Das von den Autoren beschriebene Führungstraining wurde nicht evaluiert. Drei Artikel aus dem Suchtreport unter den Titeln „Eine Herausforderung für Führungskräfte“ (1998, Heft 5, 18-21), „Wenn der Mitarbeiter trinkt...“ (1995, Heft 6, 38-42) und „Drogenprobleme am Arbeitsplatz“ (1994, Heft 6, 44-46) und jeweils einem Artikel aus der Zeitschrift „Personalführung“ (1998, 31, 14 – 54) sowie der Arbeitsheftserie „Führungspsychologie“, Band 26 (1997) unter dem Titel „Der Umgang mit suchgefährdeten Mitarbeitern“ sind aufgelistet. In allen Artikeln wird der Bedarf von Schulungsmaßnahmen für Führungskräfte unterstrichen und Konzepte betrieblicher Gesundheitsförderung diskutiert, jedoch werden keine Trainingsabläufe geschweige denn Evaluationsstudien dargestellt.

In den Datenbanken PsycLit und PsycFirst wurde über zusätzliche Deskriptoren gesucht *Drug abuse prevention, * Management Personnel, * Leadership, * Employee Assistance Programms, * Social skills training und * Alcohol and prevention and worksite. Die kombinierte Suche über Drug abuse prevention and Leadership wies auf klinische Studien oder Planungskonzepte für veränderte Führungsaufgaben allgemein hin. Keine Literaturangaben gibt es zu Social skills training und Leadership und drug abuse prevention sowie zu Social skills training und Employee Assistance Programms. Bei dem sechsten Deskriptor „alcohol and prevention and worksite“ gab es zwei Hinweise auf Programme in Unternehmen. Im Journal of Behavioral Health Services & Research (2000, 152-165) ist der von Matano et. al. entwickelte computergesteuerte Test zur Einschätzung von Alkoholgefährdung dargestellt (2000, „The development of a computer-based alcohol abuse prevention program for employees“). Paul M. Roman et. al. haben mögliche Präventionsstrategien für Unternehmen ausgearbeitet (1999, In: Ammermann et. al. Prevention and societal impact of drug and alcohol abuse). Dabei handelt es sich um Interventionen die einem nichtpräventiv-arbeitenden Unternehmen die Basis für Gesundheitsförderung ermöglicht. Die drei benannten Artikel zu Drug abuse prevention and Leadership handeln von Präventionskonzepten in politischen Communities.

In der Medline sind unter genannten Deskriptoren (Englisch und Deutsch) keine Artikel aufgelistet.

Neuere Werke zu diesem Thema sind in den genannten Datenbanken kaum aufgeführt. Nur in PsycFirst ist auch Literatur neueren Datums zu finden, wobei auch hier die wichtige aktuelle Fachliteratur zu dem Thema nicht verzeichnet ist. Dazu gehören z.B. „Suchtprävention als Führungsaufgabe“ von Ziegler & Brandl (1999), „Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement“ von Wienemann (2000), Jahrbuch Sucht (2001/2002), „Nicht nur Drogen machen süchtig“ von Poppelreuter & Gross (2000). Gering repräsentiert ist auch die Literatur aus der Schweiz wie z.B. „SehnSucht“ von Vogt (1994).

Die Zahlen zum Vorkommen von Sucht in der deutschen Bevölkerung und in deutschen Unternehmen sind ein weiterer Grund genug, sich dem Thema der Führungskräftebildungen zu nähern. 9,3 Millionen Menschen (18 bis 69 Jahre) betreiben riskanten Alkoholkonsum, davon sind 1,6 Millionen bereits abhängig. 1,2 Millionen Menschen sind von Medikamenten, 250000 bis 300000 Menschen von illegalen Drogen abhängig (Bundesministerium für Gesundheit, 2000). Dabei sind noch nicht einmal die Arbeits-, Ess- und Spielsüchtigen berücksichtigt

Etwa 5 % aller Mitarbeiter in Unternehmen sind bereits an einer stoffgebundenen Sucht (z.B. Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit) erkrankt. Weitere 10 % sollen in einem Stadium der Gefährdung leben. Eine besondere Risikogruppe stellen die Auszubildenden und Führungskräfte/Manager dar, die jeweils zu 15 – 20 % betroffen sind (Schanz, 1995). Hinzukommen die Co-Abhängigen. Die Dunkelziffern sind mit Sicherheit um ein Vielfaches so hoch wie die genannten Schätzzahlen.

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass es keine einheitlichen Zahlen zur Suchtproblematik gibt. In der Regel finden wir in der Literatur Schätzzahlen, die die vermutete Dunkelziffer an Abhängigen nicht annähernd belegen. Auch die Zahlen der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) sind geschätzt. Darüber hinaus gibt es differierende Ergebnisse bei unterschiedlichen Erhebungsmethoden. Den am häufigsten zitierten Zahlen, denen der DHS (s.o.) liegen die Kriterien des DSM-IV (Gefährdung, Abhängigkeit, siehe Kap 2) zugrunde. Die Repräsentativerhebung von Kraus, Scherer & Bauernfeind (1998) vergleicht Ergebnisse des AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification), indem riskanter und schädlicher Konsum erfragt werden, mit denen des CAGE (cut-down, annoyed by criticism, guilt feelings, eye opener) und des DSM-IV. Die Ergebnisse des AUDIT sind mit 22,6 % (33,3 % Männer und 11,5 % Frauen) natürlich wesentlich höher, weil sie die riskanten und schädlichen Konsumenten abbilden nicht jedoch den abhängigen Konsumenten. Die Ergebnisse des DSM-IV entsprechen den Ergebnissen der DHS.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass Suchtprävention im betrieblichen Kontext immer bedeutsamer werden muss. Die Zahlen gefährdeter und abhängiger Mitarbeiter steigen stetig an, ein wirksamer Ansatzpunkt zur frühzeitigen Intervention ist der Arbeitskontext. Vorgesetzte

müssen für diese Aufgabe strukturiert geschult und die Schulungen müssen in Ihrer Wirksamkeit untersucht werden, um zu überprüfen, ob das verfolgte Ziel erreicht wurde.

In der vorliegenden Arbeit werden ein neuartiges modulares Führungstraining zum Thema Suchtprävention als Krisenmanagement vorgestellt, Hinweise zur Durchführung gegeben sowie Ergebnisse einer ersten Evaluation dargestellt. Viele Beispiele, Erklärungen und Theorien, die in der Arbeit gegeben und vorgestellt werden, beziehen sich dabei auf die Alkoholabhängigkeit, weil sie die bekannteste und verbreitetste stoffgebundene Sucht ist und am intensivsten erforscht wurde. Die Alkoholabhängigkeit wird mittlerweile als das sozialmedizinische Problem Nr.1 bezeichnet, weil das Trinken von Alkohol heute gesellschaftlich akzeptiert wird und integriert ist. Menschen mit Alkoholproblemen werden aus diesem Grunde oft „übersehen“, was dazu beiträgt, dass sie schnell zu chronisch Abhängigen werden können. Die Erfahrungen zur und der Umgang mit Alkoholabhängigkeit sind durchaus auf andere Abhängigkeiten zu übertragen, weil den stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Süchten ähnliche Phänomene und Prozesse zu Grunde liegen.

1.2 Stand der Suchtforschung

In diesem Kapitel wird ein kurzer Überblick zu Begriffen der Suchtforschung wie Abhängigkeit, Sucht, Gewöhnung und Missbrauch gegeben. Neben diesen Definitionen wird auch eine Differenzierung der Süchte in stoffgebundene und nicht-stoffgebundene Formen vorgenommen sowie die Komponenten einer Suchtentwicklung skizziert.

1.2.1 Klärung der Begriffe im Umfeld von Sucht und Suchtprävention

Im Folgenden wird die Terminologie des Forschungsfeldes Sucht umrissen. Die Literatur weist eine breite Varianz bei der Erläuterung und Benutzung der Begriffe Mißbrauch, Sucht und Abhängigkeit auf. Sogar das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1989) und die deutsche Ausgabe von Saß, Wittchen & Zaudig (1998) sowie die Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (Dilling et al., 1993) verwenden unterschiedliche diagnostische Kriterien besonders im Bereich des Substanzmißbrauchs. Darüber hinaus sind Klassifikationen und Kriterien für nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten zusammenhängend nicht zu finden. Diese sogenannten Verhaltens- oder Tätigkeitssüchte tauchen in den Klassifikationssystemen unvollständig auf oder sind punktuell anderen psychischen Erkrankungen zugeordnet. Auch in der psychologischen und psychiatrischen Fachliteratur gibt es keinen einheitlichen Umgang mit nicht-stoff-gebundenen Abhängigkeiten. Daher werden die verwendeten Fachausdrücke in diesem Unterkapitel präzise erläutert.

1.2.1.1 Gewöhnung

Wiederholtes Ausüben einer süchtigen Verhaltensweise, wiederholtes Einnehmen (= Gebrauch) eines Suchtmittels, führt zu einer Gewöhnung (= Habituation). Dies ist ein psycho-somatischer Vorgang. Die psychische Gewöhnung resultiert dabei aus der süchtigen Fehlhaltung, dem Bestreben aus der unerträglich scheinenden Realität in eine Betäubung zu flüchten. Hinzu kommt die somatische (körperliche) Gewöhnung als pharmakologischer Vorgang.

Unterschieden wird zwischen dispositioneller Gewöhnung, bei der durch Enzyminduktion eine höhere Toleranz erreicht wird, und zellulärer (pharmakologischer) Gewöhnung, die in einer Empfindlichkeitsabnahme des Erfolgsorgans besteht.

Riskanter Konsum ist von der WHO definiert. Für die legale Droge Alkohol sind die Grenzwerte für Männer 60 g Reinalkohol pro Tag. In alkoholische Getränke umgerechnet sind dies 1,5 Liter Bier mit einem Alkoholgehalt von ca. 5 Vol. % oder 1 Flasche Wein. Für Frauen liegt die riskante Grenze bei 30 g Reinalkohol pro Tag. Umgerechnet sind dieses z.B. dies drei 0,1 Gläser Sekt mit einem Alkoholgehalt von 12 Vol. % oder ein ¼ Liter Wein mit einem Alkoholgehalt von ca. 10 Vol. %. Wenn riskanter Konsum zur Gewohnheit wird, kann sich ein Ritual entwickeln (z.B. der Feierabend beginnt erst mit einer Flasche Bier).

Eine Folge kann die Dosissteigerung (= more-effect) sein. Das bedeutet, dass der/die Betroffene über die Zeit hinweg im Prozess der Gewöhnung immer höhere Dosen des Suchtmittels benötigt, um den gewünschten (Rausch)-Zustand zu erreichen.

1.2.1.2 Missbrauch

Allgemein wird der Begriff Missbrauch für den falschen Gebrauch eines Rechts, einer Funktion, einer Sache oder einer Person eingesetzt (Solms & Steinbrecher, 1975). Für den Missbrauch von Alkohol und anderen Suchtmitteln liegt ein Definitionsvorschlag der WHO von 1981 vor. Entscheidend dabei sind dabei die Kriterien Häufigkeit und Regelmäßigkeit. Einmaliger Mißbrauch hat keine langfristigen Folgen.

Bei Medikamenten und anderen Suchtmitteln wird der regelmäßige Gebrauch ohne medizinische Indikation bereits als Mißbrauch bezeichnet. Für die legale Droge Alkohol gelten andere Kriterien (Schmidt, 1993).

Alkoholmissbrauch wird vermutet:

- Wenn der Konsum die soziokulturellen Normen überschreitet. Für Frauen liegt die Grenze bei 40 bis 80 Gramm Reinalkohol pro Tag, für Männer bei 60 bis 120 g Reinalkohol pro Tag (Definition nach Bühringer; 2000).
- Wenn sonst tolerierte Alkoholdosen zu unpassenden Gelegenheiten konsumiert werden (z.B. Beim Führen von Maschinen).
- Wenn der Konsum zu vorübergehenden, deutlich sichtbaren Veränderungen der psychischen und/oder physischen Funktionen des Betroffenen führt (z.B. Rauschzustand).

Im DSM IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) werden dem Substanzmißbrauch folgende Kriterien zugeordnet: 1. Wiederholter Substanzgebrauch, der dazu führt, daß Verpflichtungen nicht erfüllt werden (z. B. Fernbleiben von Schule oder Arbeitsplatz. 2. Konsum in Situationen, in denen er körperlich gefährlich ist, wie z.B. beim Autofahren. 3. Wenn durch den Substanzkonsum Probleme mit dem Gesetz entstehen (z.B. Schlägereien, Festnahmen). 4. Wenn der Konsum fortgeführt wird, obwohl soziale und zwischenmenschliche Konflikte mit dem Konsum einher gehen (z.B. Streit mit Partner).

Die Diagnostische Leitlinie legt fest, dass eines dieser Kriterien sich in demselben 12-Monats-Zeitraum manifestieren muss, in dem in klinisch bedeutsamer Weise Leidensdruck und Beeinträchtigungen beim Konsumenten vorherrschen.

In der ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) wird für die Diagnose des Mißbrauchs (F1x.1) eine Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten vorausgesetzt. Weitere Kriterien sind nicht festgelegt.

1.2.1.3 Sucht, Abhängigkeit

Der Begriff Sucht hängt etymologisch zusammen mit dem althochdeutschen Wort „siech“ (= krank) und auch mit den Worten suht (= jegliche Krankheit; nach Harten 1999) sowie siukan (= krank sein; Vogt & Scheerer 1989). „Ursprünglich bezeichnete ‚Sucht‘ alle Krankheiten mit seelischen Verfehlungen und wurde bis zum 18. Jahrhundert mit Suchtmitteln jedoch nicht in Verbindung gebracht.“ (Wienemann, 2000 S. 28).

Im 19. Jh. werden die Begriffe Sucht und suchen umgangssprachlich verknüpft. Seitdem gehört es zu den Charakteristika der jeweiligen Sucht, dass der Betroffene nach der Erfüllung seiner Wünsche sucht, sie jedoch nicht finden kann, weil es sich um übersteigerte und immer auch krankhafte Bedürfnisse handelt (Vogt & Scheerer, 1989). Heute ist Sucht einerseits gleichbedeutend mit Krankheit (z.B. Gelbsucht), zum anderen hat sie die Bedeutung eines Lasters (z.B. Eifersucht, Arbeitssucht).

In einer international verbindlichen Definition wurde von der WHO (1952 – zitiert nach Vogt & Scheerer 1989, 14) erstmals festgelegt: „Sucht (drug addiction) ist ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, der durch die wiederholte Einnahme einer natürlichen oder synthetischen Droge hervorgerufen wird.“

Ihre Charakteristika sind 1. Ein überwältigendes Verlangen oder Bedürfnis (zwanghafter Art), die Drogeneinnahme fortzusetzen und sich das Suchtmittel mit allen Mitteln zu beschaffen.

2. Eine Tendenz zur Dosissteigerung. 3. Eine psychische (psychologische) und allgemein eine physische Abhängigkeit von den Drogenwirkungen. 4. Zerstörerische Wirkungen auf das Individuum und die Gesellschaft (WHO 1952; Vogt & Scheerer 1989)

Durch die Mehrdeutigkeit des Begriffes empfahl die WHO 1964 den Begriff „Sucht“ durch das Synonym Abhängigkeit zu ersetzen.

In der neuen Literatur und in der Praxis werden jedoch beide Begriffe benutzt. Auch in dieser Arbeit werden beide Begriffe synonym verwendet.

Eine allgemeingültige, anerkannte objektive Definition für Suchterkrankung gibt es in Forscherkreisen noch immer nicht. „Ob Sucht ein „unbezwingbares Verlangen nach einer Droge mit der Tendenz der Dosissteigerung und der Folge einer psychischen und manchmal auch physischen Abhängigkeit (WHO, 1952) oder ob Sucht eine körperliche oder überhaupt eine einheitliche Erkrankung ist (Jacobi, 1987; Arnemann, 1992; Petry, 1996), ob gar jede Gewohnheit, die sich gegen Veränderung sträubt, so bezeichnet werden muss oder ob es ein Problem des Verhaltensüberschusses ist (Schwoon & Krausz, 1990).“ (Wienemann, 2000, 34-35).

Es gibt viele Blickwinkel, Sucht zu betrachten. „Aus psychiatrischer Perspektive stellt Sucht ein psychopathologisches Phänomen, eine abnorme Verhaltens- und Erlebensweise dar, die auf der Basis einer süchtigen Fehlhaltung entsteht.“ (Feuerlein, 1989, 4). Als süchtige Fehlhaltung eines Menschen wird der Wunsch bezeichnet, sich aus der unerträglich scheinenden Realität zu flüchten (siehe 2.12, Gewöhnung). In der vorliegenden Arbeit wird die Suchtdefinition der WHO zu Grunde gelegt. Abhängigkeit und Sucht gibt es nicht nur im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen (z. B. Alkohol, Medikamente) und dem Essen (z.B. Bulimie, Anorexia nervosa), die auch als stoffgebundene Süchte bezeichnet werden. Auch die Arbeit, sportliche Aktivitäten sowie das Glücksspiel können Inhalt einer Abhängigkeit sein.

Jegliche Form menschlicher Tätigkeit kann süchtig entarten (von Gebattel, 1958). Etwas ausgeweiteter ist die Feststellung Wankes (1994), dass der menschliche Trieb, jede Leidenschaft und jedes menschliche Interesse süchtig entarten könne.

1.3 Süchte und süchtige Verhaltensweisen

Im Folgenden werden stoffgebundene von nicht-stoffgebundenen Süchten unterschieden. Die Grundlage bildet einerseits die Typologie der WHO sowie die Kriterien aus den beiden Klassifikationssystemen für psychische Erkrankungen DSM IV und ICD 10.

1.3.1 Stoffgebundene Süchte

Es gibt eine Vielzahl an Suchtmitteln, von denen Menschen abhängig werden können. Opiate, Halluzinogene, Kokain, Designerdrogen oder Cannabis sind nur einige davon.

Die beobachtbaren sozialen, psychischen und physischen Phänomene sind jedoch vergleichbar und sind im Folgenden stichpunktartig aufgelistet. In der großen Palette aller Drogen ist Alkohol sicher die Bekannteste.

All diese stofflichen Drogen sind psychoaktiv und wirken deshalb direkt auf das zentrale Nervensystem (ZNS). Komplexe Steuerungsfunktionen des gesamten Organismus werden dadurch beeinträchtigt. Eine zentrale Folge ist die Veränderung der psychischen Befindlichkeit.

Entscheidend für das Abhängigkeitspotenzial bei stoffgebundenen Süchten sind nicht nur die pharmakologischen und psychotropen Eigenschaften. Besondere Bedeutung für eine Suchtgefährdung haben individuelle Entwicklungsverläufe, biographische Details sowie Norm- und Wertevorstellungen (vgl. Kap. 1.4 ff)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1964) unterscheidet folgende Typen. Der Typ 1, der überwiegend eine Abhängigkeit auf der psychischen Ebene voraussetzt. Dazu gehören die Kokain-, Cannabis-, Halluzinogen- und Amphetamin-Abhängigkeit. Der Typ 2, bestehend aus zwei Gruppen, bei dem eine physische und psychische Abhängigkeit diagnostiziert wird. Zur ersten Gruppe gehören Alkohol, Nikotin, Barbiturate und Tranquilizer (Beruhigungsmittel). Zur zweiten Gruppe 2 gehören die morphinartige Analgetika (Schmerzmittel).

Da die Süchte als Krankheit definiert sind (WHO, 1968) sind sie in die klinischen Klassifikationssysteme aufgenommen. Im DSM IV (291.0 ff) werden sie bezeichnet als Substanzabhängigkeit/ Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen.

Die Abhängigkeit wird hier diagnostiziert wenn drei der folgenden sieben Kriterien zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten. 1. Eine Toleranzentwicklung; 2. Entzugssymptome; 3. Konsum großer Mengen und über einen längeren Zeitraum; 4. Die Kontrolle oder Reduzierung des Konsums misslingt; 5. Ein großes Zeitvolumen wird für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie für die psychosomatische Erholungsphase benötigt; 7. Soziale, berufliche und/oder Freizeitaktivitäten werden eingeschränkt/aufgegeben; 8. Der Substanzmissbrauch wird trotz Kenntnis der sozialen, psychischen oder körperlichen Probleme, die durch den Konsum bedingt sind, fortgesetzt.

In der ICD-10 finden sich die stoffgebundenen Süchte unter F10 – F19 als Psychische und Verhaltens-Störungen durch psychotrope Substanzen. Diese werden diagnostiziert, wenn 1. Ein starker Wunsch zum Substanzkonsum vorhanden ist; 2. Eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Substanzkonsums existiert; 3. Die Substanz, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden, konsumiert wird; 4. Ein körperliches Entzugssyndrom vorhanden ist; 5. Eine Toleranzsteigerung bereits stattgefunden hat; 7. Andere Interessen zugunsten des Substanzkonsums vernachlässigt werden; 8. Der Konsum trotz schädlicher Folgen fortgesetzt wird.

Für die Diagnostik des Abhängigkeitssyndroms müssen während des letzten Jahres mindestens drei der genannten acht Kriterien erfüllt sein.

1.3.1.1 Alkoholismus

Der Begriff geht auf Huss (1849) zurück, der als ‚alcoholismus chronicus‘ einen körperlichen und geistigen Zustand von Trinkern beschrieb. Jellinek hat 1960 den Begriff für die Beschreibung unterschiedlicher Formen gewohnheitsmäßigen Trinkens umgewertet. Gamma-Alkoholiker (bei denen kontrollverlustiges Trinken mit häufigen Rauschen im Vordergrund steht) werden von Delta-Alkoholikern (konstant hoher Alkoholkonsum, meist nicht bis zum Rausch, körperliche Abhängigkeitszeichen stehen im Vordergrund) unterschieden. Als Epsilon-Typen bezeichnet er den sog. ‚Quartalstrinker‘, bei dem es episodenhaft zu exzessiven Trinkphasen kommt. ‚Alpha- und Beta-Trinker‘ sind nicht abhängige Entlastungs- und Gelegenheitstrinker. Bis zum 19. Jahrhundert wurde die Sucht eher moralisch betrachtet. ‚Charakterlosigkeit‘ und ‚Willensschwäche‘ galten als Gründe für Alkoholismus. Im 20. Jahrhundert wurde Alkoholismus zunehmend als Krankheit angesehen.

Entsprechend dem medizinischen Modell von Alkoholabhängigkeit stand zunächst die körperlichen Folgeerscheinungen im Vordergrund, die mit chronischem Alkoholkonsum verbunden sind. In den 40er und 50er Jahren gewann das Konzept der Alkoholsucht zunehmend an Bedeutung. Die zentralen Kriterien für Alkoholismus im klinisch-psychiatrischen Sinne sind:

1. Ein abnormes Trinkverhalten (Menge und Modalität des Alkoholkonsums);
2. Somatische, alkoholbezogene Schäden;
3. Psychosoziale, alkoholbezogene Schäden;
4. Eine körperliche Abhängigkeit (Entwicklung von Toleranz und Entzugssyndrom);
5. Eine psychische Abhängigkeit (Kontrollverlust, gesteigertes Verlangen und Zentrierung von Denken und Handeln auf Alkohol).

Eine Alkoholabhängigkeit im klinisch-psychiatrischen Sinne ist erst zu diagnostizieren, wenn das Syndrom der ‚psychischen Abhängigkeit‘ (Nr. 5) vorliegt. Eine psychische Abhängigkeit kann unabhängig von einer körperlichen Abhängigkeit auftreten (Feuerlein, 1987).

Das Jellinek-Konzept wird heute oftmals durch die Typologie von Cloninger et al. vervollständigt (Mann, 2000). Die Cloninger-Typologie versucht die Suchtentwicklung, das Geschlecht und das Alter zur Beurteilung hinzuzuziehen.

Typ 1: Ein Betroffener mit spätem Krankheitsbeginn, geringer familiärer Belastung, ohne Geschlechtspräferenz und mit besserer Prognose.

Typ 2: Bei einem Betroffenen dieser Kategorie war der Beginn der Abhängigkeit vor dem 25. Lebensjahr. Es sind eindeutig mehr Männer betroffen und die familiäre (genetische) Belastung ist erhöht. Betroffene zeigen vermehrt Züge einer antisozialen Persönlichkeit und haben schlechtere Prognosen.

1.3.1.2 Medikamentenabhängigkeit

Im Jahr 2000 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 1,58 Milliarden Arzneimittel-packungen verkauft, etwa 36 % davon ohne Rezept im Rahmen der Selbstmedikation.

Sechs bis acht Prozent aller verordneten Arzneimittel besitzen ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, vor allem Benzodiazepine (Tranquilizer bei Angst- und Spannungszuständen sowie Schlafstörungen; z. B. Diazepam ratiopharm, Adumbran oder Tavor) und Codeinhaltige Medikamente (z.B. synthetisches Morphin in Husten-, Schmerz- und Migränemittel). Alle psychotropen Arzneimittel sind rezeptpflichtig (Glaeske, 2000).

Rund ein Drittel dieser Mittel werden jedoch nicht wegen akuter Probleme sondern langfristig zur Suchterhaltung und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet Benzodiazepine haben ein vergleichbar hohes Suchtpotential wie Alkohol und wirken gezielt auf das zentrale Nervensystem. Die Konzentrationsfähigkeit und das Reaktionsvermögen werden schnell beeinträchtigt sowie die Sinnesfunktionen reduziert. Die häufigste Form der Medikamentenabhängigkeit in den deutschsprachigen Ländern ist deshalb die von Benzodiazepinen (ca. 70 % aller Fälle). Rund 0,5 bis 1,5 % der Bevölkerung, das sind ca. 800000 Menschen, weisen eine Medikamentenabhängigkeit auf, meist in Kombination mit Alkohol oder illegalen Drogen (Poser, 2000). Bei allen Medikamentensüchten sind Frauen häufiger betroffen, das Erkrankungsalter liegt meist in der zweiten Lebenshälfte.

Medikamente haben genau so wie Alkohol eine Zwei-Phasen-Wirkung. Sie beeinflussen zunächst das Wohlbefinden, um dann eine geringe, aber langanhaltende Gegenwirkung zu entfalten (Lindenmeyer, 1996). Die Medikamentenabhängigkeit produziert einerseits dem Alkoholismus vergleichbare psychische und physische Symptome (Kap. 1.3.1.1), jedoch vollzieht sich die Abhängigkeitsentwicklung bei der Medikamentenabhängigkeit jedoch viel unbemerkter. Betroffene haben weder einen Foetor alcoholicus („Fahne“), noch auffällige Rausche zudem ist ihr Suchtmittel schnell und unauffällig einzunehmen und zu verstauen.

Ausschließliche Medikamentenabhängigkeiten treten selten auf. Wesentlich häufiger kommt es zur Abhängigkeit von mehreren Suchtmitteln gleichzeitig (= polytoxikomanes Suchtverhalten).

1.3.1.3 Nicht-stoffgebundene Süchte

In ihrer Komplexität sind die nicht-stoffgebundenen Süchte weder in den Klassifikationssystemen noch in der Psychologie- oder Psychiatrie-Literatur erfasst. Diese Süchte sind viel diskutiert und umstritten. Es existieren daher weder einheitliche Konzepte noch Erklärungsansätze. Diagnostikleitlinien existieren für die bekannteren und damit erforschten nicht-stoffgebundenen Süchte wie die Arbeits-, Spiel- und Kaufsucht sowie die Ess-Süchte (Adipositas, Anorexia nervosa, Bulimie) und andere.

1.4 Der Suchtprozess

Ein grundlegendes Phänomen des Suchtprozesses ist das Craving (zwanghaftes Verlangen, Gier). Diese klassisch konditionierten Reaktionen erschweren die Aufrechterhaltung der Abstinenz enorm (Wilcken & Rochow, 1999). Sucht wird deshalb definiert als „das Vorhanden-sein eines unwiderstehlichen Verlangens nach - wenigstens scheinbarer - Überwindung der dem Individuum in der sozialen Realität gesetzten Schranken mit Hilfe von Mitteln oder Handlungen, die dem Lustgewinn, der Unlustverhütung, der Verminderung sozialer Distanz und der Leistungssteigerung dienen (Battegay, 1978).

Diesem Verlangen werden das Wissen, die kognitiven Leistungen und die Emotionen untergeordnet. Die bewusste Veränderung des persönlichen Verhaltens wird unmöglich (Kontrollverlust), dabei kommt es zur Dosissteigerung (= more-effect) und die Tätigkeit muss immer wieder ausgeführt werden (Wiederholungszwang). Betroffene können der Sucht nicht widerstehen (Abstinenzunfähigkeit). Fehlt das Suchtmittel zeitweise oder kann das süchtige Verhalten nicht ausgeübt werden, treten physische und psychische Entzugserscheinungen auf. Das Leben der Betroffenen wird bestimmt durch das Suchtverhalten (= Interessenabsorption). Folgen sind häufig körperlicher und seelischer Zerfall sowie ein sozialer Abstieg (Ladewig, 1983 ; Gross, 1990).

1.5 Die Suchtentwicklung

Um eine Suchtentwicklung erklären zu können, wird von einem multikausalen Modell ausgegangen. Sowohl persönlichkeitszentrierte als auch interaktionsorientierte Faktoren spielen bei der Entstehung eine Rolle. Sucht und Abhängigkeit bilden sich aus, wenn verschiedene Lebensfaktoren in einer gewissen Konstellation zusammentreffen (Tölle, 1991). Es gibt vier Komponenten der Sucht-Entstehung. Dazu gehören die Persönlichkeit, die aktuelle Lebenssituation, das Suchtmittel und/oder das süchtige Verhalten sowie die gesellschaftlichen Verhältnisse. Das multikausale Modell zeigt, dass nur das Zusammenwirken der einzelnen Faktoren die Entstehung einer Sucht erklären kann. Im Folgenden sind die vier Komponenten näher erläutert.

Komponente 1: Die Persönlichkeit

Zu den prägenden Elementen der Persönlichkeit gehören: 1. Das individuelle Potenzial (Geschlecht, körperliche Möglichkeiten); 2. das soziale Netz (z.B. Beziehungen, Vorbilder) und 3. das räumliche bzw. sozio-kulturelle Umfeld (z.B. Wohnort, Schichtzugehörigkeit, Arbeitsbedingungen, Religion).

Diese Faktoren bilden die Basis für den Umgang mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen. Darüber hinaus sind die Kompetenzen im Bereich Konfliktmanagement und Kommunikationsfähigkeit entscheidend. Je breiter das Verhaltensrepertoire eines Menschen für die Bewältigung unterschiedlicher Lebenssituationen ist, desto seltener ist der Weg in die Sucht.

Komponente 2: Die aktuelle Lebenssituation

Der momentane Lebenskontext eines Menschen, dazu gehören die berufliche, familiäre und finanzielle Situation sowie der Sozialstatus und die Religion, unterliegen Veränderungsprozessen und sind situativ von positiver oder negativer Auswirkung. Die Adoleszenz, in der viele psychische, physische und soziale Entwicklungsschritte zu bestehen sind, stellt dabei eine Lebensphase mit erhöhter Krisenanfälligkeit da.

Komponente 3: Suchtmittel/Süchtige Verhaltensweisen

Die Einnahme von Suchtmitteln oder die Ausübung süchtiger Verhaltensweisen ist ein Versuch, Konflikte zu lösen oder Krisensituationen zu entspannen. Die wichtigsten Kriterien in Bezug auf das Suchtmittel sind die Verfügbarkeit, die Stärke des Suchtmittels (Suchtpotenz), die Dosis, die Dauer und die Häufigkeit der Einnahme. Bei nichtstoffgebundenen Suchtformen gelten vergleichbare Kriterien (z.B. Häufigkeit der Ausübung der süchtigen Verhaltensweisen, Intensität).

Komponente 4: Gesellschaftliche Verhältnisse

Aspekte des Drogengebrauchs sollten vor dem kulturellen Hintergrund betrachtet werden. Wie eine Gesellschaft verschiedene Lebensbereiche (z.B. Familie, Arbeit, Freizeit) organisiert, legt einen Grundstein für Normen und Werte. Die wiederum bestimmen den Umgang mit Suchtmitteln in einer Gesellschaft. Gesetze und deren Auslegung entscheiden über Legalität und Illegalität. Von großer Bedeutung sind auch die „nicht kodifizierten Abmachungen“ (Gassmann et al., 1985), also die ungeschriebenen Regeln einer Gesellschaft, ihre Sitten und Bräuche.

1.6 Sucht in Deutschland

Im vorherigen Kapitel wurden die unterschiedlichen Süchte definiert und wichtige Begriffe der Sucht-forschung erklärt. Zwischen normalem, missbräuchlichem und süchtigem Konsum liegt ein breites Spektrum an Verhaltensweisen bezogen auf die verschiedenen Suchtmittel. Der konkrete Umgang mit potenziellen Betroffenen setzt ein erweitertes Suchtwissen voraus. Dazu zählt auch ein Blick auf das Ausmaß der Suchtproblematik in Deutschland und in den Unternehmen. Im Folgenden ist das Vorkommen der Süchte und der quantitative Konsum von Suchtmitteln in Zahlen aufgeschlüsselt.

1.6.1 Ausmaß der Suchtproblematik

Das am häufigsten konsumierte Suchtmittel ist nach wie vor der Alkohol. Nach den neuesten Zahlen der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS, Jahrbuch 2002) und dem Sucht- und Drogenbericht der Bundesregierung 2002 gibt es in Deutschland 9,3 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 69 Jahren, die riskanten Alkoholkonsum und 2,7 Millionen Menschen, die Alkoholmissbrauch betreiben. 1,6 Millionen Konsumenten sind bereits abhängig.

Eindeutig ist, dass weltweit mehr Männer als Frauen alkoholabhängig sind. Das Verhältnis hat sich in den letzten Jahren jedoch zu Lasten der Frauen verschoben. Heute wird davon ausgegangen, dass 65 % der Alkoholiker männlichen, 35 % weiblichen Geschlechts sind.

Psychoaktive Medikamente werden von 1,5 Millionen Menschen abhängig eingenommen.

Allein 1,2 Millionen Betroffene sind von Benzodiazepinen (Beruhigungsmittel) und ihren Derivaten abhängig. Die Medikamentenabhängigen sind zu zwei Drittel weiblichen Geschlechts. Illegale Drogen (ohne Cannabis) werden in Deutschland von 250000 bis 300000 Personen konsumiert. Dazu zählen Heroin, andere Opiate, Amphetamin und Ecstasy. Etwa 150000 davon gehören zu den Abhängigen, die die Droge mit hoher Intensität konsumieren (= mind. 100mal in den letzten 12 Monaten).

Im Jahr 2000 gab es zusätzlich zwei Millionen Menschen, die Cannabis konsumierten, etwa 270000 davon sind Dauerkonsumenten.

Der Anteil der Nikotin-Raucher in Deutschland ist extrem hoch. 15,1 Mio. Bundesbürger betreiben riskanten Konsum (= sechs oder mehr Zigaretten/Tag) und 7,7 Mio. missbräuchlichen Konsum (= 20 oder mehr Zigaretten/Tag).

Tabelle 1: Darstellung des Vorkommens stoffgebundener Süchte in Deutschland im Jahr 2000.

Angabezeitraum	Suchtmittel	Abhängigkeitsgrad	Betroffene
2000	Alkohol	Riskanter Konsum	9,3 Millionen davon
2000		Missbrauch	2,7 Millionen
2000		Abhängigkeit	1,6 Millionen
1999	Medikamente	Abhängigkeit	1,5 Millionen
2000	Nikotin	Riskanter Konsum	15,1 Millionen davon
		Missbrauch	7,7 Millionen
		Abhängigkeit	Keine Angaben
1999	Illegale Drogen	Missbrauch	250.000 bis 300.000
		Abhängigkeit	150.000

Quellen: Jahrbuch Sucht 2002; Institut für Therapieforschung 2001 und Sucht- und Drogenbericht der Bundesregierung 2002

Das Vorkommen nicht-stoffgebundener Süchte in der Bevölkerung ist leider nicht in dieser Form über wissenschaftliche Erhebungen und Studienergebnissen zu belegen. Schätzzahlen gibt es jedoch für das pathologische Glücksspiel und für die Ess-Störungen Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht).

Die Anzahl pathologischer Spieler wird in Deutschland auf 80.000 bis 130000 geschätzt. Genauere Zahlen gibt es nicht. Der Gesamtumsatz auf dem Glücksspielmarkt von 52,7 Milliarden DM lässt jedoch vermuten, dass die Anzahl der Betroffenen noch viel höher ist (Meyer, 2001).

Auch über die Prävalenz von Essstörungen gibt es wenig genaue Daten. Bekannt ist jedoch, dass das Risiko für diese Störung in der Bevölkerung nicht gleich verteilt ist. Essstörungen treten bevorzugt in bestimmten Gruppen auf. Die Anorexia nervosa hat eine Prävalenz von 0,2 bis 2 %. Betroffene sind zu 95% Frauen, die in der Regel im Alter zwischen 15 und 23 Jahren erkranken (Poppelreuter & Gross, 2000). Die Prävalenz für die Bulimia nervosa ist auf 2 bis 4 % geschätzt. Der Erkrankungsgipfel liegt hier zwischen 20 und 30 Jahren, wobei 90 % der Betroffenen Frauen sind (Tölle, 1991).

Adipositas tritt am häufigsten zwischen dem 40 und 65. Lebensjahr auf. Die Prävalenz für Frauen liegt zwischen 9 - 25 %, bei den Männern zwischen 10 und 16 % (Poppelreuter & Gross, 2000).

Die Alkoholabhängigkeit ist in Deutschland immer noch das sozialmedizinische Problem Nr. 1, deshalb werden Beispiele im Folgenden hauptsächlich aus diesem Suchtbereich stammen. Das heißt jedoch nicht, dass die Medikamentenabhängigkeit, die Abhängigkeit von illegalen Drogen wie Kokain oder andere Süchte in betrieblichen Kontexten nicht vorkommen, sondern diese Süchte sind nicht so bekannt und erforscht wie die Alkoholabhängigkeit.

Für den betrieblichen Kontext ist zudem nicht die Suchtform das entscheidende Kriterium, sondern viel mehr die Auswirkungen des süchtigen Verhaltens auf die Leistungen, die Fähigkeit Leistungen zu erbringen und die tatsächlich gezeigte Leistung sowie den Gesundheitszustand, die Arbeitssicherheit, das Betriebsklima, die Erfüllung arbeitsvertraglicher Pflichten und die Unternehmenskultur. Wichtig ist, dass das soziale Umfeld eine sensible Wahrnehmung für Veränderungen bei Kollegen und Mitarbeitern entwickelt und den Mut findet, Veränderungen und Auffälligkeiten in Zukunft vermehrt anzusprechen.

1.6.2 Suchtprobleme in Unternehmen

Nach dem Sucht- und Drogenbericht (Bundesregierung, 2002) und durchgeführten Repräsentativerhebungen über die Diagnostik des ICD-10, des DSM-IV und das Testverfahren AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification) betreiben 21,7 % der Befragten, die zwischen 18 und 59 Jahren alt sind und damit die Gruppe der Berufstätigen in Unternehmen darstellen, riskanten und schädlichen Alkoholkonsum. 5 % der Befragten (2,4 Millionen) betreiben nach den Schlüsselkriterien Missbrauch und 3 % der Befragten sind bereits abhängig.

Auch bei jugendlichen Konsumenten sind keine positiven Entwicklungen zu erkennen. Eine Befragung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 14 bis 24 Jahren ergab, dass 15,1 % der männlichen und 4,5 % der weiblichen Jugendlichen Alkoholmissbrauch betreiben und bereits 2,5 % der Jugendlichen abhängig sind (Meyer & John, 2001).

Für Unternehmen bedeutet es, dass 5 bis 8 % der Belegschaft alkoholabhängig sind und weitere 10 % der Mitarbeiter riskanten Alkoholkonsum betreiben. Hinzu kommen dann noch die anderen Sucht-problematiken wie z.B. die Medikamentenabhängigkeit

Daraus ergibt sich bereits, dass neben den Führungskräften in den Unternehmen, die als Multiplikatoren fungieren, dringend die Auszubildenden für den Umgang mit gefährdeten oder bereits abhängigen KollegInnen und für die Reflexion des eigenen Suchtmittelgebrauchs geschult werden müssen.

Auch allgemeine Informationsveranstaltungen für alle Mitarbeiter sind sinnvoll, weil jeder Mitarbeiter durch erhöhte Sensibilität und erweitertes Wissen als zusätzlicher Multiplikator genutzt werden kann. Diese verbesserte Wahrnehmung lässt Vorgesetzte, Auszubildende sowie Mitarbeiter aufmerksamer werden im Umgang mit Kollegen. Betroffene Kollegen/Mitarbeiter eher wahrzunehmen, sie eher anzusprechen, ihnen eher Hilfe anzubieten heißt einerseits, in der Lage zu sein, persönliche Schicksale positiv beeinflussen zu können (menschliche Komponente), und andererseits Fehlzeiten zu reduzieren oder zu vermeiden (betriebswirtschaftliche Komponente). Unternehmen haben einen doppelten Nutzen: Das Gesundheitsverhalten ihrer Mitarbeiter wird sich schon mittelfristig positiv verändern. Das bedeutet, dass die Mitarbeiter motivierter und leistungstärker sind. Darüber hinaus werden Kosten der Fehlzeiten eingespart, die gerade bei Abhängigen extrem hoch sein können.

1.6.3 Relevanz der Daten für Unternehmen

Aus oben genannten Daten ergibt sich praktischer Handlungsbedarf für die Geschäftsführungen von Unternehmen und Betrieben. Denn im wesentlichen sind gerade die in Betrieben beschäftigten 18- bis 59jährigen diejenigen, die von Suchtgefährdungen oder -abhängigkeiten betroffen sind.

Darüber hinaus steht heute viel mehr als in den vergangenen Jahren das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Mittelpunkt. Seit der Umgang mit Alkoholproblemen zunehmend als Führungsthema begriffen und mit innerbetrieblichen Spielregeln, Kommunikations-Leitlinien und Entscheidungsstrukturen in Verbindung gebracht wird, rückt auch die Frage nach den Kosten stärker ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Präventionsmaßnahmen werden über den Aspekt der Fürsorge hinaus legitimationsbedürftig (Fuchs & Petschler, 1999, 51).

In vielen deutschen Unternehmen, Firmen und Betrieben sowie öffentlichen Einrichtungen nahezu aller Branchen werden mittlerweile Führungstrainings zum Thema Sucht-/ Alkoholprävention durchgeführt. Dieses Schulungsthema für Führungskräfte, gemeint sind Mitarbeiter in einer Leitungsposition mit Personalverantwortung, nimmt heute einen höheren Stellenwert in den Unternehmen ein als je zuvor. Die statistischen Zahlen suchtgefährdeter und -erkrankter Arbeitnehmer, die jährlich steigen, haben dafür gesorgt, dass auch massive Gegner von diesem wichtigen Schulungsthema überzeugt oder zumindest zum Handeln aufgefordert wurden.

In der Regel werden die Seminare über zwei Tage abgehalten und finden außerhalb des Unternehmens in Hotels oder Tagungshäusern statt. Inhaltlich geht es meist noch immer zentral um die Vermittlung

von Wissen zum Thema Alkoholprävention, dem Aufbau und der Anwendung eines Hilfesystems und der Verdeutlichung von Therapieansätzen in Kombination mit dem Besuch einer Suchtklinik. Die anderen stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Süchte sowie das Thema der betrieblichen Prävention haben nur Randbedeutung.

Schriftliche Ergebnisse von Evaluationsmaßnahmen solcher betriebsinternen Schulungsmaßnahmen für Führungskräfte liegen erstaunlicherweise nicht vor. Fuchs stellt sogar fest, dass betriebliche Suchtpräventionsprogramme in der Regel nicht evaluiert werden (1998). Es existieren jedoch hinreichend Kosten-Nutzen-Abschätzungen präventiver Maßnahmen, die dann durch Fehlzeiten-studien erhärtet werden.

Geklärt ist durch bekannte Untersuchungen jedoch,

1. dass betriebliche Interventionen und Hilfestellungen geeignet sind, Suchtverläufe abzukürzen und dem Betroffenen und dem Unternehmen Schwierigkeiten zu ersparen
2. dass sich betriebliche Interventionen finanziell auszahlen.

Ungeklärt ist jedoch, welche Art von Maßnahmen geeignet sind, die Anzahl der im Betrieb durchgeführten Interventionen (Mitarbeitergespräche) zu erhöhen (Rainer, Rummel, 1999).

1.6.4 Behandlungsmöglichkeiten

Immer mehr Unternehmen in Deutschland implementieren in ihr Organisationskonzept sogenannte Interventionsketten zum Umgang mit Abhängigen. Zentrales Ziel dieser Interventionsketten ist, dem Betroffenen zu helfen statt zu kündigen. Das heißt, dass Personalleiter/-referenten und Vorgesetzte ihren betroffenen Mitarbeitern therapeutische Behandlungen nahelegen, um deren Arbeitsplatz nicht zu gefährden.

Die heute empfohlene Behandlung basiert auf dem bio-psycho-sozialen Konzept. Bei der Psychotherapie von Suchterkrankungen steht der Veränderungsprozess des Betroffenen im Vordergrund (Thomasius, 1999). In der Regel umfassen die psychotherapeutischen Konzeptualisierungen in den ambulanten (Hausarzt, Psychotherapeuten, Beratungsstellen), teilstationären (Tageskliniken) und stationären (Psychiatrien und internistische Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser oder Suchtkliniken) Behandlungsprogrammen für Suchtkranke verschiedene psychotherapeutische Behandlungsmethoden (psychoanalytische, verhaltenstherapeutische und systemische Verfahren). In den meisten Behandlungsprogrammen werden Therapiemethoden kombiniert und hinsichtlich ihrer Modifikation stark an der Spezifität des Suchtverhaltens ausgerichtet.

In der Initialphase einer Sucht-Therapie geht es zentral um die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Abstinenzmotivation (Mann, 2000) und um die Analyse und Aktivierung schlummernder Ressourcen und Fähigkeiten (Wilcken & Rochow, 1999).

Erst im weiteren Verlauf wird der Fokus auf die allgemeine Problem- und Konfliktbearbeitung gesetzt. Im gesamten Therapieprozess (Einzel-, Gruppen- oder Familienorientierter Ansatz) geht es um die Förderung von Eigeninitiative, Selbstverantwortung und Zukunftsorientierung.

Von den in 2001 insgesamt 4,3 Millionen abhängigen Alkoholikern und missbräuchlichen Alkoholkonsumenten sind 170.000 Betroffene in Behandlung (Institut für Therapieforchung, 2001).

Von geschätzten 400000 Abhängigen von illegalen Substanzen und Cannabis sind insgesamt 83000 Menschen in Behandlung. Darunter sind 11000 Cannabis-Konsumenten und 2200 Medikamentenabhängige.

Eine Studie der Universität Göttingen (1994) belegt, dass 90 % aller therapiewilligen Alkoholiker durch angemessenes Reagieren des Vorgesetzten den Weg in die Beratungsstellen und damit in die Therapieeinrichtungen finden.

1.7 Betriebliche Suchtprävention

In diesem Kapitel wird der Entwicklungsprozess der Unternehmen im Umgang mit dem Thema suchtgefährdete und -kranke Beschäftigte kurz dargestellt. Wichtig sind dabei einerseits die thematische Verschiebung im Ansatz von Präventionskonzepten. Andererseits auch die Aspekte der betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Abwägung und die damit verbundenen Auswirkungen auf die betriebliche Organisation.

1.7.1 Von der Alkohol- zur Suchtprävention

Suchtprävention ist ein weitgefasster Begriff, der viele Einsatzbereiche und Maßnahmen umschließt. Betriebliche Suchtprävention beschreibt heute alle Interventionen zur Sucht-Vorbeugung und Suchthilfe für Beschäftigte in Unternehmen, Betrieben, Verwaltungen und allen anderen Einrichtungen mit Arbeitskontext (Wienemann, 2000).

Betriebliche Suchtprävention ist die zeitgemäße Weiterentwicklung der Alkoholprävention, die in den 40er Jahren mit der betrieblichen Beratung trockener Alkoholiker begann (Trice und Schonbrunn, 1981) - in Unternehmen.

Übergreifendes Ziel von betrieblicher Suchtprävention ist es, die mit der Suchtmittleinnahme verbundenen Probleme wie z.B. Leistungsminderung, Arbeitspflichtverletzungen, Fehlzeiten und Arbeitsunfälle offensiv anzugehen und einer Lösung zuzuführen. Darüber hinaus werden Präventionsprogramme als Fürsorge für Mitarbeiter mit psychosozialen Problemen verstanden.

Prävention im Sinne einer allgemeinen Gesundheitsförderung kann selbstverständlich nicht nur auf Alkoholprävention reduziert werden. Dafür sprechen nicht nur die positiven Erfahrungen aus dem gesamten Arbeitsfeld betrieblicher Sozialarbeit, sondern auch die Entwicklung der Employee-Assistance-Programme (Gesundheitsförderungsprogramme/EAP's) in den USA, die vielfach aus klassischen Alkoholprogrammen hervorgegangen sind (Rummel, 1999) und nicht nur auf Sucht sondern viele psychosoziale Probleme ausgerichtet sind.

Sind die Netze von Hilfsangeboten im thematischen Ansatz weiter gespannt, reduzieren sie die Stigmatisierung und die Befangenheit Betroffener oder Mit-Betroffener. Darüber hinaus wird der Einstieg in eine mögliche Suchtproblematik über andere psychosoziale Problemfelder wie Ehe, Familie, Finanzsituation, berufliche Unzufriedenheit etc. erleichtert, weil Scham- und Schuldgefühle nicht so stark zum Tragen kommen und eine emotionale Distanz die notwendige Öffnung ermöglicht.

In den amerikanischen EAP's werden daher sogar Stressbewältigung, Hilfe in Kommunikation & Führung, Analyse der Arbeitsbelastung und Arbeitsplatzgestaltung, Ernährungsberatung und Sport-veranstaltungen angeboten (Dietze, 1992)

1.7.2 Defizitorientierte Unternehmensstrategien

Die Implementierung von Präventionsprogrammen in Unternehmen startete in Deutschland erst Mitte der 70er Jahre (Rummel & Rainer, 1998). Bis zu diesem Zeitpunkt gab es engagierte Einzelkämpfer in Personalabteilungen oder mitbetroffene Betriebsräte, die sich für das Thema Alkoholprävention einsetzten. Drogen und Rausch sind feste Bestandteile fast jeder Kultur, die so lange unproblematisch erlebt werden, wie sie in medizinische, soziostrukturelle, rituelle, magische oder religiöse Anwendungen eingebunden bleiben und ihr Nutzen höher eingeschätzt wird als die anfallenden Kosten (Wieland, 1992). Das war bis zu den 70er Jahren Inhalt der Unternehmensstrategien. Klare Handlungsleitlinien für Vorgesetzte oder Interventionspläne für Betroffene existierten deshalb nicht. Jedoch gab es Sucht- und besonders Alkoholprobleme in Betrieben und Unternehmen natürlich auch schon vor der Einführung dieser Präventionsprogramme. Bekannt ist, dass bis 1975 dieses Thema nach Gutdünken umgesetzt wurde. In der Regel wurden alkohol- oder suchtkranke Mitarbeiter so lange weiter beschäftigt, bis es zu einem kritischen Arbeitsunfall kam, die Fehlzeiten extrem zu-nahmen, die Arbeitsleistungen massiv abnahmen, ein Vorgesetzter oder Kollege auf Veränderung klagte oder der betroffene Beschäftigte verstarb.

In keinem der genannten Fälle (im letztgenannten sowieso nicht) gab es für den Betroffenen noch eine Lösung in dem existierenden betrieblichen Kontext zu verbleiben. Das „diagnostizierte“ Defizit sorgte (und sorgt auch heute noch oftmals) für verhaltensbedingte Kündigungen. Hilfsangebote und lösungsorientierte Strategien für die Betroffenen gab es in der betrieblichen Praxis nicht.

1.7.3 Lösungsorientierte Unternehmensstrategien

1975 wurden die ersten strukturierten Interventionssysteme für suchtgefährdete und -erkrankte Beschäftigte installiert (Kleinsorge u.a. , 1975). Die Industriebetriebe waren mit gezielten Suchthilfe-angeboten Vorreiter auf dem Markt (z.B. BASF; Bestandaufnahme der Betreuung von alkohol- und

suchtkranken bei Kleinsorge u.a., 1975) und schoben die Entwicklung von lösungsorientierten Unternehmensstrategien an.

Betriebliche Suchtarbeit ist aber noch immer vorrangig Arbeit an Alkoholproblemen, d.h. an den Erscheinungsformen und Folgen des Alkoholmissbrauchs (Wienemann, 2000).

Im öffentlichen Dienst gibt es Dienstvereinbarungen zur Hilfe suchtkranker und –gefährdeter Mitarbeiter sowie zur Vorbeugung aller Süchte seit 1980. Fünf Jahre später bildete sich die betriebliche Suchtprävention in deutschen Unternehmen als Institution mit spezifischen Strukturen und verteilten Verantwortlichkeiten innerhalb der Organisation heraus (Liepmann, 1988; Nette, 1999). Für dieses Handlungsfeld werden z.B. Arbeitskreise oder Projektgruppen eingesetzt, Programme entwickelt, Dienst- oder Betriebsvereinbarungen geschlossen und schließlich haupt- und nebenamtlich tätige Personen für die betriebliche Suchtarbeit abgestellt (Wienemann, 2000). Zentrales Ziel der betrieblichen Suchtprävention ist es, dem betroffenen oder gefährdeten Mitarbeiter mit konstruktivem Führungsverhalten eine adäquate Hilfe und Unterstützung anzubieten, jedoch abgestuft auch weitreichende Konsequenzen aufzuzeigen.

Suchtprävention ist heute mehr als die Verhinderung von Alkoholproblematiken und gesundheitlichen Schäden sondern vielmehr das Bewusstmachen der Zusammenhänge von Konsumgewohnheiten, Arbeitsverhalten und -leistung. Bei insgesamt rund 90 % Alkoholkonsumenten, von denen nahezu die Hälfte mindestens auch gelegentlich am Arbeitsplatz trinkt (BzgA, 1992), wird eben jedes Organisationsmitglied als Adressat von Präventionsaktivitäten verstanden.

1.7.3.1 Primäre betriebliche Suchtprävention

Maßnahmen zur Suchtvermeidung als Angebot für alle Beschäftigten in Betrieben und Unternehmen wird als primäre Suchtprävention bezeichnet. Oftmals geschieht dieses in Kombination mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, der Personal- und Organisationsentwicklung.

Die Ziele der primären Suchtprävention sind, einerseits die betrieblichen Rahmenbedingungen und Trinkkulturen zu überprüfen und möglicherweise adäquatere zu schaffen (z.B. Verfügbarkeit von Suchtmitteln in Kantinen prüfen). Andererseits einen angemessenen Umgang mit der Sucht zu etablieren und zu vermitteln, dass Abhängigkeiten zu den chronischen Erkrankungen zählen. In großangelegten Mitarbeiter-Informationsveranstaltungen werden z.B. Wissen zum Thema vermittelt und die Wahrnehmung der Mitarbeiter für suchtgefährdete Kollegen und für den eigenen Umgang mit Suchtmitteln sensibilisiert.

1.7.3.2 Sekundäre betriebliche Suchtprävention

Inhalt der sekundären Suchtprävention ist die frühzeitige Intervention, um betroffenen Mitarbeitern durch konstruktive Hilfe einen Ausstieg aus der Sucht zu ermöglichen. Bestenfalls mündet diese Intervention in eine Begleitung zur Sucht-Behandlung (z.B. Hinweis auf interne und externe Beratungsstellen, Terminvereinbarungen mit Therapieeinrichtungen etc.). Die sekundäre Suchtprävention beinhaltet deshalb auch die Beratung, Unterstützung und Qualifizierung von Führungskräften im Hinblick auf eine adäquate Verhaltensstrategie dem betroffenen Mitarbeiter gegenüber. Mitarbeitergespräche dieser Art vorzubereiten, zu führen und die Ergebnisse auf der Grundlage des Interventionsplanes zu überprüfen, ist ein wichtiger suchtpreventiver Aspekt und die Grundlage für konstruktive Hilfe.

1.7.3.3 Tertiäre betriebliche Suchtprävention

Im dritten Schritt der Suchtprävention geht es um die Rehabilitation und die Rezidivprophylaxe betroffener Mitarbeiter (z.B. um eine Begleitung während oder nach ambulanten oder stationären Therapien). Auch die informative Vorbereitung des Arbeitsumfeldes und die Integration rückfallvorbeugender Maßnahmen in das betriebliche Umfeld sind feste Bestandteile (z.B. Überprüfung und Veränderung der Arbeitsbedingungen).

1.7.4 Betriebswirtschaftliche Auswirkungen von Suchtprävention

Die Kosten-Nutzen-Korrelation ist ein wichtiges Kapitel in der betrieblichen Suchtprävention geworden. Nach populären Formeln wie z.B. die des Stanford Research Institutes, wurden Berechnungen für Alkoholranke aufgestellt. Durch Fehlzeiten und Leistungsminderung erbringen sie rechnerisch um 25 % geminderte „Lohngegenleistungen“ (Ziegler, 1984). Nachweisbar ist darüber hinaus, dass Alkoholprobleme die Arbeitssicherheit in hohem Maße beeinträchtigen (Fuchs & Resch, 1996). In einer 1993 durchgeführten Analyse mit dem Ziel, betriebliche Suchtprävention per se abzuschätzen, konnte nachgewiesen werden, dass sich suchtpreventive Interventionen reduzierend auf alkoholbedingte Fehlzeiten auswirken (Fuchs, Petschler 1999).

Vorausgesetzt es gelingt, die Abhängigkeitserkrankung, durch Interventionen der Vorgesetzten im betrieblichen Kontext, zum Stillstand zu bringen.

Bei einer vorsichtigen Hochrechnung auf eine Gesamt-Mitarbeiterzahl von 10.000, den Fehlzeitenmittelwerten und der Annahme, dass 5 % aller Mitarbeiter eines Unternehmens alkoholkrank sind, entstünde ein Schaden von über 2,6 Millionen € pro Jahr. Würden nun noch realistische statt konservative Fehlzeitenmittelwerte in diese Gleichung eingesetzt werden, würde sich die Summe der entstehenden Kosten mit 8,2 Millionen € mehr als verdreifachen (Fuchs, 1999).

Bei einer Übertragung dieser Ergebnisse auf die Praxis bedeutet dies, dass Sucht im betriebswirtschaftlichen Sinn den Produktionsfaktor Arbeit und damit die effektive Nutzen der Humanressourcen beeinträchtigt. “ Die Frage, die sich Unternehmen vor der Investition jedweder Summen stellen ist, „Was gewinnen wir damit?“ (Lenfers 1988; Dietze, 1992).

In bezug auf Suchtprävention müsste die Antwort lauten, der Gewinn sind gesunde Mitarbeiter und eine hohe Arbeitszufriedenheit. Damit ist Suchtprävention ein System sehr intelligenten Sparens.

Kranke Menschen oder die Gespräche, die mit kranken Menschen geführt wurden in Zahlen aufzurechnen, wirkt unmoralisch und unmenschlich und die Komplexität menschlichen Erlebens und Verhaltens lässt sich selbstverständlich nicht auf Eurobeträge reduzieren. Kosten-Nutzen-Rechnungen allein aber liefern die sogenannten überzeugenden „hard facts“ (nachprüfbare Fakten), die Unternehmensleitungen zum Erhalt oder gar zum Ausbau betrieblicher Präventionsprogramme heranziehen (Rainer, 1999).

1.7.5 Führungsaufgabe „Suchtprävention als Krisenmanagement“

Suchtprävention ist ein zentrales Führungsthema (geworden). In vielen Unternehmen zählt die Schulung zu dieser speziellen Thematik bereits zu einer Schlüsselkompetenz für Führungskräfte und ist aus Qualifizierungscurricula nicht mehr wegzudenken.

Suchtprävention ist ein ‚etwas anderes‘ Führungsthema. Es geht dabei nicht nur um spezifische Veränderungen in der Führungs- und Kommunikationskultur. Effiziente Schulungen zu diesem Thema fordern auch einen Anteil an Selbstreflexion des eigenen Verhaltens und im Umgang mit Suchtmitteln. Denn mit dem persönlichen Suchtverhalten prägen die Führungskräfte die Suchtkultur in ihrem eigenen Verantwortungsbereich.

Die Sensibilisierung der Wahrnehmung in bezug auf das eigene Verhalten und auf das Verhalten der Mitarbeiter ist deshalb die absolute Voraussetzung, um Interventionen überhaupt platzieren zu können.

Das heißt, dass die Führungskraft als Mensch mit seiner speziellen Persönlichkeitsstruktur permanent im Focus steht. Sich dem zu stellen, fordert Mut und konsequentes Handeln. In der Realität ist dieses offenbar schwierig zu vereinbaren, denn Führungskräfte gehören zu den größten Risikogruppen im persönlichen Umgang mit Suchtmitteln. In Führungskreisen sind Suchtpräventions-Schulungen nicht zuletzt deshalb oftmals unbeliebt. Unternehmen, die das Thema wirklich ernst nehmen und meinen, verpflichten ihre Führungskräfte daher zu den Trainings.

Die Kombination von Suchtprävention und Krisenmanagement liegt fast auf der Hand, wenn die Definition von Krisenmanagement der Betriebswirtschaft entliehen wird. Denn im betriebswirtschaftlichen Sinne hat Krisenmanagement den Status eines „Unternehmensalltagsproblems“ erreicht. Die Ursachen für Krisen können vielfältiger Natur sein, die auch in schlechter (Unternehmens)-Führung bestehen können. Nach Macharzina, (1999) erfordern sie spezifische Problemlösungsprogramme. Krisensituationen lassen sich durch vier Merkmale beschreiben:

1. Die Erreichung existenzsichernder Ziele ist gefährdet (Threat).
2. Die Reaktionszeit (Decision Time) bis zum Abschluss notwendiger Entscheidung ist deutlich reduziert.
3. Die Mitglieder der bedrohten Einheit werden von den plötzlich veränderten Handlungsgegebenheiten überrascht (Surprise).
4. Krisensituationen sind von einer besonderen Unbestimmtheit des Gefährdungsausgangs (Event Uncertainty) gekennzeichnet.

Bei diesem Spezialthema liegen die Betrachtungsweisen der Betriebswirtschaft und der Psychologie nicht weit voneinander entfernt. Wird die Definition auf den betrieblichen Kontext übertragen, bedeutet dies, dass Beschäftigte aus vielerlei Perspektive in eine Krise rutschen können, die nicht ursächlich im Betrieb entstanden sein muss, dort aber deutlich wird. Krisen sind ein Stück Alltagsgeschäft. Dramatisch werden Krisensituationen erst, wenn es keine Problemlösung gibt. Das heißt, wenn der Vorgesetzte die Krise nicht wahrnimmt und damit ein Ansprechen des betroffenen Mitarbeiters versäumt.

Die betriebswirtschaftlichen Merkmale der Krisen sind den psychologischen Kriterien ähnlich. Menschen in Krisensituationen haben Angst, können notwendige Entscheidungen nicht mehr ordnungsgemäß ausführen und die Reaktion des Umfeldes sind in der Regel aus Unwissenheit und Unsicherheit nicht unterstützend sondern krisenverlängernd.

Beschäftigte in Krisensituationen halten sich oftmals arbeitsfähig, indem sie versuchen, ihre Hilflosigkeit, ihren Schmerz oder ihre Verzweiflung zu verdrängen. Nachweislich funktioniert dieser Prozess über den Konsum von Suchtmitteln gut. Jedenfalls kurzfristig. Aus einer kurzfristigen Gefährdung kann über eine Gewöhnung mit verbundener Dosissteigerung schnell eine Abhängigkeit entstehen. Das heißt, Mitarbeiter in einer Krisensituation wertschätzend zu unterstützen, ihnen Hilfe anzubieten und Veränderungen zurückzumelden, also suchtpreventive Interventionen einzusetzen, kann helfen, Krisen wirklich zu managen.

1.7.6 Folgerungen für die betriebliche Organisation

Auch wenn die empirische Forschung in dem Feld der Suchtprävention mangelhaft ist, ist dennoch offensichtlich, welche große Probleme, der Suchtmittelkonsum und -missbrauch in Betrieben erzeugt. In Unternehmen gibt es offenbar allein 5 Prozent Alkoholranke und 10 Prozent Gefährdete innerhalb einer durchschnittlichen Belegschaft. Hinzukommen die Betroffenen anderer Süchte. Die hochgerechneten Kosten, lassen die Ausgaben für Prävention marginal erscheinen (Fuchs, 1993).

Das heißt jedoch leider nicht, dass Suchtprobleme in Unternehmen automatisch als ernst und dramatisch eingestuft werden. Auch wenn es ein Suchtpräventionsprogramm gibt, heißt es noch lange nicht, dass es „lebendig“ ist. Schließlich erstrecken sich Suchtprobleme über alle Unternehmenshierarchien hinweg und welcher Vorgesetzter der ersten oder zweiten Ebene „outet“ sich freiwillig. Das sind wirklich Ausnahmefälle. Ein Konzept zur betrieblichen Suchtprävention sollte daher auf allen drei Ebenen der Suchtprävention (siehe Kap. 1.6.3 ff.) ansetzen.

Damit Suchtprävention nicht nur ein Feigenblatt für Unternehmen darstellt, ist die absolute Voraussetzung, dass die Unternehmensleitung (z.B. Vorstand, Geschäftsführung, Aufsichtsrat) ein solches Programm für sinnvoll erachtet und dafür bei allen Führungskräften positive Werbung macht, z.B. indem Unternehmensleiter selbst an Schulungen teilnehmen.

Neben dieser positiv, unterstützenden Grundhaltung sind folgende Bausteine (siehe Abb. 1) wichtig:

1. Firmen sollten einen Arbeitskreis Suchtprävention oder Arbeitskreis Gesundheit installieren, der als Steuerungsgremium fungiert und in dem Mitglieder aller Unternehmensbereiche vertreten sein sollten.
2. Notwendig für ein strukturiertes betriebliches Vorgehen ist eine Dienst- oder Betriebsvereinbarung oder zumindest ein Stufenplan, der einen konsequenten Umgang mit gefährdeten oder erkrankten Beschäftigten festlegt.

3. Jedes Unternehmen sollte seine Vorgesetzten schulen, um ihnen die speziellen Kenntnisse für den Umgang mit abhängigen Mitarbeitern zugänglich zu machen.
4. Unternehmen sollten als Hilfsangebot für Betroffene entweder eine interne Beratungsstelle installieren oder gute Kontakte zu externen Beratungsstellen bereithalten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass betriebliche Suchtprävention ein langer Prozess ist, an dem möglichst viele Mitarbeiter und Vorgesetzte allen Ebenen eines Unternehmens beteiligt sein müssen. Nur so lassen sich zwangsläufige und themenimmanente Rückschläge schnell kompensieren. Ein ganz zentraler Aspekt für eine gut funktionierende betriebliche Suchtprävention ist die Qualifizierung der Vorgesetzten. Denn der Konsum von Suchtmitteln wirkt sich stets auf das Arbeitsverhalten, die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft sowie das soziale Miteinander aus. Anfangs jedoch sehr unbemerkt, weil Betroffene wahre Kaschierkünstler sind. Um keiner Täuschung aufzusitzen, muss einerseits die Wahrnehmung der Führungskräfte sensibilisiert werden für die körperlichen Symptome einer Suchtgefährdung und die damit verbundenen Veränderungen im Verhalten. Andererseits müssen Kommunikations-Schulungen erfolgen. Die Fähigkeit vertrauliche Gespräche konstruktiv und adäquat zu führen, bedarf eines gezielten Trainings kommunikativer Fertigkeiten. Der konkrete Umgang mit potenziellen Betroffenen und betroffenen Kollegen setzt zudem ein erweitertes Sucht-Wissen voraus.

Führungskräfte sind die Schnittstelle zwischen Beschäftigten und Unternehmensleitung. Obwohl sie in dieser schwierigen „Sandwichposition“ sind, haben sie dennoch mit dem notwendigen Handwerkzeug und der durchgeführten Reflexion eigenen Handelns viele Chancen zur positiven Veränderung.

Abbildung 1 : Bausteine eines betrieblichen Suchtpräventions-Konzepts (Wienemann, 2000)



1.8 Schlussfolgerungen und Hypothesen

Nach den Darstellungen in den vorherigen Kapiteln zum Gesamtthema Sucht, dessen Auswirkungen, den Ansätzen der betrieblichen Suchtprävention sowie den Führungsaufgaben und der Fürsorgepflicht von Vorgesetzten ergeben sich für die praktische Umsetzung eines Führungstrainings einige zentrale formale und inhaltliche Kriterien.

Führungstrainings zum Thema „Suchtprävention als Krisenmanagement“ sollten in mindestens vier Modulen durchgeführt werden. Die Vorteile wären, dass dieses komplexe und sensible Thema in kleineren Einheiten vermittelt wird. Es gäbe zwischen den Modulen Zeit, sich selbst zu reflektieren, Erlerntes auszuprobieren, Fragen zu sammeln. Im Sinne eines Trainings sind mehrmalige Treffen über eine gewählte Zeitschiene sowieso die einzige Chance, um Effekte zu erreichen.

Die einzelnen Module sollten in einem zeitlich gleich gewählten Abstand, am besten wäre ein massiertes Vorgehen alle vier bis sechs Wochen, stattfinden. Zu Beginn eines Führungstrainings sind alle Termine verbindlich festzulegen.

Inhaltlich sollte in diesen Schulungen konstruktives, konsequentes Führungsverhalten vermittelt und geübt werden. Dazu zählt das Bewusstmachen von Zusammenhängen der Konsumgewohnheiten sowie dem Arbeitsverhalten und der Arbeitsleistung; die Sensibilisierung für Suchtsymptome und Verhaltensänderungen, das Vermitteln von Hilfestrategien inklusive der betrieblichen Hilfsangebote und der Betriebsvereinbarung/der Interventionskette. Darüber hinaus sollten Sucht-Wissen und Strategien zum Krisenmanagement vermittelt werden.

Die methodische Umsetzung der Inhalte sollte auf möglichst allen Wahrnehmungskanäle geschehen, weil Lernen auf diesem Wege effektiver vollzogen wird. Deshalb ist es wichtig zwischen visuellen Methoden (Flipcharts, Overhead, Metakarten etc), akustischen (Vortrag, Musikeinlagen etc.) und erlebnisaktivierenden Methoden (Übungen, Fallbeispiele etc.) zu wechseln.

Aus oben dargestellten den Schlussfolgerungen ergeben sich folgende Hypothesen:

1. Die Führungskräfte steigern ihren Wissensumfang zu Ursachen und Verläufen von Abhängigkeiten und erlernen praxisnahe Strategien zum Krisenmanagement
2. Die Führungskräfte sensibilisieren ihre Wahrnehmung bezüglich der Auffälligkeiten gefährdeter und abhängiger Mitarbeiter und verbessern ihr Einfühlungsvermögen.

3. Die Führungskräfte verbessern ihren Umgang mit auffälligen und gefährdeten Mitarbeitern.
4. Die Führungskräfte verbessern ihre Gesprächsführungskompetenzen.
5. Die Führungskräfte lernen die betrieblichen Regularien und den Umgang mit ihnen kennen.
6. Die Führungskräfte reflektieren ihr persönliches Sucht-Verhalten und erhöhen damit ihre empfundene Selbstwirksamkeit.

2. Methode

2.1 Planung eines modularen Führungstrainings

Im folgenden Kapitel wird das Konzept des modularen Führungstrainings vorgestellt und begründet. Darüber hinaus werden die einzelnen Phasen der Evaluation sowie die dafür verwendeten Instrumente vorgestellt. Eine detaillierte Beschreibung der vier Module des Führungstraining Suchtprävention als Krisenmanagement schließen das Kapitel ab.

Das Konzept für das Führungstraining der vorliegenden Dissertation entstand durch Literaturrecherche in den Datenbanken PsycLit, PsycFirst.OCLC sowie der deutschen und englischen Medline und Psynindex (siehe Einleitung). Durch Gespräche mit Trainer-Kollegen und Suchtbeauftragten anderer Unternehmen, der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) und dem Büro für Suchtprävention (Hamburg) wurden Anregungen ausgetauscht und Ideen diskutiert. In vielen Vorgesprächen mit dem Arbeitskreis Gesundheit der Axel Springer Verlag AG (bestehend aus Vertretern des Gesamtbetriebsrates und der Betriebskrankenkasse, der Sicherheitsingenieurin, der Betriebsärztin, der Gesundheitsberaterin, dem Personaldirektor und Personalreferenten sowie dem Leiter des Sozialreferates) und durch die Erfahrungen eines durchgeführten Pilotseminars im Jahr 1998 mit diesem Arbeitskreis wurden dann die strukturierten Planungen untermauert.

Aus genannten Informationsquellen ergaben sich folgende Aspekte und Begründungen für die Architektur eines Führungstrainings „Suchtprävention als Krisenmanagement“:

1. Das Führungstraining ist ein Inhouse-Training. Es wird in vier Module aufgeteilt sein, wobei das erste Modul wegen der wichtigen Kennlernphase der Gruppenmitglieder zeitlich umfassender gestaltet sein muss als die drei anderen Module (Antons, 1996).

In den Vorgesprächen mit dem Arbeitskreis Gesundheit des Axel Springer Verlages Hamburg sowie in vielen Gesprächen mit Führungskräften unterschiedlicher Unternehmen wurde diese Vorgehensweise wegen „permanenter Zeitknappheit“ schnell befürwortet. Klassische Zwei-Tages-Seminare sprengen in der Regel den zeitlichen Rahmen der Führungskräfte für derartige Qualifizierungsmaßnahmen.

Vier ein- bzw. halbtägige Treffen seien wesentlich besser zu organisieren. Eine zusätzliche Annahme ist, dass das „schwierige“ und sensible Thema Suchtprävention in geringeren Dosen besser zu verarbeiten ist. Schließlich wird jede Führungskraft in einem gedanklichen Prozess das eigene alltägliche Konsumverhalten Revue passieren lassen und überprüfen, wie der persönliche Umgang auf Kollegen und Mitarbeiter wirkt.

Denn Alkoholabstinenzler sind mit 5 Prozent der Gesamtbevölkerung die Minderheit. Darüber hinaus ist die Aufmerksamkeit der Teilnehmer bei einer Terminsplittung besser aufrecht zu erhalten. Bei der modularen Konzeption haben die Führungskräfte die Möglichkeit, im Anschluss an das Training, wichtige Vorgänge und Prozesse in den Abteilungen zu besprechen, zu delegieren oder selbst zu erledigen. Die Trainings sind dann kein Hemmschuh für die tägliche Arbeit.

2. Das im Folgenden beschriebene modulare Führungstraining hat einen zeitlichen Umfang von 20 Stunden, in denen Wissensvermittlung /-vertiefung, Selbstreflexion und Gesprächstraining möglich sind. Denn in wissenschaftlichen Studien zur Bedeutung des zeitlichen Rahmens wurde belegt, dass 12 bis 35 Stunden ein optimaler Zeitrahmen für Trainingsprogramme sind (Chaney et al., 1978; Boyatzis, 1976).

3. Das Trainingskonzept steht unter dem Gesamthema „Suchtprävention als Krisenmanagement“. Dennoch werden an den vier einzelnen Trainingstagen spezielle Themenkomplexe focussiert.

1. Ausmaß der Suchtproblematik, Wissen zur Entstehung und Entwicklung von Alltagssüchten im betrieblichen Kontext;
2. Betriebliche Regularien - Die Interventionskette oder Betriebsvereinbarung
3. Das Arbeitsrecht – Handlungsmöglichkeiten der Vorgesetzten
4. Führungskompetenz bei Suchtproblemen.

Die einzelnen Module sind thematisch in sich abgeschlossen, bilden jedoch nur gemeinsam eine gute Wissens- und Handlungsbasis für Führungskräfte. Zentral wird an allen Trainingstagen die Gesprächsführung im Rollenspiel geschult und darauf geachtet, dass die Teilnehmer methodisch viele Themen in Kleingruppen oder Tandems selbst erarbeiten, weil diese Strategie zu den effektivsten Formen des Lernens zählt (Seymour, 1996).

4. Effektives Lernen geschieht über alle Sinneskanäle (Vester, 1975). Inhaltlich wichtig ist für das Thema Suchtprävention und suchtpräventive Mitarbeitergespräche das wiederholte Üben der Gesprächssituation mit kombinierter Überprüfung des notwendigen Fachwissens. Auch dieser Aspekt spricht für eine modulare Architektur. Ein hoher Lerneffekt wird dadurch ermöglicht, dass die Teilnehmer Erfahrungen und Erlebnisse mit dem Thema in die jeweils nächste Trainingseinheit einbringen können.

Schwierige Gespräche können reflektiert, gemeinsam analysiert und ein verbessertes Gesprächsverhalten eingeübt werden. Im Training sollte auch darauf geachtet werden, dass den Führungskräften die unterschiedlichen Settings für Mitarbeitergespräche (am Schreibtisch, offener Stuhlkreis etc.) und ihre Wirkung deutlich gemacht werden.

5. Der zeitliche Abstand zwischen den Modulen sollte zwischen vier und maximal sechs Wochen betragen. Damit ist einerseits genügend Zeit vorhanden, um Erfahrungen zu und mit diesem Thema machen zu können. Andererseits ist die Zeitspanne nicht so groß, dass die Wissensdetails und erlernten Verhaltensweisen in Vergessenheit geraten. Darüber hinaus wird versucht, über die Vergabe von „Hausaufgaben“ eine psychologische Brücke zum nächsten Termin zu bauen.

2.2 Planung der Durchführung

Das modulare Führungstraining findet im Trainingszentrum der Axel Springer Verlag AG in Hamburg (11./12. OG Haupthaus, Caffamacherreihe) statt. Optimal wäre die Verfügbarkeit von mindestens zwei Gruppenräumen (je nach Teilnehmerzahl) für Sequenzen zur Gesprächsvorbereitung und die geplanten Rollenspiele.

Die Gruppengröße sollte acht bis zehn Teilnehmer nicht überschreiten. Die einzelnen Gruppen sollten per Zufall und nicht per Zuordnung jedoch hierarchiehomogen entstehen. Hilfreich für die Organisation der Führungstrainings wäre die Unterstützung durch die Abteilungen Bildungswesen oder die Personalentwicklung der ASV AG die auch die Ankündigungen und Organisation anderer Seminare vornehmen. Im ASV-Bildungskatalog oder im ASV-Intranet ausgeschrieben, können sich Interessierte dann per Formular offiziell für angebotene Maßnahmen anmelden.

2.3 Planung der Evaluation

Zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirksamkeit der Trainingsmaßnahme werden drei unterschiedliche Evaluationsinstrumente zu insgesamt drei unterschiedlichen Zeitpunkten eingesetzt. Ziel dieser Studie ist, fünf psychologische Prozesse zu überprüfen. Dabei geht es um:

1. Den Wissensumfang zu Ursachen und Verlauf der Suchtproblematik sowie die Aufgaben im Bereich der Führungsverantwortung Suchtprävention und Krisenmanagement. Im Vergleich der Fragebogendaten geht es um die Überprüfung des Wissenszuwachs.
2. Eine Verbesserung des Umgangs mit (sucht-)auffälligen/-erkrankten Mitarbeitern im beruflichen Kontext.
3. Eine Sensibilisierung der Wahrnehmung/eine Verbesserung des Einfühlungsvermögens.

4. Die Motivation und Fähigkeit, Gespräche mit Mitarbeitern zu führen.
5. Eine verbesserte Selbstsicherheit/ -wirksamkeit.

Es wird eine Pre-Post-Untersuchung über einen 28-Item-Fragebogen (Kap. 2.4) durchgeführt. Der erste Testzeitpunkt ist vor Beginn der ersten Trainingseinheit, der zweite Testzeitpunkt findet im Anschluss an die vierte Trainingseinheit statt. Zum Abschluss der gesamten Schulungsmaßnahme füllen die Teilnehmer parallel zu dem 28-Item-Fragebogen einen Seminarbewertungsbogen (Kap. 2.4) der ASV AG aus. Vier bis sechs Monate nach Abschluss des Trainings findet zusätzlich eine strukturierte katamnestische Nachbefragung (Fragebogen mit 10 Items) statt.

2.4 Evaluationsinstrumente

Für die Pre-Post-Untersuchung wird ein Fragebogen mit 28 Items eingesetzt, die die Veränderung der festgelegten fünf psychologischen Prozesse (siehe Kap. 2.3; Anhang) überprüfen sollen. Die Items 1 bis 18 Items sind selbst entwickelt und so formuliert, dass die Führungskräfte ihr persönliches Verhalten und /oder ihren status quo bezüglich der Outcomebereiche (siehe Tab. 2) einschätzen können. Item 19 bis 28 bilden den strukturierten Fragebogen von Schwarzer & Jerusalem zur Selbstwirksamkeitserwartung ab. Für die Nachbefragung, vier bis sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme, wird ebenfalls ein Fragebogen mit 10 neu formulierten Items verwendet, die jedoch die selben Outcomebereiche prüfen.

Tabelle 2: Kurz-Darstellung der Items gruppiert nach Outcomebereichen und Untersuchungszeitpunkt..

Outcomebereich	Pre	Post	PostI
Wissensumfang zum Thema Sucht			
Item 1: Einschätzung des persönlichen Suchtwissen	+	+	+
Item 2: Suchtprävention heißt	+	+	
Item 5:Alkoholprobleme sind..	+	+	
Sensibilisierung von Wahrnehmung/Einfühlungsvermögen			
Item 3: Krisen wahrnehmen..	+	+	+
Item 4: Suchtsymptome erkennen	+	+	+
Item 6: Auffälligkeiten ansprechen	+	+	
Item 17: Gespräche führen	+	+	

Outcomebereiche	Pre	Post	Post 1
Item 18: Lösbarkeit von Suchtproblemen	+	+	
Motivation und Fähigkeit, Gespräche zu führen.			
Item 7: Trinkprobleme thematisieren	+	+	+
Item 8: Suchtprobleme thematisieren	+	+	
Item 9: Quantität des Themas Sucht im Arbeitsalltag	+	+	+
Item 11: Kontext von Krisengesprächen (Stat. Auswertung nicht sinnvoll)	+	+	
Wissen über/ Umgang mit betrieblichen Regularien			
Item 13: Bekanntheit betrieblicher Regularien	+	+	+
Item 14: Aufbau Stufenplan	+	+	+
Item 15: Aufgabe Personalabteilung	+	+	
Item 16: Informationsfluss zur Personalabteilung	+	+	
Erhöhung d. Selbstsicherheit/ -wirksamkeit			
Item 10: Krisenverhalten	+	+	+
Item 12: Sicherheit im Umgang mit Auffälligen	+	+	+
Items 19 bis 28: Einschätzung der Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jerusalem)	+	+	+

2.4.1 Überblick zu Evaluationsinstrumenten

Der eingesetzte Fragebogen zur Pre-Post-Untersuchung umfasst Fragen zur Bewertung des eigenen Wissens zum Thema Suchtprävention und Krisenmanagement (Item 1, 2,5), zur Überprüfung der Sensibilität der Wahrnehmung und des Einfühlungsvermögens gegenüber gefährdeten und abhängigen Mitarbeitern (Item 3, 4, 5, 6, 17, 18), zur Motivation und Fähigkeit, Gespräche mit betroffenen Mitarbeitern zu führen (Item 7,8,9,11), zum Wissen über und den Umgang mit betrieblichen Regularien (Item 13 bis 16) sowie zur Selbstwirksamkeit (Item 10, 12, 19 – 28).

Bei der Auswertung des Fragebogens über Häufigkeiten, Mittelwerte, die Standardabweichung sowie bei den Mittelwertvergleichen ist zu beachten, dass die Items unterschiedlich gepolt sind. Einerseits aus dem Grund, dass kein Automatismus beim Ankreuzen entsteht und um andererseits eine detailliertere inhaltliche Betrachtung zu ermöglichen.

Bei den Items 1, 3, 6, 9, 10, 12, 13, 16 und 17 sprechen niedrige Punktwerte für ein solides Wissen, eine sensible Wahrnehmungskompetenz und eine hohe Selbstsicherheit. Je niedriger die Punktwerte umso besser die von den Führungskräften selbsteingeschätzten persönlichen Bedingungen für die Führungsaufgabe Suchtprävention. Deshalb wäre es wünschenswert, dass die Mittelwerte in der Post-Untersuchung kleiner als in der Pre-Untersuchung sind.

Bei den Items 2 und 5 sprechen hohe Punktwerte für gutes Know-how in Bezug auf die betriebliche Suchtproblematik. Dort geht es um reproduziertes Wissen zum Thema Sucht allgemein und zur Alkoholabhängigkeit.

Item 4 verlangt im besten Fall und notwendigerweise Antwort 1, die lautet, dass Führungskräften die wichtigsten körperlichen und psychosozialen Auswirkungen von Suchtproblemen bekannt sind. Antwort 2 (Wissen um körperliche Auswirkungen) ist nicht besser als Antwort 3 (Wissen um psycho-soziale Auswirkungen). Jedoch sind Antwort 2 und 3 höher einzuschätzen als Antwort 4 (kein Wissen). Bei diesem Item sind die Errechnung von Mittelwert und Standardabweichung inhaltlich sinnlos, weil keine gestaffelte Wertung innerhalb der Antwortkategorien gewählt wurde. Item 7 und 8 sind Sonderfälle. In Bezug auf den betrieblichen Kontext gesehen, ist Antwort 1 sicherlich „heldenhaft“ (Kollegen, bei denen Vermutungen in Bezug auf eine Suchtproblematik vorliegen, werden grundsätzlich angesprochen), jedoch birgt dieser Aktionismus auch Gefahren. Erfährt ein Vorgesetzter durch Dritte über eine vermutete Suchtproblematik eines Mitarbeiters, weil dieser in seiner Freizeit z.B. schon mehrfach angetrunken beobachtet wurde, fehlen ihm die notwendigen Grundlagen für ein professionelles Erstgespräch und er nimmt einen Eingriff in die Privatsphäre seines Mitarbeiters vor. Das kann im schlimmsten Fall zu gerichtlichen Auseinandersetzungen führen, die der Mitarbeiter gewinnen wird. Für die Auswertung bedeutet dies, dass Antwort 2 die Wunschantwort wäre. Antwort 1 (grundsätzliche Ansprache) jedoch positiver zu werten ist als 3 (Wenn ich sie lang genug kenne) und 4 (Nein).

Denn für die Führungstätigkeit und im Hinblick auf die sogenannte Fürsorgepflicht von Vorgesetzten ist das Verhalten unter Antwort 2 jedoch die Regel (Mitarbeiter werden angesprochen, wenn sie im Arbeitskontext auffallen).

Item 11 erwartet Antwort 2 oder 3, insofern ist auch hier weder ein arithmetisches Mittel noch eine Streuung sinnvoll zu berechnen.

Item 18 erfragt das Einfühlungsvermögen in bezug auf eine zur Suchtproblematik und die persönliche Einschätzung zur Dauer eines Bewältigungsprozesses. Antwort 2 und 3 sind die erwünschten Antworten. Die Hoffnung ist, dass wenn es eine Nennung von Antwort 1 oder 4 im Pre-Test gibt, dass diese im Post-Test nicht noch einmal auftauchen oder zumindest die Anzahl reduziert wird. Denn Führungskräfte die denken, dass Suchtprobleme unveränderbar sind (Antwort 4) werden resignieren und versuchen sich des „Störfaktors“ zu entledigen, z.B. durch Versetzung des Betroffenen in eine andere Abteilung.

Die sich anschließenden zehn Fragen (Item 19 bis 28) umfassen den strukturierten Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit von Jerusalem & Schwarzer (1981,1999). Das Konzept der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung fragt nach der persönlichen Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Arbeitsleben zurecht-zukommen.

Die Katamneseuntersuchung wird nach vier bis sechs Monaten durchgeführt. Der strukturierte Fragebogen wurde selbst entwickelt und umfasst zehn Items. Die Fragen sind anders formuliert als im Pre-Post-Fragebogen, sind auch inhaltlich in einer anderen Reihenfolge, überprüfen jedoch ebenfalls die festgelegten sechs Outcomebereiche.

Die Katamnese wird telefonisch erfolgen, weil es nicht möglich war, alle Führungskräfte zu einem weiteren Termin ausschließlich für Untersuchungszwecke einzuladen. Dennoch ist dieser Katamnesetermin für die Überprüfung des Wissens, ein Abfragen eventueller Verhaltensänderungen und besonders als Reminder sinnvoll. Ein Reminder ist eine Erinnerung an den Trainingskontext sowie eine minimale Aktivierungsmöglichkeit für erlernte Inhalte (Meichenbaum, 1994).

Zusätzlich zu den dargestellten Fragebögen wird ein Seminarbewertungsbogen (Titel: „Ihre Meinung ist uns wichtig!“) als weiteres Evaluations-Instrument eingesetzt. Dieser Fragebogen, der von der Personalentwicklungsabteilung des Axel Springer Verlages für die Überprüfung der Teilnehmer-Akzeptanz bezüglich der besuchten Seminare konzipiert wurde und ausgewertet wird, umfasst insgesamt 23 Items zu den Themen 1. Einschätzung des persönlichen Seminarerlebnis, 2. Bewertung der Fähigkeiten des Trainers, 3. Bewertung der Inhalte und der Organisation des Trainings sowie 4. Einschätzung der zeitlichen Dauer des Seminars. Die Einschätzung wird auf einer vierstufigen Skala vorgenommen

2.5 Darstellung und Beschreibung des modularen Führungstrainings

Im Folgenden werden die vier Module zuerst in der Gesamtübersicht dargestellt und im Anschluss werden die einzelnen ausgewählten Übungen erklärt und die Anleitung detailliert beschrieben.

2.5.1 Modul 1

Das erste Modul hat eine zweigeteilte Ausrichtung. Einerseits wird hier viel Raum für den Einstieg und das persönliche Kennenlernen benötigt, um eine gute Basis zum Austausch über das sensible Thema Sucht zu schaffen.

Denn die Anfangsphase hat einen starken Einfluss auf den weiteren Verlauf des Seminars. „Es ist eine Situation allseitiger emotionaler Verunsicherung, die im Sinne der erhöhten Prägungs- und Lernbereitschaft für den späteren Verlauf Weichen stellen kann“ (Antons, 1996). Andererseits geht es um den Einstieg ins Thema über eine Wissensvermittlung zur Entstehung von Alltagssüchten im betrieblichen Kontext und zu suchtpreventiven Strategien.

Tabelle 3: Ablauf des ersten Moduls des Führungstrainings Suchtprävention als Krisenmanagement.

Zeit	Inhalt	Methode
9 Uhr	Begrüßung & Einleitung	Plenum Vortrag
9. 15 Uhr	Fragebogen (siehe Anhang)	Einzelarbeit
9.30 Uhr	Vorstellung – Handout 1 (siehe Anhang)	Zweier-Interview, Plenum
10 Uhr	Erwartungen & Wünsche	Einzelarbeit, Plenum
10.15 Uhr	Ausmaß der Suchtproblematik in Deutschland Ausmaß der Suchtproblematik in Unternehmen	Interaktiver Vortrag
	Flussmodell: Vom Genuss zur Sucht	Plenum Vortrag
10.35 Uhr	<u>Übung</u>	Kleingruppenarbeit
11 Uhr	Präsentation der Ergebnisse, Ergänzungen	Plenum
11.15 Uhr	Pause	
11.30 Uhr	Wahrnehmung, das Filtermodell	Input, Plenum
12 Uhr	<u>Übung:</u> Wie nehme ich suchtgefährdete MA wahr?	2 Halbgruppen
12.35 Uhr	Präsentation der Ergebnisse	
13	Mittagspause	
13.45 Uhr	Bewegung nach Musik	Plenum

Zeit	Inhalt	Methode
13.55 Uhr	<u>Gesprächsübung I</u> , Auswertung	Kleingruppen, Plenum
14.45 Uhr	Theorie: 1. Gespräche vorbereiten	Plenum
15.10 Uhr	<u>Gesprächsübung II</u> , Auswertung	Kleingruppen, Plenum
15.40 Uhr	Pause	
15.50 Uhr	Theorie: 2. Gespräche führen Übung: Haus-Baum-Hund	Plenum
16.10 Uhr	<u>Gesprächsübung III</u> , Auswertung	Kleingruppen
16.45 Uhr	Hausaufgaben, Feedback	Plenum
17 Uhr	Abschluss	

Im Folgenden werden die einzelnen Aspekte der Agenda erläutert und die Instruktionen für die Übungen beschrieben.

9 Uhr Begrüßung & Einleitung

In Anlehnung an die TZI (Themenzentrierte Interaktion, Cohn 1984), in der das „Ich“ (=> jeder einzelne Teilnehmer), das „Wir“ (=> die Seminargruppe) sowie das Thema (=> Suchtprävention als Krisenmanagement) berücksichtigt werden, ist der formale Aufbau konzipiert.

Nach einer persönlichen Begrüßung jedes einzelnen Teilnehmers per Handschlag und der Verteilung der Namensschilder dürfen die Führungskräfte erst einmal im Stuhlkreis Platz nehmen, „ankommen“ und Kontakt mit den anderen Teilnehmern aufnehmen. Mit der Frage „Kennen Sie sich untereinander eigentlich?“ wird oftmals eine unverbindlich, lockere Runde eröffnet. Mit knappen Antworten wie „Wir kennen uns doch aus der Kantine.“, „Wir spielen zusammen in der Betriebs-Fussballmannschaft,“ werden kurze Gespräche im Plenum geführt, die einer positiven Atmosphäre und einem guten Rapport (=> Beziehungsaufnahme nach Bandler 1983) sehr förderlich sind. Der Trainer übernimmt die Führung, erläutert die Formalien (zeitlicher Rahmen, Agenda, Hinweis auf wissenschaftliche Untersuchung) und leitet mit Informationen ins Thema der Suchtprävention als Krisenmanagement ein. Wichtig ist zu erklären, wie die Gruppe entstanden ist und warum gerade „dieser“ Trainer (Bezug zum Thema) ausgewählt wurde (siehe Einleitung).

9.15 Uhr Fragebogen „Suchtprävention als Krisenmanagement“

Der Fragebogen (28 Items, siehe Kap. 2.5 und Anhang) wird verteilt. Auf dem ersten Deckblatt sind noch einmal Hinweise zu der geplanten wissenschaftlichen Untersuchung gegeben, sowie die Verwendung der Ergebnisse. Darüber hinaus wird erklärt, dass die Anonymität der Daten sichergestellt ist und lediglich über eine Codenummer der erste ausgefüllte Fragebogen dem zweiten zugeordnet werden kann, um einen potenziellen Trainingseffekt nachweisbar zu machen. Auf dem zweiten Deckblatt werden persönliche Daten der Seminarteilnehmer erhoben (z.B. Alter, Berufsbezeichnung, Dauer der Verlagszugehörigkeit, Position im Unternehmen, Führungsverantwortung für wie viele Mitarbeiter etc.).

9.30 Uhr Vorstellung

Die Vorstellungsrunde erfolgt methodisch als strukturiertes Zweier-Interview. Die Teilnehmer erhalten ein Handout vom Trainer und werden gebeten, sich einen Interviewpartner zu suchen.

Das Arbeitsblatt besteht aus vier Fragen:

1. „Ich über mich...“ – Persönliche Informationen: Name, Alter, Familienstand, Hobbys
2. Beruflicher Werdegang – Ausbildung/Studium, Arbeitgeber, Position, Funktion...
3. Thema Suchtprävention – Persönliche Erfahrungen, Kontakt mit dem Thema
4. Was mir sonst noch wichtig ist...

Nach den Interviews stellt jeder Teilnehmer seinen Gesprächspartner im Plenum vor. Das strukturierte Zweier-Interview bietet Sicherheit, weil die Fragen des Arbeitsblattes als Gesprächsleitfaden fungieren, an dem sich die Teilnehmer orientieren können. Darüber hinaus wird den oft auftretenden Ängsten der Teilnehmer, sich sofort in der Großrunde persönlich vorzustellen, entgegen gewirkt.

Ein strukturiertes Vorgehen in der Anfangsphase ist die am wenigsten ängstigende Möglichkeit den Einstieg ins Thema und die Arbeit zu finden (Antons, 1996). Darüber hinaus erlaubt Frage 4 den Teilnehmern, persönlich wichtige, erheiternde, nützliche Informationen weiterzugeben, die in Frage 1 bis 3 keinen Raum haben.

10 Uhr Erwartungen & Wünsche

Im Sinne der reflexiven, zukunftsorientierten Fragetechnik der Systemtheorie (von Schlippe & Schweitzer, 1996) wird die Erwartungsrunde mit der Frage eingeleitet

„Stellen Sie sich vor, Sie verlassen heute Abend zufrieden das Seminar, was ist dann hier besprochen und bearbeitet worden?“

Die Teilnehmer erhalten jeweils drei Metakarten, auf die sie Ihre drei zentralen Erwartungen/Wünsche schlagwortartig aufschreiben dürfen. In der zweiten Phase werden die Karten von den Teilnehmern an die Meta-/Pinnwand gehängt und erläutert.

Die Runde zu Erwartungen & Wünschen der Teilnehmer stellt sicher, dass über das existierende Seminarkonzept des Trainers hinweg, Teilnehmerwünsche integriert und Vorkenntnisse berücksichtigt werden können. Erfahrungsgemäß ist der Wissenstand von Führungskräften extrem unterschiedlich ausgeprägt.

Meine Hypothese in Anlehnung an die Lerntheorie ist, dass sich Teilnehmer besonders motiviert fühlen und im Seminar engagieren, wenn sie sich mit den Inhalten identifizieren können und ihr persönliches Interesse ernst genommen wird. Darüber hinaus ist der Lerneffekt von längerer Dauer.

10.15 Uhr Ausmaß der Suchtproblematik & Flussmodell

In diesem interaktiven Vortrag (Zwischenfragen sind erlaubt und erwünscht) geht es einerseits um die Vermittlung der neuesten Zahlen zum Thema Sucht (Folien Suchtproblematik in Deutschland, siehe Anhang 01) und dem dazugehörigen Faktenwissen sowie einer Sensibilisierung der Teilnehmer für die unterschiedlichen Formen und Verläufe von Sucht. Denn der konkrete Umgang der Führungskräfte mit potenziell betroffenen Mitarbeitern setzt selbstverständlich ein erweitertes Sucht-Wissen voraus.

Die erste Overhead-Folie gibt einen Überblick über die stoffgebundenen Süchte und die Anzahl der Betroffenen, die zweite Folie stellt die nicht-stoffgebundenen Süchte vor (siehe Anhang 2). Im Anschluss daran, ist es hilfreich die Auswirkung der Süchte in den Unternehmen darzustellen, um den großen Themenkreis der Süchte wieder für die alltägliche Berufspraxis der Führungskräfte zuzuschneiden und spätestens jetzt die Diskussions- und Fragerunde zu ermöglichen.

Das Flussmodell vom Genuss zur Sucht eröffnet dann den Weg zur Frage „Wann bin ich denn wirklich abhängig? Wann betreibe ich riskanten Suchtmittelkonsum?“. Besonders wichtig ist an diesem Punkt des Seminars, Zeit einzukalkulieren für die eigene innere Reflexion. Die Teilnehmer werden mit Inhalten konfrontiert die sie selbst betreffen und automatisch einen inneren Überprüfungsprozess starten.

Mit der klinischen Diagnose Suchtmittelabhängigkeit des ICD-10 (Anhang 03) wird dieser Abschnitt abgeschlossen.

10.35 Uhr Übung

Die Fragestellungen für diese Kleingruppenarbeit sind unterschiedlich und lauten:

1. Worin sollte effektive betriebliche Suchtprävention bestehen?
2. Was müsste geschehen, damit möglichst viele Mitarbeiter der Axel Springer Verlag AG (ASV AG) süchtig werden?

Es werden zwei Gruppen nach dem Durchzählprinzip 1,2,1,2... gebildet. Jede Gruppe arbeitet in einem gesonderten Raum und hat 25 Minuten Zeit, um Ideen auf einem Flipchartpapier zu notieren. Die Fragestellung wird den Gruppen erst ausgehändigt, wenn sie sich bereits formiert haben und in getrennten Räumen sind. Der Grund ist, dass alle Gruppenmitglieder sonst über beide Fragestellungen nachdenken und die Konzentration damit reduziert wird. Die Gruppe, die die erste Frage bearbeitet, erhält zusätzlich die Instruktion, dass es um die Sammlung realistischer Vorschläge in bezug auf suchtpreventive Elemente für den betrieblichen Kontext geht.

Die zweite Fragestellung ist im Sinne einer paradoxen Intervention zu verstehen, eine Beeinflussungsmethode, die mit Humor und Herausforderung arbeitet und den Freiheitsgrad für Reaktionen erhöht (nach Höfner & Schachtner, 1995).

Diese Gruppe erhält die Instruktion, sich diesen Zustand des Unternehmens mit möglichst vielen Süchtigen wirklich bildhaft vorzustellen und zu überlegen, was auf dem Weg dorthin passiert ist.

Die Übung hat einen doppelten Effekt. Einerseits führen die Teilnehmer automatisch eine Ist-Analyse in der eigenen Abteilung/im eigenen Team durch und nehmen wahr, wie sie bisher mit diesem Thema und betroffenen Personen umgegangen sind. Andererseits setzen sie sich zukunfts- und lösungsorientiert damit auseinander, welche suchtpreventiven Elemente in ihrem betrieblichen Kontext hilfreich sein könnten.

11 Uhr Präsentation der Ergebnisse

Die Teilnehmer präsentieren die Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Dafür müssen sie sich vorher selbstständig einigen, wer den Kurzvortrag übernimmt. Im Sinne einer Entscheidungsfindung eine gute Übung für die Führungskräfte. Der Vortragende positioniert sich dann vor der Gruppe und erklärt die notierten Ideen auf dem Flipchart.

Der Trainer übernimmt die Moderation, fragt nach und hilft die Informationen zu sortieren. Den Teilnehmern der jeweils anderen Gruppe wird die Chance gegeben, zusätzliche Ideen oder Ergänzungen beizutragen. Fazit der Übung ist: Die Wahrnehmung für suchtpreventive Strategien im eigenen Arbeitsbereich zu sensibilisieren und darüber hinaus erste nützliche Ideen in die Praxis zu transferieren!

11.30 Uhr Wahrnehmung, das Filtermodell

Es wird eine kurze Einführung in die komplexen Zusammenhänge der Sinnes-Wahrnehmung gegeben. Mit einem praktischen Beispiel aus der aktuellen Situation beginnt der Trainer und versucht damit die Konzentration der Teilnehmer vor der Mittagspause noch einmal zu steigern.

„Während ich Ihnen nun erkläre, wie die Wahrnehmung funktioniert nehmen ihre Augen die Worte hier auf dem Chart wahr. Würden Ihre Augen und das Papier vollkommen bewegungslos, würde das Wort sofort verschwinden, sobald jedes Stäbchen als Reaktion auf den anfänglichen schwarzen oder weißen Reiz „gefeuert“ hätte.

Um weitere Informationen über die Buchstaben zu senden, flackert das Auge minutiös und sehr schnell, so dass die Stäbchen an der Grenze von Schwarz und Weiß weiterhin stimuliert werden. Auf diese Weise sehen wir weiterhin das Wort. Das Bild wird umgekehrt auf die Netzhaut projiziert, durch die Stäbchen und Zapfen in elektrische Impulse kodiert und vom visuellen Bereich der Gehirnrinde wieder zusammengesetzt. Das resultierende Bild wird dann wieder nach draußen „projiziert, aber es ist tief im Inneren unseres Gehirns geschaffen worden.

Wir sehen also durch eine komplexe Reihe von Wahrnehmungsfiltren. Die Welt die wir wahrnehmen, ist lediglich eine mögliche Abbildung der realen Welt, eine Karte, die durch unser neurologisches System hergestellt wird. Daran beteiligt sind wiederum unsere persönlichen Einstellungen, Interessen, Vorurteile und die eigene Lebensgeschichte! Wir können lernen, unseren Sinnen zu erlauben, uns besser zu dienen. „

Diese verbesserte Wahrnehmung in bezug auf Mitarbeiter in ihrem Arbeitsfeld heißt Suchtprävention!

Der Trainer kündigt einen Exkurs an und zeigt auf dem Overhead-Projektor sogenannte Kippbilder. Diese Kippbilder sind insofern inhaltlich nützlich, als dass hier alle Wahrnehmungsfallen praktisch erlebt werden und sofort benannt werden können.

Darüber hinaus produziert das gemeinsame Suchen nach anderen Bildereinhalten einen enormen Spaß. Spaß sorgt für Entspannung – und eine entspannte emotionale und körperliche Verfassung ermöglicht effektives Lernen (Vester, 1978).

12 Uhr Übung: Wie nehme ich suchtgefährdete Mitarbeiter wahr?

Mit dieser Wahrnehmungsübung wird wieder der Bogen zum Thema Suchtprävention gespannt. Folgende Instruktion wird auf Flipchart visualisiert und im Plenum erklärt.

Instruktion:

Überlegen Sie bitte in welcher Form Sie suchtgefährdete und/oder –abhängige Mitarbeiter/Kollegen wahrnehmen. In Bezug auf:

1. Arbeitsleistung & Gesundheit
2. Sozialverhalten & Kommunikation

Es werden zwei Halbgruppen gebildet, die 20 Minuten Zeit für diese Übung bekommen. Sie werden gebeten, zuerst ein Brainstorming durchzuführen und dann die Ideen zu notieren. Jeweils ein Gruppenteilnehmer stellt die Ergebnisse dann im Plenum vor.

12.35 Uhr Präsentation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Gruppenarbeit werden vorgestellt und – wenn notwendig – ergänzt (siehe unten). Es wird an dieser Stelle einerseits stark betont, dass es zwischen den aufgelisteten Veränderungen/Auffälligkeiten im Bereich der Arbeitsleistung & Gesundheit sowie dem Sozialverhalten & Kommunikation und den Süchten keine Kausalzusammenhänge gibt. Im Sinne eines Satzes „Nicht jeder Mitarbeiter, der wiederholt montags und freitags fehlt und zusätzlich eine schlechtere Arbeitsleistung erbringt, hat automatisch ein Alkoholproblem...“

Andererseits geht es in der Zusammenfassung dieser Übung zentral darum, die Führungskräfte für diese Mitarbeitergespräche zu stärken. Ein wichtiger Bestandteil von suchtpreventiver Mitarbeiterführung ist, dem Betroffenen die wahrgenommenen Veränderungen zurück zu spiegeln. Es geht nicht um die Erstellung einer Diagnose oder um die Interpretation der Veränderungen, das ist Aufgabe von Ärzten und Psychologen, es geht um eine persönliche Rückmeldung..

Den Führungskräften werden ergänzend Kriterien vorgestellt, die Anlass für ein Mitarbeitergespräch sein sollten. Sie sind keine Prüfliste für Suchterkrankungen, sondern können den Hinweis geben, dass sich ein Mitarbeiter in einer Krisensituation befindet.

Auch einmalig auftretende Auffälligkeiten sollten unter den Aspekten eines suchtpreventiven Krisenmanagements und der Fürsorgepflicht von Vorgesetzten (im Arbeitsvertrag als Nebenpflicht dokumentiert) angesprochen werden.

Auffälligkeiten im Bereich Arbeitsleistung & Gesundheit:

* Kurzfristige Urlaubswünsche, * Entschuldigung durch Dritte, * Häufung von Fehlzeiten, * Konzentrationsmangel, * fehlende Sorgfalt, * periodische Überaktivität, * Vergesslichkeit, * häufiges Verschwinden vom Arbeitsplatz, * Nichteinhaltung von Terminen, * Zuspätkommen, * Arbeitsrückstände, * Ignoranz von Sicherheitsvorschriften, * Lange Genesungszeiten nach Erkrankungen, * Schwitzen, Hände zittern, Aufgedunsenheit.

Auffälligkeiten im Sozialverhalten & der Kommunikation:

* Reizbarkeit, * Isolation von Kollegen am Arbeitsplatz, * Wechsel zwischen Kontaktfreunde und -scheu, * Überbewerten von Belanglosigkeiten, * negative Lebenseinstellung, * Großspurigkeit, * Selbstmitleid, * Blackouts, * Geldschwierigkeiten, * geistige Abwesenheit, * Überempfindlichkeit auf Kritik, * starker Alkoholkonsum bei internen Anlässen oder absolute Abstinenz.

13.45 Uhr Bewegung nach Musik

Als aktivierendes, auflockerndes Element dient die Bewegung nach Musik. Die Teilnehmer werden instruiert ihre Stühle an die Seiten zu stellen. Es werden im Wechsel einfache Dehnungs- und Lockerungsübungen demonstriert.

13.55 Uhr Gesprächsübung I, Auswertung

Bis zu diesem Zeitpunkt haben die Teilnehmer schon viele Erfahrungen ausgetauscht, Wissen über Süchte aktiviert und hinzugewonnen, ihre Wahrnehmung überprüft und vielleicht auch sensibilisiert. Nun geht es um das Trainingsziel der verbesserten Gesprächsführung in Krisensituationen und der Nutzung dieser Gespräche als suchtpreventive Strategie.

Das Vorgehen:

- Der Trainer gibt ein Arbeitsblatt mit einem vorgefertigten Fallbeispiel I aus.
- Die Teilnehmer bilden 3er/4er-Gruppen

- In diesen Kleingruppen werden die Fallbeispiele theoretisch besprochen, die Rollen verteilt und die beschriebene Gesprächssituation nachgestellt.
- Der/die jeweilige/n Beobachter bekommen die Aufgabe, dem Gesprächsführer im Anschluss ein strukturiertes Feedback in bezug auf den Einstieg, den Gesprächsverlauf und den Abschluss zu geben.

In der Auswertungsrunde werden im Plenum Erfahrungen ausgetauscht und schwierige Gesprächsphasen reflektiert.

14.45 Uhr Theorie: 1. Gespräche vorbereiten

Der Trainer gestaltet diesen theoretischen Teil in einer interaktiven Form. „Worauf achten Sie bei der Vorbereitung eines Mitarbeitergespräches?“ werden die Teilnehmer nach ihren Erfahrungen gefragt. Die Ideen notiert der Trainer auf einem Flipchart. Im Anschluss wird folgender Gesprächsvorbereitungs-Leitfaden, der künftig Basis für alle Rollenspiele sein soll, visualisiert und als Handout verteilt.

Tabelle 4: Ein Leitfaden zur Gesprächsvorbereitung.

Leitfaden zur Gesprächsvorbereitung
1. Was will ich in dem Gespräch erreichen? (positive, präzise Zielformulierung)
2. Mit welcher inneren Einstellung kann ich das Gespräch zielorientiert führen?
3. Was ist mir an dem Mitarbeiter aufgefallen? Welche Verhaltensweisen geben Anlass zur Beanstandung oder Sorge?
4. Welche Erwartungen habe ich an den Mitarbeiter? Wie soll er sich künftig verhalten?
5. Welche Konsequenzen hat es, wenn der Mitarbeiter sein Verhalten nicht ändert?
6. Verfügt der Mitarbeiter über die notwendigen Ressourcen, um die erwünschte Verhaltensänderung erreichen zu können?
7. Welche konkreten Hilfsangebote kann ich mit Mitarbeiter machen?
8. Welche Vereinbarungen will ich mit dem Mitarbeiter treffen?
9. Wann führe ich das nächste Gespräch mit diesem Mitarbeiter?

15.10 Uhr Gesprächsübung II, Auswertung

Wie bei der ersten Gesprächsübungs-Sequenz wird ein Handout mit einem Fallbeispiel I an die Teilnehmer verteilt. Ablauf und Methodik entsprechen der Beschreibung des ersten Durchgangs.

15.50 Uhr Theorie 2: Gespräche führen

Über die interessante auflockernde Gruppendynamik-Übung „Haus-Baum-Hund“ (nach Antons, 1996) wird das Thema „Gespräche führen“ noch einmal unter die Lupe genommen.

Die Übung:

Je zwei Teilnehmer nehmen gegenüber an einem Tisch Platz und haben ein Blatt und einen Stift vor sich liegen.

Instruktionen

1. „Nehmen Sie bitte, ohne zu sprechen, den Stift gemeinsam in die Hand und zeichnen Sie gemeinsam ein Haus, einen Baum und einen Hund.“
2. Unterschreiben Sie das Bild jetzt gemeinsam, auch wiederum ohne miteinander zu sprechen, mit einem Künstlernamen.
3. Geben Sie jetzt gemeinsam eine Note für dieses Bild, die Sie gemeinsam ohne miteinander zu sprechen oder sonst wie zu verabreden, niederschreiben.

Als Auswertungshilfen dienen folgende Fragen:

1. Was war wichtig zum Einstieg in die Übung?
2. Wie leicht/schwierig war das gemeinsame Führen des Stiftes?
3. Gab es bestimmte Stellen, an denen Verspannungen deutlich wurden?
4. Hat immer nur einer geführt?
5. Gab es unterschiedliche Führungsrichtungen?

Diese spielerisch erarbeiteten Ergebnisse sind zu einem großen Teil für die praktische Führungssituation zu nutzen.

16.10 Uhr Gesprächsübung III, Auswertung

Wie bei der ersten Gesprächsübungs-Sequenz wird ein Handout mit einem Fallbeispiel I an die Teilnehmer verteilt. Ablauf und Methodik entsprechen der Beschreibung des ersten Durchgangs.

16.45 Uhr Hausaufgaben, Feedback

Im Sinne einer psychologischen Brücke werden „Hausaufgaben“ erteilt. Die Teilnehmer bekommen den Auftrag in der Zeit bis zum zweiten Modul mindestens ein Gespräch nach dem Vorbereitungsleitfaden und den Kriterien der Gesprächsführung geleitet haben. Es geht dabei um die persönlichen Erfahrungen in der Praxis.

Vor der Abschlussrunde werden noch einmal die Lerninhalte des Tages zusammengefasst und mit den Wünschen der Teilnehmer (Metakarten auf der Pinnwand) verglichen.

In der Feedbackrunde haben die Führungskräfte die Möglichkeit, in Form eines kurzen „Blitzlichtes“ den Tag zu bewerten. Dieses Vorgehen ist pädagogischen Konzepten entlehnt und gibt die Chance einer individuellen Bewertung des Seminars.

2.5.2 Modul 2

Das zweite Modul des Führungstrainings umfasst einen halben Tag (4 Stunden) und trägt den Titel „Betriebliche Regularien – die Interventionskette in der Axel Springer Verlag AG“.

Tabelle 5: Ablauf des zweiten Moduls des Führungstrainings Suchtprävention als Krisenmanagement.

Zeit	Inhalt	Methode
9 Uhr	Begrüßung & Einstieg	Plenum
9.20 Uhr	Die Interventionskette	Interaktiver Vortrag Visualisierung Pinnwände
10 Uhr	Das zweite Gespräch: Anerkennung oder Kritik?	Plenum
	Übung	Halbgruppen
10.30 Uhr	Rollenspiel „Das zweite Gespräch“, Auswertung	Kleingruppen
11 Uhr	Pause	
11.15 Uhr	Co-Abhängigkeit & das Hilfesystem	Plenum
12 Uhr	Rollenspiele (Stufe zwei bis fünf)	Kleingruppen
12.50 Uhr	Hausaufgaben, Feedback, Auswertung	Plenum
13 Uhr	Abschluss	

Im Folgenden werden die einzelnen Aspekte der Agenda erläutert und die Instruktionen für die Übungen beschrieben.

9 Uhr Begrüßung & Einstieg

Nach einer persönlichen Begrüßung mit einem Ausblick auf die Inhalte des aktuellen Trainingstages (Vorstellung der Agenda) leitet der Trainer in die erste Runde ein.

Thema sind die „Hausaufgaben“ und damit stehen die praktischen Erfahrungen der Führungskräfte aus der Zeit zwischen dem ersten und zweiten Modul im Focus. Jeder Teilnehmer hatte den Auftrag mindestens ein Mitarbeitergespräch nach dem in der ersten Sitzung besprochenen Gesprächsleitfaden zu führen (siehe Modul 1, Hausaufgaben).

9.20 Uhr Die Interventionskette

Die Interventionskette (= Stufenplan) ist das verlagsinterne Instrumentarium, das den Umgang mit suchtgefährdeten und –abhängigen Mitarbeitern regelt und als verbindliches Regelwerk genutzt wird.

Da es in der ASV AG keine Dienst- oder Betriebsvereinbarung (=> Niederschrift mit Regelungen zum Thema der generellen Betrieblichen Suchtprävention von Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretung) ist diese Vorgehensweise das einzige Handwerkszeug der Führungskräfte und hat damit eine besonders hohe Bedeutung als Basis für ihre Handlungskompetenz. Deshalb hat die Autorin, die als Beraterin in der ASV AG angestellt war (siehe Einleitung), die Interventionskette in Form einer Broschüre darstellen lassen und mit zusätzlichen Informationen zum Thema Suchtprävention, Interne und Externe Hilfestellen und Hinweisen zur Gesprächsführung ist sie allen Führungskräften der ASV AG zur Verfügung gestellt.

Die fünfstufige Interventionskette wird in dem zweiten Modul dezidiert anhand eines großformatigen Posters vorgestellt.

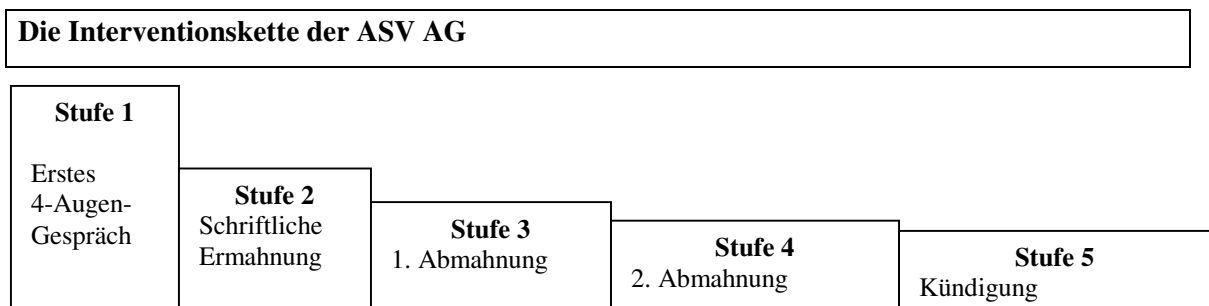


Abbildung 2:

Die fünfstufige Interventionskette der Axel Springer Verlag AG.

Im Folgenden werden die einzelnen Stufen erklärt. Wichtig ist es, genau zu benennen, wer an dem Gespräch teilnimmt und welche Gesprächsinhalte transportiert werden müssen.

Über die Interventionskette erhält jeder Gefährdete eines Unternehmens die Chance, sein Fehlverhalten zu korrigieren. Betroffene Mitarbeiter sind dabei nicht auf sich selbst gestellt, sondern haben die Möglichkeit Experten und Personen ihres Vertrauens hinzuzuziehen. „Helfen statt kündigen!“ ist das heimliche Motto dieser Interventionsketten und dennoch muss Hilfe immer untrennbar mit Konsequenzen verbunden sein. Eine Notwendigkeit, die dazu beiträgt, dass die Hilfe auch wirklich Selbsthilfe auslöst.

Stufe 1: In einem ersten vertraulichen Gespräch zwischen dem/der Vorgesetzten und der/dem Beschäftigten geht es darum, wahrgenommene Auffälligkeiten anzusprechen, mit dem Ziel das diese von dem Mitarbeiter abgestellt werden.

Das Gespräch wird als „vertraulich“ bezeichnet, weil es nicht an die Personalabteilung weitergeleitet wird und damit keinen Eingang in die Personalakte findet. In dem Gespräch ist es wichtig, den Mitarbeiter nach Erklärungen für die Auffälligkeiten zu fragen und ihm interne als auch externe Hilfe anzubieten. Zum Abschluss des Gespräches werden die Vereinbarungen zusammengefasst und ein neuer Termin in vier bis sechs Wochen vereinbart.

Stufe 2: Das zweite Gespräch dieser Interventionskette findet in jedem Fall statt. Wenn es keine neuen Vorkommnisse gab bzw. der Mitarbeiter sein Fehlverhalten positiv verändert hat, gibt es ein Lob-/Anerkennungsgespräch. Bei einem negativen Verlauf wird ein zweites Gespräch unter Hinzuziehung der Personalabteilung und des Betriebsrates geführt. Der Gesprächskreis wird vergrößert, um den Druck zur Veränderung (Leidensdruck) für den betroffenen Mitarbeiter zu erhöhen.

Inhalt dieses Gespräches ist die wiederholte Ansprache der Auffälligkeiten und des festgestellten Fehlverhaltens sowie die Frage nach dem möglichen Zusammenhang mit einer Suchtgefährdung/-abhängigkeit. Der Betroffene erhält eine schriftliche Ermahnung von der Personalabteilung und den Auftrag sein Verhalten zu bessern und seinen arbeitsvertraglichen Pflichten wieder in ausreichendem Maße nachzukommen. Ein dritter Gesprächstermin wird vereinbart.

Stufe 3: Wenn ein positiver Verlauf festzustellen ist und der Mitarbeiter sein Fehlverhalten beendet hat, wird auch in diesem Fall ein Lob-/Anerkennungsgespräch geführt. Sollte der Mitarbeiter weiterhin auffällig sein, wird in dem Gespräch der 3. Stufe die erste Abmahnung übergeben. Der Gesprächsteilnehmerkreis ist wie bei Stufe 2, die Personalabteilung und/oder der Mitarbeiter haben jetzt auch noch die Chance die/den Gesundheitsberaterin hinzuzuziehen.

In diesem Gespräch werden noch einmal alle Fakten aufgezählt, die die Auffälligkeiten bei dem betroffenen Mitarbeiter belegen. Wiederum wird Besserung gefordert und die Auflage erteilt, Beratung und Hilfestellung in Anspruch zu nehmen. Das nächste Gespräch erfolgt in vier bis sechs Wochen.

Stufe 4: Wenn ein positiver Verlauf festzustellen ist und der Mitarbeiter sein Fehlverhalten beendet hat, wird auch in diesem Fall ein Lob-/Anerkennungsgespräch geführt. Ist der Verlauf weiterhin als negativ zu bezeichnen, wird die 2. Abmahnung mit der arbeitsrechtlich möglichen Konsequenz der Kündigung erteilt. Der Teilnehmerkreis ist wie bei Stufe 3.

Trotz der Betonung der bisher vergeblichen Gesprächsbemühungen mit dem Beschäftigten werden alle Vorfälle noch einmal angesprochen und dem betroffenen die Möglichkeit eingeräumt, sich zu äußern. Ein letzter Gesprächstermin wird in vier bis sechs Wochen vereinbart.

Stufe 5: Wenn ein positiver Verlauf festzustellen ist und der Mitarbeiter sein Fehlverhalten beendet hat, wird auch in diesem Fall ein Lob-/Anerkennungsgespräch geführt.

Erfolgt das Kündigungsgespräch wird unter Teilnahme aller Gesprächsparteien der Katalog der bisherigen Maßnahmen von Seiten des Arbeitgebers und Arbeitnehmers verlesen. Es wird erklärt, warum die weitere Zusammenarbeit unter diesen Bedingungen nicht möglich ist und das Kündigungsschreiben wird ausgehändigt.

10 Uhr Das zweite Gespräch: Anerkennung oder Kritik?

Das zweite Gespräch im Sinne der Interventionskette kann ein Anerkennungs-/Lobgespräch oder ein Kritikgespräch sein. Beide Gespräche sollten in jedem Fall geführt werden. Dabei liegt die Betonung natürlich darauf, dass auch das Anerkennungsgespräch in jedem Fall geführt werden sollte. Häufig gilt für Vorgesetzte der Grundsatz „die Abwesenheit von Kritik ist doch Lob, deshalb brauchen wir doch kein erneutes Gespräch führen. Das kostet alles Zeit.“ (Günther & Sperber, 1995) Es wird betont, dass diese Zeit wirklich gut investiert ist, weil der betroffene Mitarbeiter das Signal erhält, dass sein Chef ihn auch im positiven Sinne beobachtet und dass das Kritikgespräch überholt ist. Eine größere Motivation kann in so einer sensiblen Situation kaum erfolgen.

10.15 Uhr Übung

In einer kurzen Übungsrunde werden die unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen bei Lob- und Kritikgesprächen gegenüber gestellt. Zwei Halbgruppen erarbeiten die notwendigen Aspekte, um derartige Gespräche effektiv führen zu können.

In der Auswertung wird noch einmal besonders der Focus auf folgende Kriterien gerichtet:

1. Die Rahmenbedingungen (Terminabsprache, ungestörter Raum zur Besprechung, Sitzanordnung, Zeitplan)

2. Gesprächseinstieg (=> Joining)
3. Gesprächsstruktur (=> Chunck down)
4. Gesprächsabschluss

10.30 Uhr Rollenspiel - „Das zweite Gespräch“, Auswertung

In dieser praktischen Gesprächsübungsrunde geht es darum, die theoretischen Erfahrungen und das Wissen zur Interventionskette zu stabilisieren und das Vorgehen zu trainieren. Dazu wird ein Fall beschrieben und in zwei Halbgruppen im Rollenspiel nachgestellt. Anders als bei bisher durchgeführten Rollenspielen nehmen in dieser Runde nicht nur der Vorgesetzte und der Mitarbeiter sondern auch die Personalabteilung und der Betriebsrat teil. Das bedeutet, dass eine gute vorherige Abstimmung stattfinden muss in bezug auf Fragen wie: Wer leitet das Gespräch ein? Wer führt durch das Gespräch? Was sind die genauen Ziele?

Instruktion:

Bereiten Sie bitte das Gespräch der 2. Stufe in den Halbgruppen vor und führen sie es.

Im Plenum werden die Gespräche in Bezug auf positive und überzeugende bzw. verbesserungswürdige Strategien ausgewertet.

11.15 Uhr Co-Abhängigkeit & das Hilfesystem

„Co-Abhängigkeit“ ist ein wichtiges Thema für den betrieblichen Kontext. Mit Co-Abhängigkeit ist gemeint, dass es um gefährdete und abhängige Mitarbeiter herum immer eine gewisse Anzahl von Personen gibt, die den Abhängigen durch ihre Verhaltensweisen decken.

Nicht immer bewusst, oftmals unbewusst, gleichen sie Fehler des Betroffenen aus, unterstützen ihn und „verhelfen“ damit zu einer Suchtstabilisierung.

Gründe für dieses co-abhängige Verhalten sind:

1. Unsicherheit der Arbeitskollegen
2. Mangelndes Wissen zum Krankheitsbild der Süchte
3. Fehlender Mut den Mitarbeiter anzusprechen oder Angst, Kollegen „anzuschwärzen“ oder ihnen irgendwie zu schaden.

Suchtgefährdete und –abhängige Mitarbeiter werden länger als notwendig in betrieblichen Systemen versteckt.

Tabelle 6: Das Vier-Phasenmodell von Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit (Wienemann, 1999).

DER ABHÄNGIGE	Die CO-ABHÄNGIGEN
1. Abwehrphase => „Ich habe kein Problem.“	1. Abwehrphase => „Wir haben/sehen kein Problem.“
2. Rechtfertigungsphase => Ich habe ein Problem, aber ich habe gute Gründe..“	2. Beschützerphase => „Wir haben ein Problem, aber wir verstehen und helfen.“
3. Kampfphase => „Ich habe ein Problem, aber ich schaffe es allein...“	3. Kontrollphase => „Wir haben ein Problem, aber wir bekommen es in den Griff...“
4. Kapitulations-Phase => „Ich habe ein Problem und ich schaffe es nicht allein/ es hat keinen Sinn mehr.“	4. Anklage-Phase => „Wir haben ein unlösbares Problem – wir können/wollen nicht mehr.“

Die Darstellung der Co-Abhängigkeit verdeutlicht den Führungskräften noch einmal den Fehler im betrieblichen System.

Nach einer Frage- und Diskussionsrunde zu dem Phasenmodell wird übergeleitet in einen kurzen Vortrag über das konstruktive Hilfesystem für betroffene Mitarbeiter.

Interne Hilfe ist in der Axel Springer Verlag AG gewährleistet durch einerseits betriebsärztliche Versorgung (=> betriebsärztliche Station mit einer Ärztin und vier Helferinnen), einem Gesundheitsberater/Suchtbeauftragten (=> Diplom-Psychologen) sowie den Ansprechpartnern in der Personalabteilung oder dem Betriebsrat.

Das externe Hilfesystem ist mit Kliniken, Beratungsstellen, sozialtherapeutischen Einrichtungen, Psychologen und Hausärzten umfassender und wird von Betroffenen wegen der Distanz zum Unternehmen oftmals lieber in Anspruch genommen.

Im Akutfall wird Hilfestellung in allen Allgemeinen Krankenhäusern gegeben. 10 bis 14tägige Entgiftungen werden auf allen internistischen Abteilungen durchgeführt.

Für eine anschließende Therapie oder Beratung stehen in den Allgemeinen Krankenhäusern die psychiatrischen Abteilungen zur Verfügung.

Parallel dazu werden Kurzzeit- und Langzeittherapien (3 Wochen bis 6 Monate) in speziellen Suchtkliniken angeboten. Der Trend geht in Richtung Kurzzeittherapien in Tageskliniken, weil die Patienten abends immer wieder in ihr persönliches Problemfeld zurückkehren müssen und so lernen, adäquate Copingstrategien für den Alltag und vor allem für die Zeit „nach der Therapie“ zu

entwickeln. Für Beratungen abhängiger oder gefährdeter Menschen stehen Experten in staatlichen oder freien Beratungsstellen zur Verfügung (=> Adressen im Branchenbuch). Dort werden auch Sozialberichte für die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger erstellt.

12 Uhr Rollenspiele (Stufe zwei bis fünf)

In dieser praktischen Gesprächsübungsrunde geht es darum, die theoretischen Erfahrungen und das Wissen zur Interventionskette zu stabilisieren und das Vorgehen zu trainieren. Dazu wird ein Fall beschrieben und in zwei Halbgruppen im Rollenspiel nachgestellt. Anders als bei bisher durchgeführten Rollenspielen nehmen in dieser Runde nicht nur der Vorgesetzte und der Mitarbeiter sondern auch die Personalabteilung und der Betriebsrat teil. Das bedeutet, dass eine gute vorherige Abstimmung stattfinden muss in Bezug auf Fragen wie: Wer eröffnet das Gespräch? Wer führt durch das Gespräch? Was sind die genauen Ziele und die Konsequenzen?

Instruktion: Bereiten Sie bitte das Gespräch der 2. Stufe in den Halbgruppen vor und führen sie es durch.

Im Plenum werden die Gespräche in Bezug auf positive und überzeugende bzw. verbesserungswürdige Strategien ausgewertet.

12.50 Uhr Hausaufgaben, Feedback, Auswertung

Die „Hausaufgabe“ bis zum nächsten Modul in vier Wochen ist, ein Lob- und/oder Kritikgespräch mit einem Mitarbeiter nach den erlernten Kriterien und Vorgehensweisen zu üben.

Vor der Abschlussrunde werden noch einmal die Lerninhalte des Tages zusammengefasst und mit den Wünschen der Teilnehmer (Metakarten auf der Pinnwand) verglichen.

In der Feedbackrunde haben die Führungskräfte die Möglichkeit, in Form eines kurzen „Blitzlichtes“ den Tag zu bewerten. Dieses Vorgehen ist pädagogischen Konzepten entlehnt und gibt die Chance einer individuellen Bewertung des Seminars.

2.5.3 Modul 3

Dieses halbtägige Modul trägt den Titel „Das Arbeitsrecht – Handlungsmöglichkeiten der Vorgesetzten“. Für ein inhaltlich einwandfreies Fachreferat zu diesem Themenkomplex wurde Gonne Wehrmann eingeladen, ein Hausjurist der Axel Springer Verlag AG.

Tabelle 7: Ablauf des dritten Moduls des Führungstrainings Suchtprävention als Krisenmanagement.

Zeit	Inhalt	Methode
9 Uhr	Begrüßung, Hausaufgaben	Plenum
9.30 Uhr	Fragensammlung zum Thema Arbeitsrecht	Plenum Moderation
10 Uhr	Vortrag: „Alkohol im Betrieb“	Plenum Moderation
11.30	Pause	
11.45 Uhr	Diskussion: Transfer der theoretischen Rechtssprechung in den praktischen Arbeitsalltag	Interaktiver Vortrag
12.20 Uhr	Theorie: Wirkung von Suchtmitteln und Beeinträchtigung der Arbeitssicherheit	Kleingruppen
12.55 Uhr	Hausaufgaben, Feedback	Plenum
13 Uhr	Abschluss	

9 Uhr Begrüßung, Hausaufgaben

Nach einer persönlichen Begrüßung mit einem Ausblick auf die Inhalte des aktuellen Trainingstages (Vorstellung der Agenda) leitet der Trainer in die erste Runde ein. Thema sind die „Hausaufgaben“ und damit stehen die praktischen Erfahrungen der Führungskräfte aus der Zeit zwischen dem zweiten und dem dritten Modul im Focus. Jeder Teilnehmer hatte den Auftrag mindestens ein Lob- und/oder Kritikgespräch nach zu führen.

9. 30 Uhr Fragensammlung zum Thema Arbeitsrecht

Der Trainer notiert die Fragen der Teilnehmer zum Thema Arbeitsrecht und clustert sie, um die Fragestunde bei dem Experten möglichst effektiv gestalten und moderieren zu können.

10 Uhr Vortrag: Alkohol im Betrieb

Schon der Titel des Vortrages „Alkohol im Betrieb“ des Juristen Axel Springer Verlag AG macht deutlich, dass es offenbar rechtliche Regelungen für Alkohol im Betrieb jedoch nicht für alle Suchtmittel gibt.

Die Rechtssprechung wird natürlich kontinuierlich verbessert und neuen Regelungen (z.B. Promillegrenze) angepasst, dennoch wird auch im juristischen Bereich deutlich, dass es Irritationen bei der Behandlung der anderen Süchte und Suchtmittel gibt.

Der Jurist stellt die Rechtssprechung zu den Bereichen 1. Einstellung, 2. Alkoholverbot, 3. Pflichten des Arbeitgebers, 4. arbeitsrechtliche Konsequenzen, 5. Haftungsfragen, 6. Unfallversicherung und 7. strafrechtliche Konsequenzen vor (siehe Anhang 04).

11.45 Uhr Diskussion: Transfer der Rechtssprechung in den praktischen Arbeitsalltag

Nach dem Vortrag des Juristen geht es um eine Transferleistung, die in einer Diskussion erarbeitet wird. Wie können die Führungskräfte die rechtlichen Möglichkeiten und Konsequenzen im praktischen Berufsalltag wirklich nutzen.

12.20 Uhr Wirkung von Suchtmitteln und Beeinträchtigung der Arbeitssicherheit

Die Wirkung der Suchtmittel wird am Beispiel des Alkohols (Äthanol, Äthylalkohol) verdeutlicht. Alkoholismus kann zu zahlreichen körperlichen, seelischen und sozialen Schäden führen.

Auf körperlicher Ebene ist Alkohol ein Zellgift. Er diffundiert nach der Aufnahme durch die Schleimhäute des oberen Verdauungstraktes in die Blutbahn.

Durch die Mundhöhle und Speiseröhre werden nur geringe Mengen, durch den Magen ca. 20 % und durch den oberen Dünndarm der Rest aufgenommen.

Zerstörerische Auswirkungen auf den menschlichen Körper treten mit hoher Wahrscheinlichkeit auf bei einer durchschnittlichen täglichen Aufnahme von 20g reinen Alkohol für Frauen respektive 30g reinen Alkohol für Männer (siehe Kap. 1.3).

Bei Einnahme größerer Alkoholmengen kommt es zu einem Anstieg der Nebennierenhormone, so dass Alkohol zwar die Seele beruhigt, aber auf körperlicher Ebene eine Stressreaktion bewirkt. Auf das Zentralnervensystem (ZNS) wirkt Alkohol wie ein Beruhigungsmittel. Alkohol hemmt generell die Nervenweiterleitung, ohne – wie andere Drogen – auf spezielle Rezeptoren einzuwirken. Demnach verflüssigt Alkohol die Fette in den Zellmembranen, was die Reizweiterleitung einschränkt. Alkohol kann so helfen, Ängste und Hemmungen zu überwinden, Einsamkeit erträglicher zu machen oder Minderwertigkeitsgefühle zu reduzieren.

Alkohol hat eine Zwei-Phasen-Wirkung:

> In geringen Mengen (0,2 Liter Bier) wirkt er anregend.

> In höheren Dosen wirkt er dämpfend auf das ZNS.

Diese Beruhigung muss nicht dem entsprechen, was der Betroffene stimmungsmäßig erlebt. Alkohol macht nicht auf direktem Wege lustig sondern wirkt erst über den Umweg des Abbaus von Hemmungen stimmungsverbessernd.

Der Abbau von Alkohol im Körper erfolgt je nach Körpergewicht pro Stunde ungefähr 0,15 Promille.

Die Blutalkoholkonzentration (BAK => C) lässt sich folgendermaßen errechnen:

$$C = \frac{A \text{ (Alkohol in Gramm)}}{P \text{ (Körpergewicht)}} \cdot r \text{ (Verteilungsfaktor)}$$

Der Verteilungsfaktor ist bei Männern 0,7, bei Frauen 0,6.

Tabelle 8:

Darstellung der Beeinträchtigung der Arbeitssicherheit durch Alkoholkonsum (Resch, 1996).

Ab 0,2 Promille	Mehr Fehler bei sensumotorischen Aufgaben Störung des Gleichgewichtssystems
Ab 0,3 Promille	Störung der Aufmerksamkeit Störung der Wahrnehmung bewegter Objekte
Ab 0,4 Promille	Verlängerung der Reaktionszeit um mindestens 5 %
Ab 0,5 Promille	Erhöhte Risikobereitschaft

Die Tabelle wird den Teilnehmern vorgestellt und erklärt, dass der Mensch in seinen komplexen Denk- und Handlungskompetenzen beeinträchtigt wird. Betroffen sind die Aufmerksamkeit, der Gleichgewichtsapparat, die Reaktionszeit, die Wahrnehmung, die Handfertigkeit, das Denkvermögen und der Antrieb sowie die Stimmungslage.

Ziel dieses Vortrages ist es, einerseits das Wissen der Führungskräfte zu diesem Themenbereich zu komplettieren, andererseits die Wahrnehmung für die Veränderungen auch im Bereich der Arbeitssicherheit zu sensibilisieren und an die extrem hohe Verantwortung zu appellieren.

12.55 Uhr Hausaufgaben & Feedback

Die Führungskräfte erhalten die Aufgabe bei bevorstehenden Feiern im betrieblichen Kontext (=> es gibt kein Alkoholverbot in der ASV AG) auf die Verhaltensweisen der „trinkenden“ Mitarbeiter zu achten und ihre Wahrnehmung zu schulen.

Vor der Abschlussrunde werden noch einmal die Lerninhalte des Tages zusammengefasst und mit den Wünschen der Teilnehmer (Metakarten auf der Pinnwand) verglichen.

In der Feedbackrunde haben die Führungskräfte die Möglichkeit, in Form eines kurzen „Blitzlichtes“ den Tag zu bewerten. Dieses Vorgehen ist pädagogischen Konzepten entlehnt und gibt die Chance einer individuellen Bewertung des Seminars.

2.5.4 Modul 4

In dem abschließenden vierten Modul (4 Stunden) geht es um die Führungskompetenz bei Suchtproblemen.

Tabelle 9: Ablauf des vierten Moduls des Führungstrainings Suchtprävention als Krisenmanagement.

Zeit	Inhalt	Methode
9 Uhr	Begrüßung, Hausaufgaben	Plenum
9.30 Uhr	Theorie: Suchtprävention als Führungsaufgabe Ergebnispräsentation	Plenum Kleingruppen
10 Uhr	Führungsverständnis & Grundhaltung	Interaktiver Vortrag
10.20 Uhr	Stillarbeit	Einzelarbeit
10.45	Pause	
11	Übung: Führen an der langen Leine Auswertung	Plenum
11.30	Theorie: Das „Innere Team“ Für Mitarbeitergespräche präparieren	Plenum
11.50	Übung: Mein Inneres Team Präsentation	Tandems
12.30	Fragebogen II, Seminarche, Zertifikate/Handouts	Einzelarbeit
13	Feedback, Abschluss	Plenum

9 Uhr Begrüßung & Hausaufgaben

Nach einer persönlichen Begrüßung mit einem Ausblick auf die Inhalte des aktuellen Trainingstages (Vorstellung der Agenda) leitet der Trainer in die erste Runde ein. Thema sind die „Hausaufgaben“ und damit stehen die praktischen Erfahrungen der Führungskräfte aus der Zeit zwischen dem dritten und dem vierten Modul im Focus.

9.30 Uhr Übung: Suchtprävention als Führungsaufgabe , Ergebnispräsentation

In dieser Übungsrunde geht es noch einmal um die Reflexion des Thema Suchtprävention als Führungsaufgabe.

Wann fühlen sich Vorgesetzte gut gewappnet für Gespräche in diesem Themenbereich, was benötigen Sie dafür und woran erkennen Betroffene die Kompetenzen ihrer Vorgesetzten.

Die Teilnehmer werden in zwei Halbgruppen eingeteilt und erhalten jeweils in den Gruppen folgende Fragestellungen zur Bearbeitung:

1. Angenommen Sie als Führungskraft sind bereits Experte im Bereich der Suchtprävention. Welches Handwerkzeug haben Sie zur Verfügung und wie genau verhalten Sie sich?
2. Angenommen Sie sind Betroffener in der ASV AG. Woran würden Sie bemerken, dass Kollegen und Chefs zu Experten im Umgang mit Betroffenen geworden sind?

Die Ergebnisse werden im Plenum vorgestellt und besprochen.

10 Uhr Führungsverständnis und Grundhaltung

Suchtprävention als Krisenmanagement ist ein Führungsthema. Wichtig ist deshalb die Frage nach dem Führungsverständnis und der Grundhaltung der Führungskräfte gegenüber ihren Mitarbeitern. Die Grundhaltung ist ein zentraler Filter der Wahrnehmung (Seymour, 1995) und damit Grundlage nachfolgender Interpretationen und für den Umgang mit den Mitarbeitern und Kollegen.

Der Trainer gibt einen kurzen inhaltlichen Input zu der sogenannten X- und Y-Theorie, einem theoretischen Grundmodell mit Extrem-Typologien der Führung (Stroebe, 1999). Die Aspekte Einstieg zu einer Diskussion über und einer Auseinandersetzung mit Führung.

Zur Erklärung dieser Typologien wird folgendes Chart gezeigt:

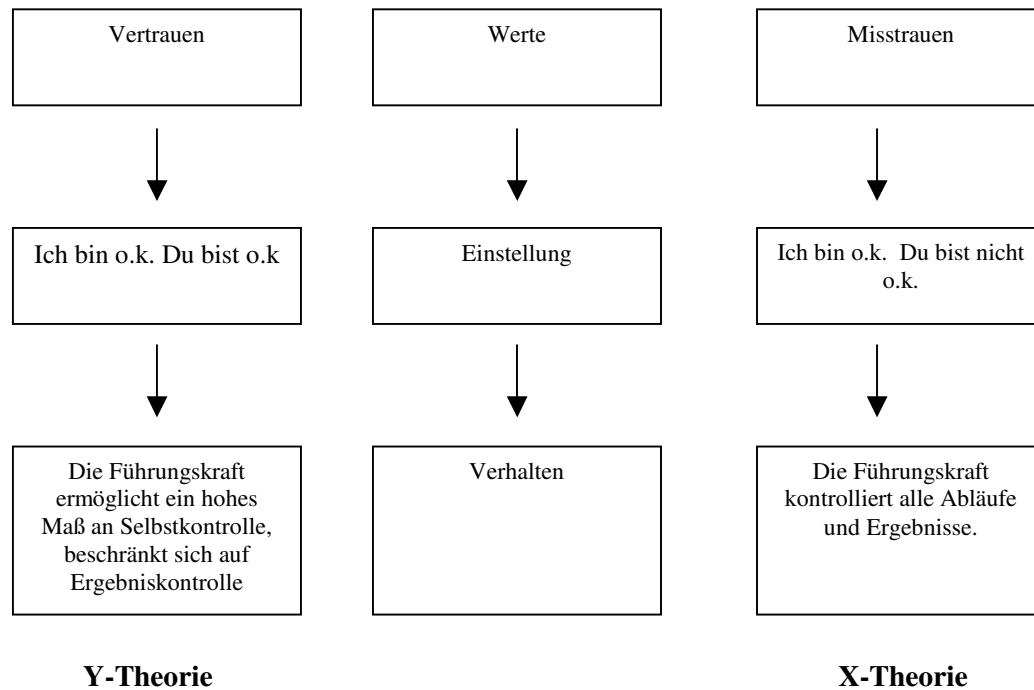


Abbildung 3: Führungs-Grundhaltungen in zwei Extrem-Typologien.

Die X-Theorie (nach Stroebe, 1999) ist durch drei überzeichnete Annahmen gekennzeichnet:

1. Der Mensch ist an Arbeit nicht interessiert, ohne Initiative und Ehrgeiz.
2. Der Mensch umschifft Verantwortung, wann immer es möglich ist.
3. Im Ergebnisse erzielen zu können, müssen Menschen angewiesen, kontrolliert und gezwungen werden. Erst die Androhung von Strafe bringt sie zu angemessener Leistung.

Die Grundhaltung der X-Theorie lautet: Ich bin o.k., du bist nicht o.k.. Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.

Die Y-Theorie (nach Stroebe, 1999) ist durch fünf Annahmen charakterisiert:

1. Der Mensch ist erfinderisch, phantasievoll, wenn er es nur sein darf.
2. Körperlicher und geistiger Einsatz sind für ihn so natürlich wie bei Sport und Spiel.
3. Menschen spornen sich selbst an, um sich zu entwickeln.
4. Menschen sind nicht nur bereit, Verantwortung zu tragen – sie suchen sie.
5. Menschen wollen und können sich selbst kontrollieren.

Die Grundhaltung der Y-Theorie lautet: Ich bin o.k., du bist o.k! – Nobody is perfect!

Wie wirken sich die Unterschiede nun im Führungsverhalten aus zum Beispiel in der Begutachtung einer vom Mitarbeiter abgeleisteten Arbeit:

Der X-Theoretiker fragt:

1. Was ist an dieser Arbeit schlecht?
2. Was kann ich kritisieren?
3. Wer ist daran schuld?

Der Y-Theoretiker fragt:

1. Was ist an dieser Arbeit gut? (Analyse)
2. Wie ist es dazu gekommen? (Ursache)
3. Was kann noch besser gemacht werden? (Problemlösung)

Zusammenfassend wird vom Trainer noch einmal betont, dass es bei der X- und Y-Theorie um zwei extreme Grundhaltungen handelt. Sie treten im beruflichen Alltag in Mischformen auf. Klar ist, dass jede Grundhaltung ein entsprechendes Führungsverhalten nach sich zieht und das, das entsprechende Verhalten wiederum entsprechende Reaktionen beim Mitarbeiter hervor ruft (Doppler & Lauterburg, 1999).

Die Grundhaltung, das Führungsverständnis oder die innere Einstellung ist der erste Schritt zur Suchtprävention. Ein entscheidendes Kriterium für die Wahrnehmung und Interpretation.

10.20 Uhr Stillarbeit

An diesen Vortrag schließt sich eine Stillarbeit an, in der jede Führungskraft Gelegenheit hat, die eigene Grundhaltung zu überprüfen und die Unterschiedlichkeit dieser inneren Einstellungen in bezug auf verschiedene Mitarbeiter festzustellen. Mit einer hypnotischen Induktion leitet der Trainer die Stillarbeit ein und hilft damit, die unterschiedlichen Grundhaltungen spontan zu aktivieren (Erickson, 1985).

Instruktion:

- Bitte vergegenwärtigen Sie sich zwei Mitarbeiter, zu denen sie verschiedenartige Beziehungen pflegen. Eine Beziehung sollten sie eher als positiv, die andere als verbesserungswürdig erleben, um den inneren Erlebenszustand deutlich herausarbeiten zu können.
- Konzentrieren Sie sich zuerst auf eine Person.

- Versuchen Sie diese Person vor ihrem inneren Auge jetzt lebendig werden zu lassen. Vielleicht in Form eines abgespeicherten Fotos oder eines kurzen Filmes oder in irgendeiner anderen bildlichen Sequenz.
- Erinnern Sie sich daran, wann Sie die Person zum letzten Mal gesehen haben und wo das Treffen stattgefunden hat.
- Vielleicht erinnern Sie noch, welche Kleidung die Person trug. Eine Jacke, ein Sakko, ein Hemd oder irgendetwas anderes, was Ihnen aufgefallen ist.
- Erinnern Sie sich, worüber sie miteinander gesprochen haben. Und wenn Sie den Inhalt nicht erinnern, vielleicht klingt noch eine Stimme oder andere Stimmen oder Geräusche oder irgendetwas anderes in ihren Ohren nach.
- Vielleicht haben sie sich zur Begrüßung die Hände gegeben.
- Und vielleicht haben sie noch einen speziellen Geruch in der Nase – ein Parfüm, ein Eau de Toilette oder irgendetwas anderes, was für diese Situation speziell war und woran Sie sich noch heute erinnern...

Bemerken Sie jetzt, mit welcher inneren Grundhaltung sie diesem ersten Menschen begegnen.

Der zweite Durchgang wird in der selben Art und Weise durchgeführt.

Die Auswertung dieser Stillarbeit findet nur in bezug auf das Erleben, auf die Unterschiedlichkeit im Erleben dieser Personen statt. Die einzelnen Personenbeispiele werden nicht beschrieben und ausgewertet! Es geht um die Wahrnehmung unterschiedlicher Grundhaltungen und der damit verbundenen Interpretationen und Verhaltensweisen.

11 Uhr Übung: Führen an der langen Leine

Erklärung des Trainers:

Ein Teilnehmer ist in der Übung als Führungskraft, die anderen Teilnehmer werden als Mitarbeiter eingesetzt, einer von ihnen als auffälliger Mitarbeiter.

Der auffällige Mitarbeiter bekommt vom Trainer die „heimliche“ Instruktion sich immer auffällig anders zu verhalten als die anderen. Wenn die anderen nach links gehen, soll er am Seil nach rechts ziehen. Dann wiederum soll er sich ganz dicht an einen anderen Teilnehmer hängen.

Es wird ein 10 Meter langes Seil auf dem Boden ausgelegt. Den Mitarbeitern werden die Augen verbunden. Die Führungskraft hat nun die Aufgabe die Mitarbeiter am Seil entlang zu verteilen und es ihnen in die Hand zu geben. Die Mitarbeiter dürfen sich gegenseitig nicht berühren.

Dann geht die Führungskraft mit ihnen durch den Raum – 10 Minuten lang.

Im Anschluss findet eine Reflexion zu folgenden Fragen statt.

1. Fragen an die „Mitarbeiter“:

Wie haben Sie die Führung empfunden?

Haben Sie Störungen erlebt?

Wie eng war ihr Kontakt zur Führungskraft?

Was hätten Sie als Führungskraft anders gemacht?

2. Fragen an die Führungskraft:

Was haben Sie als einfach, was als schwierig erlebt?

Welche Teilnehmer ließen sich einfach, welche schwierig führen?

Was hätten Sie sich von Ihren Mitarbeitern gewünscht?

Was würden Sie beim nächsten mal anders machen?

Die Übung macht einerseits deutlich, welche Kriterien für die Führungsaufgabe Suchtprävention zu beachten sind und dient den Teilnehmern als praktische Verdeutlichung der Führungssituation.

11.30 Uhr Theorie: Das „Innere Team“

Das Innere Team stammt aus der Kommunikationspsychologie (Schulz von Thun, 1994). Grundlage ist die Anatomie einer Nachricht (Schulz von Thun, 1981). In diesem Modell geht es um die vier Seiten zwischenmenschlicher Kommunikation. Es handelt sich dabei um die Sach-, Selbstkundgabe-, Beziehungs- und Appell-Ebene. Darauf aufbauend hat Schulz von Thun eine differenzierte Betrachtung innerer Kommunikationsprozesse (Selbstgespräche) vorgenommen. In einer Art Metapher werden Gedanken, Impulse und Überzeugungen personifiziert und zu Mitgliedern eines „Inneren Teams“. Ihre Kommunikation findet über innere Dialoge statt.

Um den Führungskräften diese Betrachtungsweise zu erleichtern wird das Innere Team auf Flip Chart visualisiert.

Skizzenhaft wird ein Mensch aufgemalt, in dessen Bauch sich die „Teammitglieder“ befinden. Den einzelnen Menschen werden charakteristische Sätze zugeordnet und zusätzlich erhalten Sie Namen, um die Identifikation zu erleichtern.

Ziel ist es, den Führungskräften zu verdeutlichen, in welchen Selbstgesprächen sie sich befinden, bevor sie schwierige Gespräche führen und welche Möglichkeit Sie haben, Ihre „Inneren Teammitglieder“ zu analysieren und zurechtzurücken. (Schließlich ist das Gespräch mit auffälligen Beschäftigten eines der schwierigsten Mitarbeitergespräche.).

11.50 Uhr Übung: „Mein Inneres Team“

Nach den theoretischen Einleitungen und Erklärungen des Modells, bekommen die Führungskräfte die Aufgabe in Einzelarbeit ihr momentanes Inneres Team in bezug auf einen Mitarbeiter aufzumalen und die entsprechenden Sätze zu notieren.

Die Auswertung findet methodisch in bezug auf das persönliche Erleben der Analyse statt. Inhaltlich haben die Führungskräfte Gelegenheit, ihr persönliches Inneres Team vorzustellen.

12.30 Uhr Fragebogen II, Seminarecho, Handouts & Zertifikate

Zum Abschluss des vierten Moduls müssen vier formale Prozesse erledigt werden.

1. Der Fragebogen (28 Items, siehe Kap. 2.4. und Anhang 05), der Grundlage der wissenschaftlichen Untersuchung ist, wird zum zweiten Mal verteilt. Auf dem Deckblatt sind noch einmal Hinweise zu der geplanten wissenschaftlichen Untersuchung gegeben und eine Erklärung zur Verwendung der Ergebnisse.

Darüber hinaus wird erklärt, dass die Anonymität der Daten sichergestellt ist und lediglich über eine Codenummer der erste ausgefüllte Fragebogen dem zweiten zugeordnet werden kann, um einen potenziellen Trainingseffekt nachweisbar zu machen.

Auf dem zweiten Deckblatt werden persönliche Daten der Seminarteilnehmer erhoben (Alter, Berufsbezeichnung, Verlagszugehörigkeit, Position als Führungskraft mit wie vielen Mitarbeitern, Teilnahme an einem Seminar zum Thema Suchtprävention als Krisenmanagement).

Danach füllen die Teilnehmer den Seminarbewertungsbogen aus (siehe Kap. 2.4). Die Teilnehmer erhalten einen Ordner mit Unterlagen zu dem modularen Führungstraining. Mit einer persönlichen Gratulation verbunden, übergibt der Trainer den Teilnehmern ein Zertifikat für die erfolgreiche Teilnahme an dem Führungstraining.

Zum Abschluss des viermodularen Führungstrainings haben die Führungskräfte dann noch die Chance, Kritik und Verbesserungsvorschläge abzugeben als auch positive Erfahrungen zusammengefasst zu schildern.

2.6 Durchführung eines modularen Führungstrainings

Das Führungstraining zum Thema Führungsaufgabe „Suchtprävention als Krisenmanagement“ wurde im Axel Springer Verlag Hamburg durchgeführt. Drei Gruppen von Führungskräften aus unterschiedlichen Abteilungen des Verlages mit verschiedenen Positionen haben an den vier Modulen teilgenommen. Die zuletzt trainierte Gruppe wurde kurz vor dem Start auf $n = 5$ Personen reduziert. Die anderen Anmeldungen wurden bei der Personalentwicklung zurückgezogen. Möglicherweise, weil es in 2001, durch personelle Veränderungen in der Unternehmensleitung und dem Vorstand der Axel Springer Verlag AG, zu einem großen Umstrukturierungsprozess gekommen ist. Der neue Vorstand verlegte den zentralen Unternehmenssitz spontan nach Berlin, wodurch für Hunderte von Mitarbeitern eine Versetzung in die Bundeshauptstadt an. Insgesamt konzentrieren sich Mitarbeiter bei Umbruchsituationen in Unternehmen stärker auf die arbeitsplatzspezifischen Aufgaben als sich neu- oder umzuorientieren und an Fortbildungen teilzunehmen (Macharzina, 1999).

Im Folgenden werden die Stichprobe sowie Ort und Zeitrahmen dargestellt und beschrieben.

2.6.1 Stichprobe

Die Gesamtstichprobe besteht aus $N = 22$ Personen. Die erste Gruppe setzt sich aus $n = 8$, die zweite aus $n = 9$ und die dritte Gruppe aus $n = 5$ Personen zusammen. Die Führungskräfte gehören unterschiedlichen Verlagsbereichen an. Insgesamt neun Teilnehmer kommen aus dem Bereich Technik, acht Teilnehmer aus kaufmännischen Abteilungen, zwei Teilnehmer aus dem Bereich Content-Management (Bibliothekswesen und Dokumentation) und drei aus dem Personalbereich.

In der Gesamtstichprobe befinden sich drei Frauen (13 %) und 19 Männer (86,9 %). Alle Personen üben eine Führungstätigkeit aus in der Axel Springer Verlag AG Hamburg und sind im Altersrange zwischen 28 und 64 Jahren einzuordnen

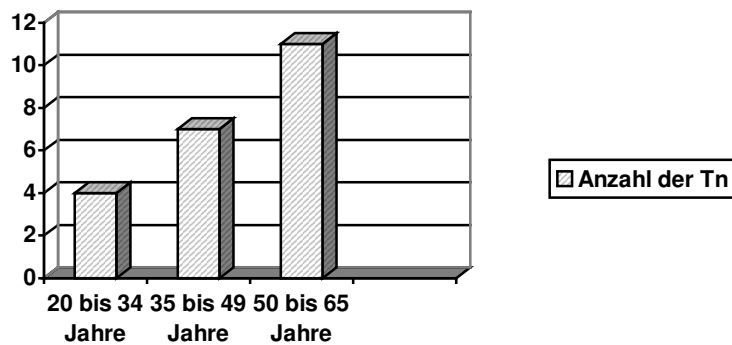
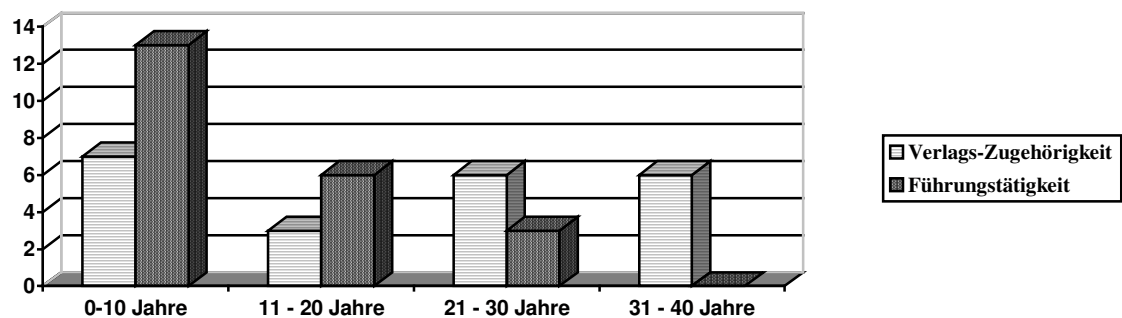


Abbildung 4: Anzahl der Teilnehmer nach Altersklassen

Insgesamt 49,9 % der Teilnehmer ($n = 11$) ist zwischen 50 und 65 Jahren alt. 31,8% der Teilnehmer sind zwischen 35 und 49 Jahren alt ($n = 7$) und 18,2 % der Teilnehmer gehören in die jüngste Altersgruppe ($n = 4$) und sind zwischen 20 und 34 alt.

Die Verlagszugehörigkeit der Personen variiert zwischen einem Jahr und 38 Jahren, die Führungstätigkeit zwischen 0,25 und 25 Jahren.

Abbildung 5: Die Verlags-Zugehörigkeit und die Führungstätigkeit der Teilnehmer in Jahren.



Trotz der teilweise langen Verlagszugehörigkeit (max. 38 Jahre) und langer Führungstätigkeit (10 Führungskräfte haben im Mittel 23 Jahre Führungserfahrung) haben von den insgesamt 22 Führungskräften der Gesamtstichprobe 12 Führungskräfte (54,5 %) zum

ersten Mal an einem Führungsseminar zum Thema „Suchtprävention als Krisenmanagement“ teilgenommen, 9 Führungskräfte (40,9 %) haben 1996/ bzw. 1995 an einem zweitägigen Seminar, eine Führungskraft (4,5 %) hat an einem halbtägigen Kompaktkurs teilgenommen.

2.6.2 Ort und Zeitrahmen der Durchführung

Die gesamten Führungstrainings sind Inhouse-Trainings und wurden im Trainingszentrum der Axel Springer Verlags AG (Axel-Springer-Platz in Hamburg) durchgeführt. Es standen jeweils ein Plenumsraum und ein bis zwei Gruppenräume für die Übungssequenzen zur Verfügung. Das gesamte Führungstraining umfasste 20 Stunden. Es war auf vier Module an vier unterschiedlichen Terminen aufgeteilt, wobei der Abstand zwischen den einzelnen Modulen jeweils vier bis sechs Wochen betrug.

Die Zeitlinie der Durchführung beginnt im Dezember 2000 mit der ersten Gruppe, die im März 2001 endete. Die zweite Gruppe startete im März 2001 bis Juni 2001, die dritte Gruppe im September 2001 bis Dezember 2001. Eine Katamneserhebung wurde vier bis sechs Monate nach dem absolvierten Führungstraining durchgeführt.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Erhebungen zur Überprüfung der Wirkung der beschriebenen Trainingsmaßnahme dargestellt. Die Fragebogenergebnisse der Pre- und Postuntersuchung der drei untersuchten Gruppen (Gruppe 1 N = 8 Teilnehmer; Gruppe 2 N = 9 Teilnehmer und Gruppe 3 N = 5 Teilnehmer) sind als Gesamtergebnis in einer Tabelle dargestellt, weil die Einzelergebnisse der Gruppen augenscheinlich nicht differieren. Der Einsatz der Evaluationsinstrumente 1. 28-Item-Fragebogen (Wilcken; Schwarzer & Jerusalem) 2. Seminarbeurteilungsbogen der Axel Springer Verlag AG, 3. katamnestische Erhebung wird in der zeitlichen Abfolge skizziert sowie 4. die Zeitpunkte Bewertung durch die Autorin. Aus der Tabelle wird ersichtlich, wann welche Instrumente verwendet worden sind.

Tabelle 10: Überblick über den zeitlichen Einsatz der Evaluationsinstrumente.

	Pre-Untersuchung	FÜHRUNGSTRAINING „Suchtprävention als Krisenmanagement“	Post-Untersuchung	4-6 Mo. nach Führungstraining
Fragebogen (28 Items)	X		X	
Seminarbeurteilung (ASV AG)			X	
Nachbefragung			X	X
Bewertung durch Autorin			X	X

3.1 Selbsteinschätzung der Führungskräfte

Vor der ersten Trainingseinheit, dem Modul 1 über den zeitlichen Rahmen von acht Stunden, sowie nach dem vierten Modul (4 Stunden) wurden über einen 28 Item-Fragebogen die folgenden

Outcomebereiche (siehe Kap. 2.4 f) abgefragt:

1. Der Wissensumfang zum Thema Sucht/ „Suchtprävention als Krisenmanagement“
2. Die Sensibilität der Wahrnehmung/das Einfühlungsvermögen für körperliche und/oder psychische Kriterien von gefährdeten oder abhängigen Mitarbeitern.
3. Die Motivation und die Fähigkeit, Gespräche zu führen.
4. Wissen über/Umgang mit betrieblichen Regularien.
5. Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit.

Die Eingabe der Daten sowie die Analyse erfolgte über das Statistikprogramm SPSS. Für die Aufbereitung des empirischen Materials wurden strukturierte Daten-Masken genutzt. Die graphische Darstellung der Ergebnisse wurde zum großen Teil vorgenommen über Microsoft Office insbesondere über Microsoft Excel.

Bei der Auswertung des Fragebogens über die Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen und Mittelwertvergleiche ist zu beachten, dass die Items unterschiedlich gepolt sind. Einerseits aus dem Grund, dass kein Automatismus beim Ankreuzen entsteht und um andererseits eine detailliertere inhaltliche Betrachtung zu ermöglichen.

Bei den Items 1, 3, 9, 10, 12, 13, 16 und 17 sprechen niedrige Punktwerte für ein solides Wissen, eine sensible Wahrnehmungskompetenz und eine sichere persönliche Haltung. Je niedriger die Punktwerte umso besser die von den Führungskräften selbsteingeschätzten persönlichen Bedingungen für die Führungsaufgabe Suchtprävention. Deshalb wäre es wünschenswert, dass die Mittelwerte in der Post-Untersuchung kleiner als in der Prä-Untersuchung sind. Wobei Item 17 sowie Item 3 Sonderstellungen einnehmen. In dem Bewusstsein, dass Führungskräfte trotz aller zustimmenden Beteuerungen meist keine kontinuierlichen Mitarbeitergespräche führen ist bei Item 17 Antwort 1 bis 3 zufriedenstellend. Lediglich Antwort 4 (Gar nicht) wäre – zumindest in der Post-Untersuchung – besorgniserregend. Item 3 prüft, ob Führungskräfte gefährdete Mitarbeiter überhaupt wahrnehmen bzw. versuchen die Wahrnehmung zu schärfen. Insofern können Antwort 1 bis 3 positiv gewertet werden.

Bei den Items 2 und 5 sprechen hohe Punktwerte für gutes Know-how in bezug auf die betriebliche Suchtproblematik. Dort geht es um reproduziertes Wissen allgemein zur Sucht- und speziell zur Alkoholproblematik.

Item 4 verlangt im besten Fall und notwendigerweise Antwort 1, dass Führungskräften die wichtigsten körperlichen und psychosozialen Auswirkungen von Suchtproblemen bekannt sind.

Antwort 2 (Wissen um körperliche Auswirkungen) ist nicht besser als Antwort 3 (Wissen um psycho-soziale Auswirkungen). Jedoch sind Antwort 2 und 3 höher einzuschätzen als Antwort 4 (kein Wissen). Bei diesem Item sind die Errechnung von Mittelwert und Standardabweichung inhaltlich sinnlos, weil keine gestaffelte Wertung innerhalb der Antwortkategorien gewählt wurde. Item 6 fragt ab, ob Mitarbeiter angesprochen werden, wenn sie Auffälligkeiten zeigen. Dabei ist Antwort 1 nicht besser als 2 und umgekehrt. Die Entscheidung wird in der Regel situationsabhängig getroffen. Antwort 3 und 4 sollten jedoch nach absolviertem Training nicht mehr gegeben werden, weil dieses Verhalten mit Führungsverantwortung nicht vereinbar ist.

Item 7 und 8 sind Sonderfälle. In bezug auf den betrieblichen Kontext gesehen, ist Antwort 1 im positiven Sinne „heldenhaft“ (Kollegen, bei denen Vermutungen in bezug auf eine Suchtproblematik vorliegen, werden grundsätzlich angesprochen), denn schon im persönlichen und privaten Kontext wird dieses menschliche Verhalten nicht gelebt. In Wirklichkeit gilt aber eher die Devise, wegschauen statt ansprechen. Jedoch birgt dieser oben genannte Aktionismus auch Gefahren, z.B. im Hinblick auf Machtausübung oder Mobbing. Erfährt ein Vorgesetzter durch Dritte über eine vermutete Suchtproblematik eines Mitarbeiters, weil dieser in seiner Freizeit z.B. schon mehrfach angetrunken beobachtet wurde, fehlen ihm die notwendigen Grundlagen für ein professionelles Erstgespräch und er nimmt einen Eingriff in die Privatsphäre seines Mitarbeiters vor. Das kann im schlimmsten Fall zu gerichtlichen Auseinandersetzungen führen, die der Mitarbeiter gewinnen würde. Nimmt er selbst Anzeichen der Gefährdung wahr, ist dies ausreichend für ein Erstgespräch. Aufgrund dieses Wissens ist die Wunschantwort für den realistischen betrieblichen Führungskontext unter Beachtung der Fürsorgepflicht, für beide Items jeweils Antwort 2. Der nach dem Training erhoffte Mittelwert ist ebenfalls 2. Darüber hinaus gilt für dieses Item, dass Antwort 1 (grundsätzliche Ansprache) jedoch positiver zu werten ist als Antwort 3 (Wenn ich sie lang genug kenne) und Antwort 4 (Nein), was sich inhaltlich von selbst erklärt. Eine Mittelwertberechnung ist möglich, wobei die Interpretation der Ergebnisse aufgrund der gerade vorgenommenen Erklärung anders ausfallen würde als bei anderen Items. Hier wäre Antwort 2 wünschenswerter als Antwort 1, jedoch Antwort 1 wünschenswerter als 3 oder 4.

Item 11 erwartet Antwort 2 oder 3, insofern ist auch hier weder ein arithmetisches Mittel noch eine Streuung sinnvoll zu berechnen. Antwort 1 und 4 sollten in der Post-Untersuchung nicht mehr gegeben werden.

Item 18 erfragt das Einfühlungsvermögen bei einem Mitarbeiter mit einer Suchtproblematik und die persönliche Einschätzung der zeitlichen Dauer eines Bewältigungsprozesses.

Antwort 2 und 3 sind die erwünschten Antworten. Die Hoffnung ist, dass die Nennungen von Antwort 1 oder 4 im Pre-Test, im Post-Test nicht noch einmal auftauchen oder zumindest die Anzahl der Nennungen reduziert wird.

Denn Führungskräfte, die denken, dass Suchtprobleme unveränderbar seien (Antwort 4), werden resignieren und versuchen, sich des „Störfaktors“ (betroffener Mitarbeiter) zu entledigen, z.B. durch Versetzung des betroffenen Mitarbeiters in eine andere Abteilung oder durch Kündigung des Arbeitsverhältnisses z.B. aufgrund verhaltensbedingter Veränderungen.

Die sich anschließenden zehn Fragen (Item 19 bis 28) umfassen den strukturierten Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit von Jerusalem & Schwarzer (1981,1999). Das Konzept der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung fragt nach der persönlichen Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Arbeitsleben zurechtzukommen. Für diesen Test liegen die Mittelwerte für die meisten Stichproben heterogener Populationen Erwachsener bei ca. 29 Punkten mit einer Standardabweichung von 4 Punkten.

Tabelle 11: Der 28-Item-Fragebogen, der als Evaluationsinstrument in der Pre-Post-Untersuchung eingesetzt wurde.

1. „Mein Wissen zum Thema suchtpreventives Krisenmanagement im betrieblichen Kontext bewerte ich mit..?“ 1. ☐ Sehr gut 2. ☐ Gut 3. ☐ Mittelmäßig 4. ☐ Nicht ausreichend
2. „Suchtprävention am Arbeitsplatz heißt für mich...“
3. „Mitarbeiter in persönlichen Krisensituationen erkenne ich....“ 1. ☐ Sofort 2. ☐ Nach einer Woche 3. ☐ Nach einem Monat 4. ☐ Nicht
4. „Die wichtigsten körperlichen und psycho-sozialen Auswirkungen von Suchtproblemen sind mir bekannt.“ 1. ☐ Ja 2. ☐ Eher die körperlichen Auswirkungen 3. ☐ Eher die psycho-sozialen Auswirkungen 4. ☐ Nein
5. Folgende Signale weisen auf ein Alkoholproblem hin...

6. Wenn mir ein Mitarbeiter durch Veränderungen im Arbeitsverhalten, der Leistung oder dem äußeren Erscheinungsbild auffällt, spreche ich ihn an 1. ☐ Sofort 2. ☐ Nach mehreren Vorfällen 3. ☐ Wenn ich weiß, woran es liegt 4. ☐ Gar nicht
7. Werden Kollegen von Ihnen angesprochen, von denen Sie wissen, dass sie trinken? 1. ☐ Ja, grundsätzlich. 2. ☐ Nur, wenn sie im Arbeitskontext auffallen. 3. ☐ Wenn ich sie lang genug kenne und mir sicher bin. 4. ☐ Nein
8. Werden Kollegen von Ihnen angesprochen bei denen Sie ein Suchtproblem vermuten? 1. ☐ Ja, grundsätzlich. 2. ☐ Nur, wenn sie im Arbeitskontext auffallen. 3. ☐ Wenn ich sie lang genug kenne und mir sicher bin. 4. ☐ Nein
9. Wie häufig sprechen Sie über das Thema Alkohol und seine Auswirkungen in Ihrem Arbeitsbereich? 1. ☐ Wenn jemand auffällig geworden ist 2. ☐ Bei aktuellen Hinweisen vom Vorgesetzten/Verlagsleitung 3. ☐ Einmal im Jahr
10. Auffällige Mitarbeiter/-innen anzusprechen, fällt mir ... 1. ☐ Sehr leicht. 2. ☐ Leicht 3. ☐ Schwer 4. ☐ Sehr schwer
11. Gespräche mit Mitarbeitern/-innen in Krisensituationen führe ich 1. ☐ Bei einem ruhigen gemeinsamen Essen 2. ☐ Im Anschluss an offizielle Arbeitsbereichsbesprechungen 3. ☐ Je nach Bedarf in meinem Büro 4. ☐ Im Rahmen von Mitarbeiterbeurteilungen/Jahresgesprächen
12. Im Umgang mit auffälligen Mitarbeitern fühle ich mich 1. ☐ Sehr sicher 2. ☐ Einigermmaßen sicher 3. ☐ Unsicher 4. ☐ Völlig überfordert
13. Die betrieblichen Regularien der ASV AG zum Umgang mit auffälligen Mitarbeitern 1. ☐ Sind mir als Handwerkszeug vertraut und wende ich an 2. ☐ Kenne ich, habe ich aber noch nicht angewendet 3. ☐ Existieren offenbar, sind mir jedoch nicht zur Verfügung gestellt worden. 4. ☐ Sind mir unbekannt
14. Aus wie vielen Stufen besteht die Interventionskette und wodurch unterscheiden sich die Stufen?
15. In welcher Phase ziehen Sie die Personalabteilung zu Gesprächen hinzu?
16. Mir ist klar, welche Informationen aus Mitarbeitergesprächen für die Personalabteilung wichtig sind? 1. ☐ Ja eindeutig 2. ☐ In den meisten Fällen 3. ☐ Ungefähr 4. ☐ Nein
17. Mitarbeitergespräche führe ich ... 1. ☐ Vierteljährlich 2. ☐ Halbjährlich 3. ☐ Jährlich 4. ☐ Gar nicht

18. Suchtprobleme von Mitarbeitern am Arbeitsplatz sind .. 1. ☐ Kurzfristig lösbar 2. ☐ Mittelfristig zu bewältigen 3. ☐ Langfristig veränderbar 4. ☐ Unveränderbar
19. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege mich durchzusetzen. 1. ☐ stimmt genau 2. ☐ stimmt eher 3. ☐ stimmt kaum 4. ☐ stimmt nicht
20. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. ☐ stimmt genau 2. ☐ stimmt eher 3. ☐ stimmt kaum 4. ☐ stimmt nicht
21. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen ☐ stimmt genau 2. ☐ stimmt eher 3. ☐ stimmt kaum 4. ☐ stimmt nicht
22. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. ☐ stimmt genau 2. ☐ stimmt eher 3. ☐ stimmt kaum 4. ☐ stimmt nicht
23. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit diesen zurechtkommen kann. ☐ stimmt genau 2. ☐ stimmt eher 3. ☐ stimmt kaum 4. ☐ stimmt nicht
24. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. ☐ stimmt genau 2. ☐ stimmt eher 3. ☐ stimmt kaum 4. ☐ stimmt nicht
25. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen. ☐ stimmt genau 2. ☐ stimmt eher 3. ☐ stimmt kaum 4. ☐ stimmt nicht
26. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden ☐ stimmt genau 2. ☐ stimmt eher 3. ☐ stimmt kaum 4. ☐ stimmt nicht
27. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann. 1. ☐ stimmt genau 2. ☐ stimmt eher 3. ☐ stimmt kaum 4. ☐ stimmt nicht
28. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern. ☐ stimmt genau 2. ☐ stimmt eher 3. ☐ stimmt kaum 4. ☐ stimmt nicht

3.2 Ergebnisse der Pre- und Postuntersuchung der Gesamtgruppe

Die Einzelergebnisse der drei Gruppen differieren augenscheinlich nicht, deshalb wird im Folgenden die Gesamtgruppe (N = 22) betrachtet. Gruppe 1 besteht aus n = 8 Teilnehmern (darunter eine weibliche Führungskraft), Gruppe 2 besteht aus n = 9 Teilnehmern und Gruppe 3 aus 5 Teilnehmern (darunter zwei weibliche Führungskräfte). Die Mittelwerte errechnen sich auf Grundlage der vierstufigen Antwort-Skala, wobei jeder Antwort ein Punktwert (jeweils in Klammern benannt) zugeordnet wird. Item 14 und 15 sind offene Fragen, die Antwort kann nur richtig oder falsch gegeben werden (in Punktwerten 0 = falsch; 1 = richtig).

Dargestellt sind Mittelwerte (M), Standardabweichungen (S) sowie die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs über den T-Test für gepaarte Stichproben.

Es wurde eine gemäßigte Bonferoni-Korrektur durchgeführt, um die Anzahl der vorläufigen signifikanten Ergebnisse kritisch zu behandeln. Dafür wird das gewählte Signifikanzniveau Alpha = 0,05 durch die vorläufige Anzahl von signifikanten Ergebnissen (= 14) geteilt. Daraus ergibt sich ein korrigiertes Signifikanzniveau Alpha von 0,0036. Aber auch auf diesem Niveau sind insgesamt noch die Ergebnisse von 10 Items in der Pre-/Postbetrachtung signifikant. In Tabelle 12 sind die Fragebogen-Gesamtergebnisse im Pre-Postvergleich dargestellt.

Tabelle 12: Gesamtüberblick aller Ergebnisse der Pre- und Postuntersuchung aufgeteilt in Outcomebereiche.

Outcomebereich	Preuntersuchung			Postuntersuchung			Signifikanz
	M	s	n	M	s	n	
Wissensumfang zum Thema Sucht							
Item 1: Einschätzung des persönlichen Suchtwissen	2,81	0,74	22	1,70	0,48	22	,000
Item 2: Suchtprävention heißt	2,4	0,94	22	5,89	0,89	22	,000
Item 5: Alkoholverhalten sind..	2,85	1,00	22	4,77	0,43	22	,000
Sensibilisierung von Wahrnehmung/Einfühlungsvermögen							
Item 3: Krisen wahrnehmen..	2,65	0,77	22	1,71	0,56	22	,000
Item 4: Suchtsymptome erkennen	2,0	1,04	22	1	0	22	-----
Item 6: Auffälligkeiten ansprechen	1,87	0,89	22	1,66	0,46	22	,213
Item 17: Gespräche führen	2,56	0,97	22	2,02	0,68	22	,006
Item 18: Lösbarkeit von Suchtproblemen	2,6	0,55	22	2,42	0,60	22	,042

Outcomebereich	Pre-Untersuchung			Post-Untersuchung			Signifikanz
	M	S	n	M	S	n	
Motivation und Fähigkeit, Gespräche zu führen.							
Item 7: Trinkprobleme thematisieren	1,75	0,66	22	1,49	0,56	22	,008
Item 8: Suchtprobleme thematisieren	1,65	0,64	22	1,45	0,46	22	,104
Item 9: Quantität des Themas Sucht im Arbeitsalltag	2,25	0,94	22	1,7	0,79	22	,008
Item 11: Kontext von Krisengesprächen (Stat. Auswertung nicht sinnvoll)	—	—		—	—		
Wissen über/ Umgang mit betrieblichen Regularien							
Item 13: Bekanntheit betrieblichen Regularien	2,06	1,01	22	1,72	0,46	22	,042
Item 14: Aufbau Stufenplan	0,17	0,29	22	1	0	22	,000
Item 15: Aufgabe Personalabteilung	0,25	0,43	22	1	0	22	,000
Item 16: Informationsfluss zur Personalabteilung	2,63	0,86	22	1,36	0,53	22	,000
Erhöhung d. Selbstsicherheit/ -wirksamkeit							
Item 10: Krisenverhalten	2,72	0,644	22	2,06	0,55	22	,000
Item 12: Sicherheit im Umgang mit Auffälligen	2,35	0,84	22	1,53	0,41	22	,000
Items 19 bis 28: Einschätzung der Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jerusalem)	21,66	5,77	22	23,17	5,03	22	-----

Legende

M = Mittelwert

s = Standardabweichung

n = Anzahl der Teilnehmer

T-Test

$p < 0,05$ = signifikant auf dem Signifikanzniveau Alpha = 0,05 (sind in der Tabelle gefettet)

$p < 0,01$ = signifikant auf dem Signifikanzniveau Alpha = 0,01

Um die tabellarischen Fragebogen-Ergebnisse inhaltlich nachvollziehen zu können werden im Folgenden die Gesamtergebnisse der Pre- und Postuntersuchung erklärend dargestellt.

Item 1 („Mein Wissen zum Thema suchtpäventives Krisenmanagement im betrieblichen Kontext bewerte ich mit?“) wurde in 22 ausgewerteten Fragebögen einmal mit „Sehr gut“ (von einer Frau) beantwortet (4,5 %), fünf Mal (davon eine Frau) mit „Gut“ (22,7 %), elf Mal (davon 2 Frauen) mit mittelmäßig (49,9 %) und fünf Mal mit „Nicht ausreichend“ (22,7 %).

Item 2 („Suchtprävention am Arbeitsplatz heisst für mich...“) ließ als offene Frage vier bis fünf Einzelantworten zu. Sie wurde insgesamt von 21 Führungskräften beantwortet, eine Führungskraft zeichnete ein Fragezeichen auf die Antwortlinien. Jeweils acht Führungskräfte hatten zwei (davon 2 Frauen) und drei Schlagworte (davon 1 Frau) als Antwort aufgeschrieben, drei Führungskräfte hatten eines und zwei Führungskräfte vier Schlagworte (davon 1 Frau) notiert. Eine Führungskraft zeichnete Fragezeichen auf die Antwortlinien.

Tabelle 14: Die genannten Schlagworte der Pre-Untersuchung als Antwort zu Item 2.

Suchtprävention heisst...	Anzahl der Nennungen
1. Aufmerksam sein	18
2. Frühzeitig Handeln (Gespräche führen, Ansprechbar sein)	16
3. Konsequenzen aufzeigen	4
4. Hilfsangebote liefern	7
5. Interventionskette anwenden	4
6. Sportangebot	1
7. Alkoholverbot	2

In Item 3 (Mitarbeiter in persönlichen Krisensituationen erkenne ich....) wurde die Sensibilitätsstufe der eigenen Wahrnehmung überprüft. Von zwei Führungskräften (davon eine Frau) wurde sie mit „Sofort“ beantwortet (9,1 %), fünf Führungskräfte (davon 2 Frauen) kreuzten „Nach einer Woche“ (22,7 %), zehn (davon 1 Frau) „Nach einem Monat“ (45,4 %) und fünf Führungskräfte „Nicht“ (22,7%) an.

Item 4 (Die wichtigsten körperlichen und psycho-sozialen Auswirkungen von Suchtproblemen sind mir bekannt.) wurde von 8 Führungskräften (36,3 %) mit „Ja“ (1), von sieben Führungskräften (31,7 %) mit „Eher die körperlichen Auswirkungen“, von vier Führungskräften mit (18,2 %) „Eher die psycho-sozialen“ Auswirkungen und von drei Führungskräften (13,6 %) mit „Nein“ beantwortet.

Die offene Frage 5 (Folgende Signale weisen auf ein Alkoholproblem hin...) erlaubte vier bis fünf Einzelantworten. Sie konnte von 21 Teilnehmern beantwortet werden, eine Führungskraft wusste keine Antwort.

Jeweils sieben Führungskräfte notierten je drei (davon eine Frau)/ bzw. vier (davon eine Frau) richtige Signale als Antworten, fünf Führungskräfte (davon zwei Frauen) gaben zwei Antworten und zwei Führungskräfte notierten jeweils ein Signal, eine Führungskraft zeichnete ein Fragezeichen auf.

Tabelle 15: Die Antworten auf Frage 5 der Pre-Untersuchung im Überblick.

Signale bezüglich Alkoholproblematik	Nennungen
1. Verhaltensänderung (mangelnde Sorgfalt, Unzuverlässig, sozialer Rückzug)	12
2. Leistungsänderung (schlechtere Arbeitsleistung, hohe Fehlerquoten, viele Kurzurlaube/hohe Fehlzeiten, Entfernen vom Arbeitsplatz)	19
3. Körperlicher und geistiger Verfall (Zittern, Schweissausbrüche, gerötete Gesichtshaut)	6
4. Fahne (lallende Sprache, verändertes Ausdrucksvermögen)	8
5. Konzentrationsschwächen (Erinnerungslücken)	8
6. Vertuschungsversuche (Kaugummi, Pfefferminz)	3
7. Äußeres Erscheinungsbild	5

Item 6 (Wenn mir ein Mitarbeiter durch Veränderungen im Arbeitsverhalten, der Leistung oder dem äußeren Erscheinungsbild auffällt, spreche ich ihn an.) hinterfragt den Umgang mit (sucht)-auffälligen/ -erkrankten Mitarbeitern. Acht Führungskräfte (davon 1 Frau) beantworteten die Frage mit „Sofort“ (36,3 %), acht (davon 2 Frauen) mit „Nach mehreren Vorfällen“ (36,3 %). Sechs Führungskräfte (davon 1 Frau) entschieden sich für Antwort drei „Wenn ich weiß, woran es liegt“ (27,2 %), keine Führungskraft kreuzte „gar nicht“ an.

Frage 7 (Werden Kollegen von Ihnen angesprochen, von denen Sie wissen, dass Sie trinken?) fordert eine Einschätzung des persönlichen Umgangs mit (sucht)-auffälligen/ -erkrankten Mitarbeitern. Achtmal (davon 2 Frauen) wurde diese Frage mit „Ja, grundsätzlich“ beantwortet (36,3 %), zehnmal (davon 2 Frauen) erfolgte die Antwort „Nur, wenn sie im Arbeitskontext auffallen“ (45,4 %) und viermal die Antwort „Wenn ich sie lang genug kenne und mir sicher bin.“ (18,2 %). Antwort 4 „Nein“ wurde gar nicht genannt.

Frage 8 (Werden Kollegen von Ihnen angesprochen, bei denen Sie ein Suchtproblem vermuten?) wurde von 10 Führungskräften (2 Frauen, 8 Männer) mit „Ja, grundsätzlich“ (45,4 %) beantwortet. Weitere acht Führungskräfte (3 Frauen) kreuzten „Nur, wenn sie im Arbeitskontext auffallen.“ (36,3 %) an und vier (1 Frau) „Wenn ich sie lang genug kenne.“ (18,2 %).

In Item 9 (Wie häufig sprechen Sie über das Thema Alkohol und seine Auswirkungen in Ihrem Arbeitsbereich?) wird erfragt, ob der Focus der Führung auch dann auf das Thema „Sucht“ gerichtet wird, wenn keine akuten Probleme vorliegen. Diese Frage wurde neun Mal (zwei Frauen, sieben Männer) mit „Wenn jemand auffällig geworden ist.“ (40,9 %) beantwortet. Dreimal (eine Frau, 2 Männer) erfolgte die Antwort „Bei aktuellen Hinweisen vom Vorgesetzten/Verlagsleitung“ (13,6 %), fünf Mal (1 Frau, vier Männer) „Einmal im Jahr“ (22,7 %) und fünf Mal wurde „Gar nicht“ (22,7 %) angekreuzt.

Item 10 („Auffällige Mitarbeiter/-innen anzusprechen, fällt mir...“), welches auf die Fähigkeiten zur Gesprächsführung mit auffälligen Mitarbeiter/-innen abzielt, wurde 0 Mal mit „Sehr leicht“, neun Mal mit „Leicht“ (2 Frauen, 7 Männer), 11 Mal mit „Schwer“ (2 Frauen, 9 Männer) und zwei Mal mit „Sehr schwer“ beantwortet.

Auf Frage 11 („Gespräche mit Mitarbeiter/-innen in Krisensituationen führe ich..“) antworteten 90,9 % der Teilnehmer mit „Je nach Bedarf in meinem Büro..“, jeweils ein Teilnehmer antwortete mit „Bei einem ruhigen gemeinsamen Essen“ und „Im Anschluss an offizielle Arbeitsbereichsbesprechungen.“ Bei diesem Item ist eine Mittelwertberechnung nicht sinnvoll (siehe Kap. 2). Item 12 (Im Umgang mit auffälligen Mitarbeitern fühle ich mich...) wurde von keiner Führungskraft mit „Sehr sicher“ beantwortet. 14 Führungskräfte (2 Frauen, 12 Männer) fühlen sich „Einigermaßen sicher“ (63,6 %), sieben Führungskräfte (2 Frauen, fünf Männer) „Unsicher“ (31,8 %) und eine Führungskraft „Völlig überfordert“ (4,5 %) im Umgang mit auffälligen Mitarbeitern.

Frage 13 (Die betrieblichen Regularien der ASV AG zum Umgang mit auffälligen Mitarbeitern..) wurde von sieben Führungskräften (3 Frauen, 4 Männer = 31,8 %) mit der Antwortmöglichkeit „Sind mir als Handwerkszeug vertraut und werden angewendet.“ beantwortet, acht Führungskräfte (1 Frau, 7 Männer = 36,3 %) kennen das Instrument, haben es aber noch nicht angewendet. Fünf Führungskräfte antworteten „Existieren offenbar, sind mir jedoch noch nicht vorgestellt worden“ (22,7 %) und zwei „Sind mir unbekannt“ (9,1 %).

Frage 14 (Aus wie vielen Stufen besteht die Interventionskette und wodurch unterscheiden sich die Stufen?) konnte insgesamt nur von 13,6 % der Führungskräfte (n = 3) beantwortet werden. Diese Führungskräfte erklärten richtig, dass die Interventionskette fünf Stufen habe und dass die Unterscheidungskriterien im 1. „immer größer werdenden Teilnehmerkreis“ und 2. in den „arbeitsrechtlichen Konsequenzen“ (Ermahnung, Abmahnung, Kündigung) lägen.

Die anderen Teilnehmer kennzeichneten dieses Antwortfeld mit vielen Fragezeichen (n = 10), mit der Antwort „das lernen wir doch heute“ (n = 6) oder notierten „die Interventionskette liegt in meinem Schreibtisch“ (n = 3).

Bei Frage 15 (In welcher Phase ziehen Sie die Personalabteilung zu Gesprächen hinzu?) müsste eigentlich die Antwort „Stufe 3“ notiert werden. Das gaben fünf Führungskräfte auch richtig an (22,7 %). Die anderen zeichneten auch hier entweder Fragezeichen (n = 10), gaben die Antwort „das lernen wir doch heute“ (n = 5) oder „die Interventionskette liegt in meinem Schreibtisch“ (n = 2).

Frage 16 (Mir ist klar, welche Informationen aus Mitarbeitergesprächen für die Personalabteilung wichtig sind?) wurde von drei Führungskräften (2 Frauen) mit „eindeutig“ vertraut (13,6 %) beantwortet, weitere drei Führungskräfte (eine Frau) kreuzten „In den meisten Fällen“ (13,6 %), 14 (davon eine Frau) „Ungefähr“ (63,5 %) und zwei (9,09 %) kreuzten „Nein“ an.

Frage 17 (Mitarbeitergespräche führe ich...) wurde von acht (davon 2 Frauen) Führungskräften mit „Gar nicht“ (36,3 %), von fünf mit „Jährlich“ (22,7 %), von drei (davon zwei Frauen) mit „Halbjährlich“ (13,6 %) und von sechs Führungskräften mit „Vierteljährlich“ (27,2 %) beantwortet.

Frage 18 („Suchtprobleme von Mitarbeitern am Arbeitsplatz sind...) wird beantwortet von keiner Führungskraft mit „Kurzfristig lösbar“. Neun Führungskräfte (davon zwei Frauen) sind der Meinung, dass diese „Mittelfristig zu bewältigen seien“ (40,9 %), 12 (davon zwei Frauen) sagen sie seien „Nur langfristig veränderbar“ (54,5 %) und eine Führungskraft (4,5 %) meint, dass Suchtprobleme „Unveränderbar“ seien.

Im Folgenden sind die Ergebnisse von Frage 19 bis 28, dem 10-Item Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit von Jerusalem & Schwarzer (1981, 1999) dargestellt. Das Konzept der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung fragt nach der persönlichen Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben umzugehen.

Das Antwortformat ist vierstufig und wird nach einem klassischen Punkteschema ausgewertet (Werte in Klammern):

Tabelle 16: Gesamtgruppenergebnisse der Pre-Untersuchung Frage 19 bis 28 (Selbstwirksamkeit).

	stimmt nicht (1)	stimmt kaum (2)	stimmt eher (3)	stimmt genau (4)
Frage 19		3	13	6
Frage 20	-	4	14	4
Frage 21	-	3	14	5
Frage 22	-	4	18	-
Frage 23	-	3	17	2
Frage 24	1	4	15	2
Frage 25	-	2	13	7
Frage 26	-	3	14	5
Frage 27	1	3	16	2
Frage 28	1	4	13	4

Im Folgenden sind auch die Fragebogenergebnisse der Post-Untersuchung (nach der vierten Trainingseinheit), zusätzlich zu der tabellarischen Darstellung (Tab. 12), noch einmal im Detail aufgelistet, so dass die Ergebnisse nachvollziehbar werden

Frage 1 wurde in der Postuntersuchung von sechs Führungskräften (davon drei Frauen) mit „sehr gut“ (27,2 %) und von 16 Führungskräften (davon eine Frau) mit „gut“ (72,7 %) beantwortet.

Frage 2 wurde in diesem Untersuchungsdurchgang von allen Führungskräften beantwortet. Drei Führungskräfte (davon 2 Frauen) gaben sieben Einzelantworten (= 21 Nennungen), 17 Führungskräfte (davon 2 Frauen) gaben sechs zentral-richtige Antworten (102 Nennungen), zwei Führungskräfte gaben drei Antworten (Gesamtnennungen = 129).

Tabelle 17: Die genannten Schlagworte der Post-Untersuchung als Antwort zu Item 2.

Suchtprävention heißt...	Nennungen
1. Aufmerksam sein (Vorbeugen, Vertrauen schenken, Offen sein, Beziehungsebene pflegen, Erkennen, Interesse für MA zeigen)	20
2. Der eigenen Wahrnehmung trauen	8
3. Frühzeitig Handeln (Ständige Kommunikation am Arbeitsplatz, Gespräche führen, Ansprechbar sein, praktische Unterstützung)	19
4. Fürsorgepflicht & Vorbild sein (verantwortungsvolle Auseinandersetzung)	22
5. Kollegen und MA für das Thema sensibilisieren, Öffentlichkeitsarbeit	4
6. Konsequenzen aufzeigen und Hilfsangebote liefern	22
7. Interventionskette anwenden	22
8. Sportangebot	4
9. Alkoholverbot	5
10. Arbeitssicherheitsunterweisung	2

Frage 3 wurde von acht Führungskräften (davon zwei Frauen) mit „sofort“ (31,8 %) beantwortet, 12 Führungskräfte (davon zwei Frauen) gaben „Nach einer Woche“ (54,5) und zwei Führungskräfte „Nach einem Monat“ (9,1 %) an, keine Führungskraft antwortete „Nicht“. Bei Frage 4 kreuzten alle 22 Führungskräfte „Ja“ an.

Frage 5 konnte von allen Teilnehmern richtig beantwortet werden. 17 Führungskräfte (davon drei Frauen) notierten fünf richtige Signale als Antworten, fünf Führungskräfte (davon 1 Frau) gaben vier Antworten (105 Nennungen).

Tabelle 18: Die Antworten der Führungskräfte der Post-Untersuchung zu Frage 5 im Überblick.

Signale bezüglich Alkoholproblematik	Nennungen
1. Verhaltensänderung (mangelnde Sorgfalt, Unzuverlässig, sozialer Rückzug, Unsicherheit, viele Ausreden, aggressives Verhalten)	22
2. Leistungsänderung (schlechtere Arbeitsleistung, hohe Fehlerquoten, viele Kurzurlaube/hohe Fehlzeiten, Entfernen vom Arbeitsplatz)	22
3. Körperlicher und geistiger Verfall (Zittern, Schweißausbrüche, gerötete Gesichtshaut, aufgedunsenes Gesicht, schlechter Gesundheitszustand)	16
4. Fahne (lallende Sprache, verändertes Ausdrucksvermögen)	9
5. Konzentrationsschwächen (Erinnerungslücken, Zerstreuung)	19
6. Vertuschungsversuche (Kaugummi, Pfefferminz)	7
7. Äußeres Erscheinungsbild	10

Frage 6 wurde von sechs Führungskräften (davon 2 Frauen) mit „Sofort“ (27,2 % beantwortet), von 15 (davon 2 Frauen) mit „Nach mehreren Vorfällen“ (68,1 %) und von einer Führungskraft (4,5 %) mit „Wenn ich weiß...“ beantwortet.

Frage 7 wurde 13 Mal (davon vier Frauen) mit „Ja, grundsätzlich“ beantwortet (59,1 %) und neunmal mit „Nur, wenn sie im Arbeitskontext auffallen“ (40,9 %).

Bei Item 8 kreuzten 12 (davon 2 Frauen) Führungskräfte „Ja, grundsätzlich“ (54,5 %) an. Die anderen 10 Führungskräfte (45,4 %, davon 2 Frauen) würden Kollegen mit vermuteten Suchtproblemen nur ansprechen „Wenn sie im Arbeitskontext auffallen.“

Frage 9 wurde zehnmal mit „Wenn jemand auffällig geworden ist“ beantwortet (45,4 %), achtmal mit „Bei aktuellen Hinweisen vom Vorgesetzten/Verlagsleitung“ (36,3 %), drei Mal mit „Einmal im Jahr“ (13,6 %) und ein Mal mit „Gar nicht“ (4,5 %).

Bei Frage 10 gab eine weibliche Führungskraft die Antwort „Sehr leicht“ (4,5 %), 17 Führungskräfte (davon 2 Frauen) fällt die Ansprache „Leicht“ (77,2 %) und vier Führungskräften (davon eine Frau) „schwer“ (18,2 %). Keine Führungskraft antwortete „sehr schwer“.

Auf Frage 11 antworteten 17 Führungskräfte „Je nach Bedarf in meinem Büro.“ (77,2 %), drei Führungskräfte führen diese Gespräche „Im Anschluss an offizielle Arbeitsbereichsbesprechungen“ (13,64 %) und zwei „Bei einem ruhigen gemeinsamen Essen“ (9,1 %).

Frage 12 wurde von acht Führungskräften (davon 2 Frauen) mit „Sehr sicher“ (36,3 %) beantwortet und 14 Führungskräfte (davon 2 Frauen) fühlen sich „Einigermaßen sicher“ (63,6 %). Keine Führungskraft fühlt sich „Unsicher“ oder „Überfordert“.

Bei Item gaben sechs Führungskräfte (davon 3 Frauen) die Antwort, dass Ihnen die betrieblichen Regularien als Handwerkszeug vertraut sind und angewendet werden (27,2 %),

16 Führungskräfte (davon 1 Frau) kennen das Instrument, haben es aber noch nicht angewendet (72,7 %). Die offene Frage 14 konnte von 22 Führungskräften richtig beantwortet werden. Die Interventionskette hat fünf Stufen und die Unterscheidungskriterien liegen im 1. „immer größer werdenden Teilnehmerkreis“ und 2. in den „arbeitsrechtlichen Konsequenzen“ (Ermahnung, Abmahnung, Kündigung). Die richtige Antwort zu der offenen Frage 15 heißt Stufe 3 und wurde von allen Führungskräften richtig gegeben (n = 22).

Frage 16 wird von 14 Führungskräften mit „eindeutig“ vertraut (63,6 %), von sieben Führungskräften mit „In den meisten Fällen“ (31,8 %) und einer Führungskraft mit „Ungefähr“ (4,5 %) beantwortet. Frage 17 fragt nach dem Führungsinstrument Mitarbeitergespräch. Eine Führungskraft (4,5 %) nutzt es „Gar nicht“, fünf wollen es „Jährlich“ (22,7 %), neun (davon vier Frauen) „Halbjährlich“ (40,9 %) und sieben Führungskräfte „Vierteljährlich“ (31,8 %) nutzen. Frage 18 wurde von zwei Führungskräften mit „Kurzfristig lösbar“ (9,1 %) beantwortet, acht sagen sie seien „Mittelfristig zu bewältigen“ und 12 Führungskräfte meinen dass Suchtprobleme von Mitarbeitern „Nur langfristig veränderbar“ seien.

Im Folgenden sind die Ergebnisse von Frage 19 bis 28, dem 10-Item Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit von Jerusalem & Schwarzer (1981, 1999) dargestellt.

Tabelle 19: Ergebnisse des Fragebogens zur Selbstwirksamkeit in der Post-Untersuchung.

	1 (stimmt nicht)	2 (stimmt kaum)	3 (stimmt eher)	4 (stimmt genau)
Frage 19		-	16	6
Frage 20	-	3	15	7
Frage 21	-	3	14	5
Frage 22	-	2	17	3
Frage 23	-	2	14	6
Frage 24	-	1	17	4
Frage 25	-	3	9	10
Frage 26	-	3	9	10
Frage 27	-	2	16	4
Frage 28	-	1	17	4

3.3 Seminarbewertungsbogen

Der Seminarbewertungsbogen genannt „Seminarecho: Ihre Meinung ist uns wichtig!“ ist ein von der Axel Springer Verlag AG entwickeltes und bei Seminaren systematisch eingesetztes Erhebungsinstrument. Es wird am Abschluss einer Trainingsmaßnahme ausgefüllt, bei dem hier beschriebenen Führungstraining nach dem vierten Modul. Die Auswertung wurde offiziell von der Personalentwicklungsabteilung der Axel Springer Verlag AG vorgenommen. Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammengefasst für die Gesamtstichprobe N = 22 dargestellt.

Tabelle 20: Auswertung der ersten Frage des Seminarbeurteilungsbogens der ASV AG.

Frage: Was hat Ihnen an diesem Seminar gut gefallen?	
Merkmal	Nennungen
> Aufteilung in 4 Sitzungen/4 Termine/Blockveranstaltungen	15
> die Seminarinhalte	10
> Die Themen wurden sehr gut dargestellt und vermittelt.	9
> Sehr gut strukturiert, sehr anschaulich dargeboten, sehr zur Mitarbeit angeregt	9
> Einbindung der Teilnehmer	9
> Mischung aus Theorie und Praxis/Praxisbezug	8
> die offene Art der Referentin/Seminarleiterin	8
> stets offene Art der Seminargestaltung /Vorgehensweise. Es war jederzeit möglich Inhalte einzufügen.	6
> Rollenspiele und Feedback / Mitarbeitergespräche	5
> Möglichkeiten/Freiräume, Seminarinhalte mit zu steuern	5
> konkrete Hilfestellung	5
> Professionalität	4
> rechtliche und menschliche Aspekte wurden gleichermaßen beleuchtet	3
> kleine Gruppengröße	2

Die zweite Frage auf dem Seminarbeurteilungsbogen lautet „Was hat Ihnen an diesem Seminar nicht so gut gefallen?“. Diese Frage wurde von vier Teilnehmern beantwortet. Einmal wurde benannt, dass der Abstand zwischen den Terminen zu lang sei und drei Mal wurde kritisch angemerkt, dass kein weiteres Treffen (z.B.) nach einem Jahr als Follow-up geplant sei.

Frage 3 fordert die Teilnehmer auf, den/die Trainer/-in auf der Grundlage von acht unterschiedlichen Kriterien auf einer vierstufigen Skala zu beurteilen.

Tabelle 21: Die Ergebnisse des Items 2 „Beurteilung der Trainerin“ des Seminarbeurteilungsbogens der ASV AG.

	Voll und ganz	Weitgehend	Weniger	Gar nicht
- hat Medien und Geräte abwechslungsreich eingesetzt	19 (86,35 %)	3 (13,64 %)	0	0
- hat den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben, sich aktiv zu beteiligen	22 (100 %)	0	0	0
- hat die Themen klar und verständlich erklärt	22 (100 %)	0	0	0
- hat das Seminar sicher geführt	22 (100 %)	0	0	0
- ist fachlich sicher im Thema	22 (100 %)	0	0	0
- ist auf die Teilnehmer eingegangen	22 (100 %)	0	0	0
- hat den Stoff abwechslungsreich und lebendig dargeboten	22 (100 %)	0	0	0
- hat das Seminar partnerschaftlich und kooperativ geführt	20 (90,90 %)	2 (9,09 %)	0	0

In Frage 4 geht es um die Zufriedenheit mit den Inhalten und der Organisation der Schulungsmaßnahme. Die Ergebnisse sind in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22: Die Teilnehmer-Bewertung der Schulungsinhalte und der Organisation.

	Voll und ganz	Weitgehend	Weniger	Gar nicht
- Die Seminarunterlagen sind auf die Inhalte des Seminars abgestimmt	20 (90,9 %)	2 (9,1 %)	0	0
- Die Inhalte lassen sich in die Praxis umsetzen	17 (77,2 %)	5 (22,7 %)	0	0
- Ich habe viele neue Informationen und Anregungen bekommen	20 (90,9 %)	2 (9,1 %)	0	0
- Das Seminar ist gut strukturiert	22 (100 %)	0	0	0
- Der Schwierigkeitsgrad ist angemessen	21 (95,4 %)	1 (4,5 %)	0	0
- Die Seminaratmosphäre war angenehm	22 (100 %)	0	0	0
- Meine Erwartungen an das Thema wurden erfüllt	22 (100 %)	0	0	0
- Die Organisation des Seminars hat reibungslos funktioniert	22 (100 %)	0	0	0

In Frage 5 geht es um die Einschätzung der Teilnehmer in Bezug auf die Dauer des Seminars. Ein Teilnehmer hat es als „zu kurz“ empfunden, 21 Teilnehmer als „angemessen“, kein Teilnehmer gab an, dass die zeitliche Dauer „zu lang“ war.

In Frage 6 (Tabelle 23) werden die Teilnehmer aufgefordert, fünf Seminarinhalte im Hinblick auf die zeitliche Angemessenheit und auf ihre Praxisrelevanz zu bewerten.

Tabelle 23: Bewertung der Seminarinhalte durch die Teilnehmer.

	Wurde im Seminar behandelt			In die Praxis umsetzbar	
	Zu kurz	Angemessen	Zu lang	Eher ja	Eher nein
Das Spektrum der Süchte	0	22 (100 %)	0	22 (100 %)	0
Umgang mit persönlichen Belastungen	1 (4,5 %)	21 (95,4 %)	0	22 (100 %)	0
Gesprächsführung	2 (9,1 %)	20 (90,9 %)	0	22 (100 %)	0
Suchtprävention im ASV	0	22 (100 %)	0	22 (100 %)	0
Betriebliche Regularien und Hilfsangebote	0	22 (100 %)	0	22 (100 %)	0

Frage 7 lautet „Wie hat Ihnen das Seminar insgesamt gefallen?“ 20 Führungskräfte beschrieben ihren Gesamteindruck des Seminars mit => ☐ ☐ (= beste Bewertung) und zwei Führungskräfte mit => ☐ (zweitbeste Bewertung).

Die Skala gab fünf unterschiedliche Bewertungsmöglichkeiten vor, angefangen von zwei lachenden Smilies, über einen lachenden Smilie, einem Smilie mit geradem Mund, einem Smilie mit heruntergezogenen Mundwinkeln bis hin zu zwei Smilies mit heruntergezogenen Mundwinkeln. Der errechnete ASV-Notendurchschnitt ergibt 1,06.

Welche für die berufliche Praxis wichtigen Seminare wünschen Sie sich für die Zukunft?, heißt die achte Frage des Bewertungsbogens. Vier Führungskräfte wünschen sich Seminare zum Thema „Konflikte steuern“, drei Führungstrainings zum Thema „Mitarbeiter führen“, drei weitere wünschen sich Veranstaltungen zum Thema „Krankenrückkehrgespräche“.

3.4 Katamneseerhebung

Die Nachbefragung wurde drei bis sechs Monate nach Beendigung des gesamten viermodularen Führungstrainings durchgeführt. Dazu erhielten die Teilnehmer den Fragebogen direkt vor dem Gespräch per Fax als Orientierungshilfe für das telefonische Interview. Eine Vorbereitungszeit für die Teilnehmer war nicht eingeplant, weil das Interview spontan erfolgen sollte. Die zu Grunde liegende Annahme ist, dass spontane Interviews intuitiv geführt werden und damit eher den realistischen Gegebenheiten entsprechen. Angekündigte Interviews sind oftmals mental vorgeplant und die Inhalte „geschönt“ (Glofke et al, 1984).

Von der Gesamtstichprobe von $N = 22$ waren drei Teilnehmer nicht mehr erreichbar, weil sie wegen einer Vorruhestandsregelung ($n = 2$) aus dem Unternehmen ausgeschieden waren oder den Verlag wegen beruflicher Veränderungen ($n = 1$) verlassen hatten.

Das Instrument zur katamnestischen Erhebung ist ein Fragebogen bestehend aus 10 Items.

Tabelle 24: Fragebogen zur katamnestischen Nachbefragung.

1. Durch die Teilnahme an den Führungstrainings habe ich mehr innere Sicherheit gewonnen, um Mitarbeiter anzusprechen. 1. ☐ Ja 2. ☐ Meistens 3. ☐ Noch nicht ausreichend 4. ☐ Nein
2. Meine Wahrnehmung wurde sensibilisiert, so dass ich Veränderungen in der Arbeitsleistung oder dem Sozialverhalten/Kommunikation von Mitarbeitern registriere. 1. ☐ Ja, insgesamt sensibilisierte Wahrnehmung 2. ☐ Ja, in bezug auf die Arbeitsleistung 3. ☐ Ja, in bezug auf das Sozialverhalten/Kommunikation 4. ☐ Nein
3. Ich verfüge über ausreichend Fachwissen, um kompetent mit alkohol-/suchtgefährdeten Kollegen/Mitarbeitern umzugehen. 1. ☐ Ja 2. ☐ Über Alkohol weiß ich genug 3. ☐ Über andere Süchte habe ich genug Wissen 4. ☐ Nein
4. Die erhaltenen Informationen aus dem Bereich Arbeitsrecht ermöglichen mir, die jeweils nächsten Schritte im Vorgehen mit einer/m Betroffenen zu bestimmen. 1. ☐ Ja 2. ☐ Ziemlich 3. ☐ Manchmal 4. ☐ Nein
5. Mir sind die Auswirkungen der Symptome suchterkrankter Mitarbeiter auf betriebliche Abläufe bekannt. 1. ☐ Ja 2. ☐ Ziemlich 3. ☐ Nicht ausreichend 4. ☐ Nein
6. Die betrieblichen Regularien der ASV AG sind mir präsent. 1. ☐ Ja 2. ☐ Größtenteils 3. ☐ Ausschnittsweise 4. ☐ Nein

7. Ein Mitarbeitergespräch habe ich bereits geführt. 1. ☐ Ja 2. ☐ Ist in konkreter Planung 3. ☐ Es gäbe Anlaß, aber ich traue mich nicht 4. ☐ Nein
8. Seit Ende des Trainings, habe ich - aufgrund wahrgenommener Veränderungen - bereits das Gespräch mit _____ (Anzahl) Mitarbeitern gesucht.
9. Ich skizziere kurz den Verlauf eines Gespräches (Auslöser, Inhalte, Konsequenz)
10. Mir fällt es jetzt leichter, Gespräche mit Betroffenen zu führen. 1. ☐ Ja 2. ☐ Meistens 3. ☐ Eher nicht 4. ☐ Nein

Über den dargestellten 10-Item-Fragebogen (Tab. 23) werden die festgelegten Outcomebereiche (siehe Kap. 2) überprüft. Im Folgenden wird zuerst ein tabellarischer Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen der 19 Nachbefragungen gegeben. Im Anschluss werden die Ergebnisse detaillierter beschrieben.

Tabelle 25: Die Ergebnisse der katamnästischen Nachbefragung (N = 19) als Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (s) .

	M	s
Outcomebereiche		
1. Wissensumfang zum Thema Sucht.		
Item 3	1,105	,315
Item 5	1	,00
2. Sensibilisierung der Wahrnehmung/ Einfühlungsvermögens.		
Item 2	1,105	,459
3. Motivation und Fähigkeit, Gespräche zu führen.		
Item 4	1	,00
Item 6	1	,00
4. Grad der Selbstsicherheit.		
Item 10	1,263	,452
5. Wissen über/Umgang mit betrieblichen Regularien.		
Item 4	1	,00
Item 6	1	,00
6. Erhöhung der Selbstwirksamkeit.		
Item 1	1,211	,535

Im Folgenden sind die Ergebnisse der katamnästischen Befragung (siehe Tab. 25) detailliert dargestellt, dabei werden in Klammern jeweils die Prozentränge der Antworten wie auch die Punktwerte der Antwortmöglichkeit notiert. Aus den Punktwerten errechnen sich die Mittelwerte. Frage 1 beantworteten 16 (84,1 %) Führungskräfte mit „Ja“ (1). Zwei Führungskräfte (10,5 %) gaben „meistens“ (2) an und eine Führungskraft (5,2 %) fühlt sich noch nicht ausreichend sicher (3), um mit Betroffenen Gespräche zu führen.

In Frage 2 bewerteten 18 Führungskräfte (94,6 %) ihre Wahrnehmung insgesamt als sensibilisiert (1) und eine Führungskraft (5,2%) erlebt ihre Wahrnehmung besonders geschärft in Bezug auf das Sozialverhalten/Kommunikation (3).

16 Führungskräfte (84,1 %) bewerten in Frage 3 ihr Fachwissen für den betrieblichen Kontext als ausreichend (1) und drei Führungskräfte (15,8 %) antworten, dass sie genügend über die Alkoholproblematik /-abhängigkeit wüssten (2) .

Frage 4 wird von allen Teilnehmern mit „Ja“ beantwortet, die Führungskräfte haben demnach die Einschätzung, dass sie ausreichend Informationen zum Arbeitsrecht erhalten haben.

Ob ausreichend Wissen über die Auswirkungen der Symptome suchterkrankter Mitarbeiter auf betriebliche Abläufe bekannt sind, wird in Frage 5 abgefragt. Dieses Item beantworten alle Führungskräfte mit „Ja“.

Genauso sind auch allen Führungskräften die betrieblichen Regularien der ASV AG präsent. In Frage 7 geht es um bereits geführte Gespräche mit auffälligen Mitarbeitern. Sieben Teilnehmer hatten noch kein Gespräch geführt (36,8 %), neun Teilnehmer hatten bereits Gespräche geführt (47,3 %), zwei Teilnehmer waren in der konkreten Planungsphase für ein Gespräch (10,5 %) und ein Teilnehmer sagte, es gäbe Anlass, aber er traue sich nicht (5,2 %). Seit Ende des Führungstrainings haben sieben Führungskräfte (36,8 %) bereits ein Gespräch mit einem auffälligen Mitarbeiter geführt und Führungskräfte (10,5 %) hatten jeweils schon zwei Gespräche geführt, so lauteten die Ergebnisse auf Frage 8.

Frage 10 wurde von 14 Führungskräften (73,6 %) mit „Ja“ und von fünf Führungskräften (26,3 %) mit „meistens“ beantwortet.

Im Folgenden sind die erfragten Verläufe der bereits geführten 11 Gespräche mit ihrem Auslöser, dem Inhalt und den Konsequenzen kurz skizziert.

Gespräche, die nach dem gleichen Muster geführt worden sind, sind zusammengefasst dargestellt.

Zwei Gespräche liefen folgendem Gesprächsmuster ab:

Auslöser > Die veränderte Arbeitsleistung und Auffälligkeiten im Sozialverhalten. Ein 62jähriger Mitarbeiter, bei dem seit längerer Zeit Alkoholprobleme vermutet werden und deshalb auch schon Gespräche stattgefunden haben, war nicht mehr in der Lage seinen PC zu bedienen und die richtigen Schaltflächen zu finden, um seine Arbeitsaufträge auszuführen. Direkter Kundenkontakt war deshalb nicht mehr möglich. Er versuchte – manchmal auch alkoholisiert - mit Macht sich von den Arbeitsaufträgen „freizusprechen“. Mit diesen starken Veränderungen erkannten ihn weder Kollegen noch Vorgesetzte wieder. Er war stets ein Mitarbeiter, der seine Arbeit gewissenhaft und pünktlich ausführte – trotz des offenbar schon länger anhaltenden Alkoholproblems.

Inhalte > Ansprache auf die Nichterfüllung seiner arbeitsvertraglichen Pflichten und die Imageschädigende Wirkung seines Verhaltens. Wiederholter Hinweis auf sein Abhängigkeitsverhalten.

Konsequenz > Angebot einer Vorruhestandsregelung, weil bei einem 62jährigen Mitarbeiter mit langjährigen Alkoholproblemen die Hoffnung der Vorgesetzten und der Personalabteilung im Hinblick auf Genesung durch eine therapeutische Intervention nicht mehr gegeben war.

Insgesamt drei Gespräche liefen nach folgendem Muster ab:

Auslöser > Mitarbeiter nahmen häufig einzelne freie Tage. In zwei Fällen ohne konkreten oder zumindest erkennbaren Zusammenhang. In einem Fall im Zusammenhang mit Fußballspielen. Der Mitarbeiter ist Pauli-Fan. Die meisten Bundesliga-Spiele fanden nachmittags statt und im Anschluss an Sieg oder Niederlage wurde gemeinsam mit den anderen Fans getrunken. Jeweils montags hatte der Betroffene dann so schwerwiegende körperliche „Folgeerscheinungen“, dass er im Verlag anrief, um kurzfristig einen freien Tag zu beantragen.

Inhalt > Rückmeldung des Eindrucks, dass Mitarbeiter auffällig häufig einzelne freie Tage nahmen. In zwei Fällen wurde eine Erklärung der Mitarbeiter erbeten. Bei dem Fußballfan lag die Erklärung offen.

Konsequenz > Bei allen Mitarbeitern wurden weitere Gespräche nach einem Zeitraum von vier bis sechs Wochen angekündigt. Der Fußballfan wurde von seinem Vorgesetzten in einem Gespräch darauf hingewiesen, dass er ihm das arbeitsrechtliche Alleinverbot erteile, kurzfristig freie Tage zu erhalten. Er habe freie Tage mindestens vier Wochen im Voraus anzumelden.

Ein Gespräch ergab sich wie folgt:

Auslöser > Ein Mitarbeiter fiel mehrfach durch aggressives Verhalten in unterschiedlichen Kontexten (einer Abteilungsfeier und in Teambesprechungen) auf. In jedem Fall waren es konfliktähnliche Situationen mit einem speziellen Kollegen. Dieses Verhalten führte zwei Mal dazu, dass die betroffene Person wutschnaubend den Raum/das Restaurant verließ.

Inhalt > Rückmeldung des Verhaltens und Erklärung, dass nicht akzeptiert werden würde, sich aus betrieblichen Besprechungen/Veranstaltungen in dieser Form zu verabschieden.

Konsequenz > Es wurde eine mündliche Ermahnung ausgesprochen.

Fünf Gespräche liefen nach folgendem Muster ab:

Auslöser > Fünf Gespräche haben stattgefunden, weil die Mitarbeiter in der Vergangenheit schon mehrfach aufgefallen waren, jedoch noch nicht auf ihr Verhalten angesprochen worden waren. (Die Führungskräfte empfanden nach dem Führungstraining Handlungsbedarf, schon wegen Ihrer Fürsorgepflicht einzuschreiten!)

Inhalte > In zwei Fällen ging es um wiederholt auftretendes Zuspätkommen von mindestens 30 Minuten nach der Mittagspause und auch zu Dienstbeginn. Bei einer Mitarbeiterin war eine starke Verhaltensunsicherheit (Zittern bei Auftragsverteilungen, häufiges Umwerfen von Kaffeetassen, Herunterfallen von Aktenordnern etc.) der Grund der Ansprache. Ein Mitarbeiter wirkt seit Monaten eher apathisch, reagiert verlangsamt und nimmt sich aus sozialen Kontakten fast vollständig zurück. In einem Fall war eine konkrete Fahne der Grund, die jedoch auch schon mehrfach wahrgenommen wurde.

Konsequenz > In vier Fällen wurde eine Veränderungszeit von drei/sechs Wochen bis zum nächsten Gespräch festgelegt. In einem Fall gab es eine überraschende Offenbarung der Mitarbeiterin, die ein Suchtproblem hat und um Hilfe bat.

3.5 Rückmeldung Axel Springer Verlag AG

Der Leiter der Technik und Druckerei Hamburg und Ahrensburg der Axel Springer Verlag AG, der insgesamt 13 seiner Führungskräfte das Führungstraining „Suchtprävention als Krisenmanagement“ empfahl, gab eine schriftliche und mündliche Rückmeldung nach Ablauf der vier Module.

Er unterstreicht, dass die Veranstaltung von den Führungskräften aus seinem Bereich als sehr effizient beurteilt worden ist. Insbesondere seien die ziel- und praxisorientierte Erarbeitung zur Führung von „schwierigen“ Gesprächen, das modulare System und die teilnehmerorientierte Methodik als besonders positiv bewertet worden. Wünsche seiner „Männer“ waren, das Führungstraining als kontinuierlichen Begleitprozess zu etablieren.

Darüber hinaus scheint durch eine Evaluationsstudie im Rahmen des Gesundheitsberichtes der Betriebskrankenkasse Axel Springer (BKK ASV AG) bemerkt worden zu sein, dass seit der Teilnahme der Mitarbeiter der Technik und Druckerei Hamburg/Ahrensburg am Führungstraining „Suchtprävention als Krisenmanagement“ eine Fehlzeitenreduzierung im Technik- und Druckbereich Hamburg/Ahrensburg zu verzeichnen sei. Im Verhältnis zum Technik und Druckbereich Spandau, in dem keine Schulungen stattgefunden haben, ist die Fehlzeitenquote um einige Prozentpunkte niedriger. Die Studie ist erst im erwarteten Gesundheitsbericht der BKK Ende 2002/Anfang 2003 enthalten und im Detail überprüfbar.

3.6 Persönlicher Eindruck von dem Training, dem Verlauf und der katamnestischen Erhebung

Zu allen Trainingsmodulen erschienen die angemeldeten Teilnehmer pünktlich. Führungskräfte, die sich verspäten oder gar nicht erscheinen würden, haben sich immer im Voraus im Sekretariat des Bildungswesens/Personalentwicklungsabteilung der Axel Springer Verlag AG, die die Trainings organisiert haben, oder bei der Trainerin persönlich abgemeldet. Ein ebenso diszipliniertes Verhalten zeigten die Teilnehmer in bezug auf die Pausenregelungen.

Aufgrund des inhaltlichen Aufbaus, der mit der Vermittlung des Faktenwissens und der Theorie beginnt und erst sukzessive über die Module hinweg die emotionale und persönliche Einstellung der Führungskräfte abfragt und einbezieht, ist es in allen Gruppen relativ schnell gelungen, ein tragfähiges, angenehmes Arbeitsklima zu schaffen.

Im ersten Modul stand in allen Gruppen - neben der Vermittlung von Faktenwissen – eindeutig die Einschätzung der Trainerin und der Gruppenmitglieder untereinander im Mittelpunkt.

Anfangs beschäftigten die Teilnehmer eher die Fragen: „Wie viel kann, will, darf eine Führungskraft berichten?

Wie sicher ist der Rahmen der Trainingsgruppe für persönliche Informationen? In wie weit kann sich jede Führungskraft anvertrauen, ohne im Anschluss als Führungsversager bezeichnet zu werden? Wie viel darf über Mitarbeiter erzählt werden?“

Einige Fragen beantworteten sich durch das persönliche Kennenlernen, andere über die Zeit und wieder andere Fragen wurden durch die Trainerin versucht, zu klären. So führten die gemeinsam formulierten Spielregeln (z.B. Persönliche Informationen der Teilnehmer bleiben in der Gruppe!) für die Arbeitsgruppe „Führungstraining Krisenmanagement“ zu einem klaren Rahmen, der von den Führungskräften als Sicherheitsanker bezeichnet wurde und wie ein Ehrenkodex nicht durchbrochen werden durften.

In den Gruppen nahm von Mal zu Mal die persönliche Skepsis ab und die Offenheit zu. Deutlich wurde dieser Prozess anhand der Schilderung persönlicher Erlebnisse oder erfahrener Führungssituationen, die im Verlauf der Module wesentlich emotionaler und detaillierter vorgenommen wurde.

Unterstützend für eine transparente Arbeitssituation war auch das Setting. Der offene Stuhlkreis, der in der ersten Sitzung noch zu Irritationen geführt hat („Da fühle ich mich aber beobachtet!“), verhalf im weiteren Verlauf zu einer persönlichen, „blockadefreien“ Atmosphäre. (Eine Führungskraft sagte: Hier durfte man wirklich nur das sagen, was man - ohne sich hinter Tischen zu verstecken - vertreten konnte! Das hat uns viel Geschwafel erspart.)

Als besonders herausfordernd wurde von der Trainerin zuerst der Altersdurchschnitt in der ersten Gruppe empfunden. Der größte Anteil der Führungskräfte hat das 60. Lebensjahr erreicht und ist damit etwa 20 Jahre älter als die Trainerin. Aber schon beim zweiten Treffen wurde deutlich, dass die fachliche Qualifikation der Trainerin geschätzt wurde und die „menschliche“ Art überzeugend war.

Bei den Übungssequenzen war zu beobachten, dass die Motivation vorhanden war, jedoch Mut und Überwindung fehlten. Insofern ging es anfangs noch zögerlich und fragend zu (Was, wir machen hier auch Spiele?), nach kurzer Zeit erkannten die Teilnehmer schnell, wie hilfreich synektische Übungen für den Weg der Wissenssammlung sind und vor allem, dass Seminararbeit auch Spaß machen kann. Es wurde häufig und viel gelacht, was eine solide Grundlage für effektives Arbeiten bietet.

Viele Teilnehmer nutzen anfangs die Chance, mit der Trainerin ins Gespräch zu kommen, in dem sie Fälle aus dem eigenen Zuständigkeitsbereich in den Pausen oder nach dem Training zu besprechen versuchten.

Die Trainerin forderte die Führungskräfte in kurzen Gesprächen auf, ihre Fallbeispiele doch bitte in den Führungstrainings zu schildern, weil dann alle Teilnehmer etwas davon haben würden, etwas lernen könnten und mithelfen könnten, die richtige Lösungsstrategie zu finden. Das änderte sich in allen Gruppen vom zweiten Treffen an. Die Führungskräfte waren bereit, Ihre persönlichen „Fälle“ zu diskutieren, sich Beratung einzuholen und auch Hinweise für die Vorgehensweise zu hinterfragen. Es wurden auch kritische Fragen gestellt, wie „Wie kommen Sie eigentlich darauf zuerst uns zu schulen und nicht die Herren der ersten Führungsebene?“ Ein eindeutiges Zeichen, dass Vertrauen vorhanden war und riskante Fragen nicht nur in den Köpfen kreisten sondern durchaus auch laut formuliert worden sind. Insgesamt wurde das Thema in allen Gruppen als interessant und schulungswürdig bezeichnet, weil die Führungskräfte es als positiv erlebt haben, sich selbst mit ihrem Führungsstil und ihrem Können in der Gesprächsführung kombiniert mit dem neu erworbenem Faktenwissen auszuprobieren und Rückmeldungen von Kollegen und der Trainerin zu erhalten.

Bemerkenswert ist, dass keine Führungskraft erleichtert schien, die vier Module endlich absolviert zu haben sondern dass die Teilnehmer auch zum Anschluss hin neugierig und aufgeschlossen waren. Viele Führungskräfte äußerten sogar den Wunsch, sich in so einem Rahmen häufiger zur Reflexion treffen zu wollen und betonten, dass dieses Führungstraining eine Ergänzung zu den klassischen Suchtseminaren sei. „Dort haben wir Faktenwissen erhalten und uns in Suchtkliniken auch von Schicksalen praktisch überzeugen dürfen, was ja ein grauenvoller Anblick ist und sicher zum Nachdenken anregt. Was gefehlt hat, war der Nutzen für meinen Führungsalltag.“

Die Rahmenbedingungen bei diesem Inhouse-Training forderten viel Selbstdisziplin von den Führungskräften. Einige Teilnehmer haderten anfangs schon mit sich, ob sie in den Pausen schnell in ihre Abteilung gehen sollten, um nach dem Rechten zu schauen. Wenige haben es auch probiert, merkten jedoch, dass es der Konzentration und der Aufnahmebereitschaft in den anspruchsvollen Kurzmodulen abträglich ist. Dennoch gab es kein „Abteilungsbesuchs-Verbot“. Aber es wurde ein Handyverbot verabredet, was auf große Akzeptanz stieß.

Bei der katamnestischen Erhebung gab es viele positive Begrüßungsszenen. „Ich habe ihr Training in sehr guter Erinnerung“, „Sie können sich nicht vorstellen, wie häufig ich mich an

unsere Übungen zu Führungsstilen und -verhalten und an die gestellten Gesprächsszenen erinnere.“ „Wissen Sie eigentlich wie präsent mir die Fakten zu Suchterkrankungen und unsere Fallübungen sind?

Die Stimmung der Führungskräfte war insgesamt herzlich und wohlwollend, die konkrete Erinnerung an das Führungstraining war nach vier bis sechsmonatigem Zeitzwischenraum bemerkenswert hoch.

Besonders erfreulich war, dass in der Zwischenzeit bis zu dem Katamnesetermin bereits 11 Gespräche mit Betroffenen geführt worden waren. Gleichgültig ob das Training als Initialzündung oder letzter Anstoß für ein Gespräch mit einem potenziell betroffenen Mitarbeiter gewirkt hat, die Führungskräfte sind in die Reflexion ihres eigenen Handelns gekommen und sie haben reagiert.

4. Diskussion

Die Bewertung und Deutung der Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Untersuchung wird einerseits in bezug auf die Durchführbarkeit des modularen Führungstrainings vorgenommen. Andererseits in bezug auf die messbaren Effekte sowie die möglichen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Führungskräften bezogen auf die fünf Outcomebereiche detailliert dargestellt. 1. Wissensumfang zur Führungsaufgabe „Suchtprävention als Krisenmanagement“, 2. Die Sensibilität der Wahrnehmung für körperliche und/oder psychische Kriterien von gefährdeten oder abhängigen Mitarbeitern und der persönliche Umgang, 3. Die Motivation und Fähigkeit, Gespräche zu führen, 4. Wissen über/Umgang mit betrieblichen Regularien, 5. Einschätzung der eigenen Selbstsicherheit/-wirksamkeit. Darüber hinaus wurden die gesamten Pre-Post-Ergebnisse der weiblichen und männlichen Führungskräfte miteinander verglichen.

4.1 Durchführbarkeit der Maßnahme

Das modulare Führungstraining wurde eigentlich als Pilotprojekt gestartet und probeweise durchgeführt. Mit insgesamt 20 Stunden ist diese Schulungsmaßnahme die umfangreichste im Axel Springer Verlag. Die gute Durchführbarkeit war relativ schnell eindeutig. Anhand der Anwesenheitslisten ist überprüfbar, dass auch Führungskräfte zu den vier zusammenhängenden Fortbildungsveranstaltungen pünktlich und kontinuierlich erscheinen konnten. Die Drop-out-Quote in dieser Trainingsmaßnahme war gleich Null. Bei Fehlen oder Verhinderung, was über sämtliche Gruppen und Termine hinweg insgesamt nur drei Mal geschah, wurden Informationen an die zuständigen Personen in der Personalentwicklung oder an die Trainerin selbst rechtzeitig weitergeleitet.

Von der Personalentwicklung und -abteilung sowie dem Betriebsrat des Axel Springer Verlages wurde spontan entschieden, das modulare Training als kontinuierliche Führungskräfteentwicklungs-Maßnahme in das Pflicht-Curriculum für Vorgesetzte aufzunehmen.

Die Haltung der Führungskräfte war während des Trainings durchweg offen und aufgeschlossen, sie zeigten sich aufmerksam, konzentriert und sehr motiviert, neue Erfahrungen zum Thema

Suchtprävention zu machen. Sie erlebten diese Art des Trainings als Bereicherung zum bisherigen Angebot des Verlages und waren begeistert, dass Schulungen zu diesem ernsten und gravierenden Thema auch interessant und aufschlussreich ablaufen und durchaus Spaß machen können.

Die Ergebnisse der Seminar-Bewertungsbögen (Kap. 2.4), die von allen Teilnehmern ausgefüllt worden sind, sprechen ebenso für eine Durchführbarkeit der Maßnahme. – Dabei ist zu bedenken, dass die Gefahr besteht, Maßnahmen „sozial erwünscht“ zu bewerten, um Nachfragen und/oder Konflikte zu vermeiden. Denn das Ausfüllen des Seminarbewertungsbogens ist nicht anonym sondern erfolgt unter Angabe des Namens. Bewertungen sind deshalb den Teilnehmern zuzuordnen und können von der Personalentwicklungsabteilung, die die Auswertung vornimmt, sogar hinterfragt werden. Daher werden in vielen Unternehmen bereits Notendurchschnitte für Trainer ausgerechnet. In professionellen Kreisen und intern in Unternehmen werden Trainer die schlechter als 2,5 benotet werden, nicht mehr eingesetzt. Die Führungskräfte bewerteten das hier vorgestellte Training insgesamt mit sehr gut, so dass ein Notendurchschnitt von 1,06 errechnet wurde (Kap. 3.3) , was ebenfalls für die Durchführbarkeit spricht.

In der Gesamtbetrachtung der Katamnese und der mündlichen Teilnehmer-Bewertung ist überraschend, wie positiv die „Aufteilung in vier Sitzungen“ (siehe Kap. 3.3; „Was hat Ihnen an diesem Seminar gefallen?“) bewertet wurde. Immerhin sprachen sich 15 Führungskräfte (68, 1 %) für diese modulare Architektur aus. Dieser Aspekt wurde in der Konzeptionsphase des Führungstrainings kritisch diskutiert.

Die Ergebnisse bestätigen, dass erwünschte Wissensvermittlung in Kombination mit Wahrnehmungsschulung und einer (vielleicht auch nur minimalen) Verhaltensmodifikation in jedem Fall eines Trainings-Prozesses bedarf und nicht einer einmaligen „Strohfeuer“-Veranstaltung. Für die Schulung von Führungskräfte gilt genau das gleiche wie für die Pädagogik. Eine Verfestigung von Gelerntem und der sichere Umgang damit geschieht nicht an einem Tag sondern nur durch ständiges Wiederholen. Zusätzlich muss diese Wiederholung auch verbal aber zentral praktisch „durch das eigene Tun“ erfolgen. Die erlernten Strategien und die beabsichtigten Verhaltensänderungen müssen von den Teilnehmern gezeigt und geübt werden und es muss eine Reflexion mit Feedbackcharakter durchgeführt werden.

4.2 Effekte der Maßnahme

Welche Wirkungen das Führungstraining im Einzelnen gezeigt hat, wird im Folgenden über die drei Gruppen anhand der fünf Outcomebereiche verglichen und bewertet.

Outcomebereich 1 => Item 1, 2, 5

Der Wissensumfang zum Thema Suchtprävention

Item 1: Mein Wissen zum Thema suchtpreventives Krisenmanagement bewerte ich mit...

Item 2: Suchtprävention am Arbeitsplatz heißt für mich....

Item 5: Folgende Signale weisen auf ein Alkoholproblem hin...

In Item 1 wird die eigene Einschätzung der Führungskräfte in Bezug auf ihr spezifisches Wissen zum Thema Suchtprävention erfragt. Item 2 prüft als offene Frage Inhalte ab, also das wirklich vorhandene Wissen.

Schon augenscheinlich deuten die Pre- und Post-Mittelwerte an, dass sich das spezifische Suchtpräventions-Wissen der Führungskräfte vergrößert haben muss.

Die persönliche Bewertung ihres Wissens haben die Führungskräfte nach absolvierter Trainingsmaßnahme von 0,8 Punkten (Gruppe 3) über 1,0 (Gruppe 2) bis hin zu 1,5 Punkten (Gruppe 3) verbessert angegeben. Inhaltlich bedeutet dies, dass Gruppe 1 anfänglich ihr spezifisches Wissen schlechter als mittelmäßig in Richtung nicht ausreichend beschrieben hat und es jetzt 0,25 Punkte besser als Gut einschätzt. Gruppe 2 schätzte es vor der Maßnahme fast mittelmäßig (2,8 Punkte) ein und bewertet es nach der Maßnahme im Mittel mit 1,8. Die dritte Gruppe beschrieb ihr Wissen anfänglich zwischen gut und mittelmäßig, nach der Maßnahme im Mittel mit 1,6. Unterstrichen wird die persönliche Einschätzung der Führungskräfte durch die Ergebnisse von Item 2, welches als offene Frage gestaltet, fachliches Wissen konkret abgefragt hat. Jede Gruppe hat sich über 100 % verbessert. Wurden im ersten Durchgang 2,2 ; 2,3 oder 3 Aspekte benannt, notierten die Führungskräfte nach der Maßnahme im Mittel fast sechs Aspekte. Betrachten wir die Ergebnisse geschlechtshomogen (4 Frauen und 18 Männer) so zeigen sich minimale Unterschiede zwischen der Selbsteinschätzung und Wissensabfrage der Frauen und Männer. Bei allen hat sich der Wissenstand positiv verändert. Die Männer bewerten mit 3,05 im Mittel in der Pre-Untersuchung ihr Wissen zum Thema Suchtprävention etwas schlechter als die

Frauen (Mittelwert 2,25), was sich im Wissenstest bei Item 2 bestätigt (Frauen: Prä = 2,75 : Post = 6,5). Beide Ergebnisse sind auch nach der statistischen Prüfung mit dem T-Test ($p = ,000$) vor und nach der gemäßigten Bonferoni-Korrektur (Signifikanzniveau von 0,0036) hochsignifikant, womit der augenscheinlich erste positive Eindruck auch statistisch belegt und erhärtet werden kann.

Das ist eine äußerst positive, jedoch auch notwendige Veränderung, um Suchtprävention praktisch überhaupt ausüben zu können.

Denn nur das solide Fachwissen zum Thema Suchtprävention ist die Grundlage für das richtige Verhalten und die persönliche Haltung. Es ist eines der wichtigsten Fundamente, um Sicherheit und Mut im Auftreten gegenüber betroffenen Mitarbeitern zu zeigen.

Das Wissen um die und das Erkennen der psychosozialen Auswirkungen ist ebenfalls eine Grundvoraussetzung für die Führungsaufgabe Suchtprävention. Denn nur, wer die Auswirkungen von Suchterkrankungen und –problemen kennt, weiß welche präventiven Strategien angewendet werden können. In welcher Art und Weise dies zu geschehen hat, wäre eine andere Frage.

Auch die offene Frage 5 führt in der Vorher-Nachher-Betrachtung augenscheinlich zu positiven Ergebnissen.

Wurden vor der Trainingsmaßnahme im Mittel 2,5 bis 3,4 Signale der Alkoholproblematik benannt, steigerte sich die Rate auf bis zu 4,75. Diese positive Entwicklung konnte im Mittelwertvergleich über den T-Test ($p = ,000$) als hochsignifikant – auch nach Bonferoni-Korrektur – bestätigt werden.

Dieses Wissen ist eine Voraussetzung, um Wahrnehmung facettenreicher zu gestalten. Je mehr Signale den Führungskräften bekannt sind, umso eher werden sie zumindest innerlich in einen Alarmzustand geraten. Ob diese wahrgenommenen Signale dann auch als Anlass für ein Mitarbeitergespräch genutzt werden, wäre eine zusätzliche Frage. Denn die Wahrnehmung von Veränderungen an Mitarbeitern könnte zwar der erste Schritt im Hinblick auf eine Intervention sein, muss aber nicht. Denn nicht selten überwiegen persönliche Unsicherheiten bei den Führungskräften und es entstehen Fragen, die die Führungskräfte vom Handeln abhalten!

Outcomebereich 2 => Item 3, 4, 6, 17, 18

Die Sensibilität der Wahrnehmung für körperliche und/oder psychische Kriterien von gefährdeten oder abhängigen Mitarbeitern und der persönliche Umgang.

Item 3 : Mitarbeiter in persönlichen Krisensituationen erkenne ich....

Item 4: Die wichtigsten körperlichen und psycho-sozialen Auswirkungen von Suchtproblemen sind mir bekannt.

Item 6: Wenn mir ein Mitarbeiter durch Veränderungen im Arbeitsverhalten, der Leistung oder dem äußeren Erscheinungsbild auffällt, spreche ich ihn an.

Item 17: Mitarbeitergespräche führe ich...

Item 18: Suchtprobleme am Arbeitsplatz sind...

Die Selbsteinschätzung der Führungskräfte in bezug auf die Wahrnehmung zeigt von der Pre- zur Postuntersuchung eine Verbesserung. Die Wahrnehmung von Veränderungen von Mitarbeitern in bezug auf Krisensituationen oder Suchtmittelauffälligkeiten scheint sensibler geworden zu sein. Das gilt für die männlichen und weiblichen Führungskräfte gleichermaßen, die Selbsteinschätzungen der Frauen und Männer unterscheiden sich sowohl in der Pre- als auch in der Postuntersuchung augenscheinlich nicht.

In dieser zweiten Kriteriengruppe ging es einerseits um das Abfragen von und das Sensibilisieren für Auffälligkeiten. Andererseits steht die Reflexion des eigenen Verhaltens im Zentrum, mit der Frage verbunden, wie sorgsam und wohlwollend Mitarbeiter beobachtet und gegebenenfalls angesprochen werden. Interessant ist, wie detailliert Führungskräfte den Menschen „Mitarbeiter“ im Blick haben, um aufgrund einer persönlichen Einschätzung überhaupt präventiv wirken zu können, unabhängig ob ein Suchtproblem oder eine andere krisenhafte Situation die Ursache für eine Verhaltensänderungen ist.

Die Ergebnisse des dritten Items deuten darauf hin, dass sich die Führungskräfte nach absolviertem Training zutrauen, Mitarbeiter in Krisensituationen „sofort“ oder „Nach einer Woche“ zu erkennen. Vor dem Training war die mittlere Einschätzung der Führungskräfte bei Antwort 3 „Nach einem Monat“, wobei die Auswertung der Fragebögen zeigte, dass einige Führungskräfte ihr erstes Kreuz bei Antwort 4 „Gar nicht“ gesetzt und dann wieder durchgestrichen hatten. Möglicherweise hat sich beim längeren Nachdenken tatsächlich eine andere Einschätzung entwickelt oder vielleicht war die Korrektur auch Ergebnis einer strategischen Überlegung. Denn die zuerst gegebene Antwort könnte theoretisch als Führungsschwäche ausgelegt werden

Im Mittelwertvergleich sind die Ergebnisse von Item 3 sowohl im T-Test ($p = ,000$) auch nach der Bonferoni-Korrektur hochsignifikant. Eine verbesserte Wahrnehmung der Führungskräfte scheint also tatsächlich Resultat der Trainingsmaßnahme gewesen zu sein.

Wie nehmen Führungskräfte suchtmittelauffällige Mitarbeiter wahr, wurde in Item 4 erfragt. Ein Mittelwertvergleich wurde hier nicht durchgeführt, weil die Berechnung bezogen auf die inhaltliche Bedeutung der Antwortkategorien sinnlos ist. Antwort 1 (Ja) ist zwar erwünschter als Antwort 4 (Nein), jedoch sind die Antworten 3 (Eher die körperlichen Auswirkungen...) und Antwort 4 (Eher die psycho-sozialen Auswirkungen...) gleichberechtigt und entsprechen inhaltlich nicht dem Ranking der Antwortkategorien.

Interessant ist, dass die Führungskräfte vor dem Training angaben, „Eher die körperlichen Auswirkungen“ wahrzunehmen (1,6 bis 1,9). Diese Auswirkungen sind bekanntlich auch wesentlich auffälliger und objektiv besser einschätzbar als psycho-soziale Veränderungen. Um psycho-soziale Veränderungen an Menschen oder im menschlichem Verhalten wahrzunehmen, sind einerseits eine feine Beobachtungsgabe andererseits auch besonders viel Mut und Sicherheit notwendig, um zu seiner eigenen, ganz persönlichen Wahrnehmung zu stehen, da hier keine Objektivität vorherrschen kann.

Nach der Maßnahme gaben alle 22 Führungskräfte mit Antwort 1 an, dass Ihnen sowohl die körperlichen als auch die psycho-sozialen Auswirkungen von Suchtproblemen bekannt seien. Das deutet auf einen Lernprozess durch die Trainingsmaßnahme hin.

Zusätzlich zur Wahrnehmung ging es in Item 6 auch um den persönlichen Umgang mit auffälligen Mitarbeitern. Die wichtigste Antwort, die über dieses Item generiert wurde, war, dass die Führungskräfte auffällige Mitarbeiter überhaupt ansprechen.

Das scheinen auch vor der Trainingsmaßnahme schon alle getan zu haben. Es könnte aber auch sein, dass die Führungskräfte durch dieses Item noch einmal daran erinnert worden sind. Die Werte in der Prä- und Post-Untersuchung haben sich nicht wesentlich verändert, was auch im Mittelwertvergleich deutlich wird. Das ist jedoch nicht problematisch. Wichtig ist, dass die Führungskräfte angaben, auffällige Mitarbeiter „Sofort“ oder „Nach mehreren Vorfällen“ ansprechen zu wollen. Das wäre ein großer Erfolg und ist im Zusammenhang mit den Items, die die Fähigkeiten der Führungskräfte testen, glaubhafter. Denn nach einer Studie der Uni Göttingen (1994) werden auffällige Mitarbeiter in Unternehmen erst in einem Zeitraum zwischen sieben bis

10 Jahren nach dem ersten Wahrnehmen der Auffälligkeiten angesprochen. Dann, wenn Erkrankungen oder Krisenzustände meist schon chronifiziert sind.

Wenn das Item also dazu beigetragen hat, die Führungskräfte noch einmal an diese Fürsorgepflicht und Verpflichtung zu erinnern, hat es schon einen positiven Effekt gehabt.

Wie häufig sprechen Führungskräfte eingehender, nicht nur zwischen „Tür und Angel“ und im Schnelldurchlauf, mit ihren Mitarbeitern? Welche Haltung Vorgesetzte den Mitarbeitern gegenüber und welches Interesse sie an ihnen haben, drückt sich in selbst initiierten Gesprächen stark aus. Item 17 gibt über die Haltung der Führungskräfte Auskunft sowie deren Umgang mit den Betroffenen. Die Ergebnisse der Pre-Untersuchung weisen einen starken Verbesserungsbedarf auf; besser gesagt, einen dringenden Handlungsbedarf. Vor dem Training antworteten neun Führungskräfte, sie würden *k e i n e* Mitarbeitergespräche führen.

Fünf Teilnehmer sagten, dass sie einmal im Jahr mit den Mitarbeitern sprechen würden. Nur acht Führungskräfte führen im Turnus von 3 bis 6 Monaten Mitarbeitergespräche. Der Anfang eines jeden Mitarbeitergespräches ist die Wahrnehmung. Wenn ein Mitarbeiter nicht gut beobachtet wird, Veränderungen im Verhalten oder in der Persönlichkeit nicht wahrgenommen werden, wird auch ein Gespräch nicht als sinnvoll erachtet.

In der Nutzung dieses Führungsinstrumentes gibt es keine Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Vorgesetzten. Ob alte Managementtheorien oder neue Human Resources-Strategien zu Grunde gelegt, die Maxime ist stets die gleiche: „Der Mitarbeiter ist das wertvollste Gut eines Unternehmens.“ Eine Maxime, die Aktionen seitens der Führungskräfte erfordert und das bedeutet, in diesem Fall ist, miteinander ins Gespräch zu kommen Gold wert! Vorgesetzte führen zu wenig Gespräche mit ihren Mitarbeitern. Gespräche, die im Sinne von Anerkennung oder klarem Interesse an dem Menschen zu deuten sind. Insofern ist es umso erfreulicher, dass die Ergebnisse der Post-Untersuchung den negativen Eindruck der Pre-Untersuchung ein wenig reduzieren.

Die Führungskräfte der Gruppen 1 und 3 gaben an, die Mitarbeitergespräche im Mittel nun alle drei bis 6 Monate führen zu wollen. Die zweite Gruppe, die in der Pre-Untersuchung mit 3,7 abschnitt, nahm sich vor, die Mitarbeitergespräche nun halbjährlich bis jährlich zu führen.

Offenbar war es vielen Vorgesetzten nicht bewußt, dass es eine wichtige Führungsaufgabe ist, miteinander zu sprechen, nachzufragen und Interesse zu zeigen. Die fachlichen Aufgaben sowie das planerisch-strategische Eingebundensein der Vorgesetzten steht dieser zentralen Aufgabe häufig im Weg oder lässt den Vorgesetzten oftmals auch nicht den nötigen Spielraum und die Zeit, weil sie insgesamt zu viele Aufgaben übertragen bekommen.

Dennoch geht es um eine neue Priorisierung, denn die betriebswirtschaftlichen Zahlen, mit deren Auswertung viel Zeit verbracht wird, können nicht stimmen, wenn die „Produzenten“, die Mitarbeiter, außer Acht gelassen werden.

Item 18 prüft noch einmal die generelle Haltung der Führungskräfte gegenüber Suchtproblemen und deren Lösungsmöglichkeiten. In der Tendenz gehen Führungskräfte davon aus, dass Suchtprobleme lediglich langfristig veränderbar seien. Diese Haltung ist förderlich für den betrieblichen Umgang mit auffälligen Mitarbeitern, der manchmal über einen längeren Zeitraum verfolgt werden muss und deshalb viel Geduld erfordert.

Im Mittelwertvergleich sind Item 17 und 18 immerhin signifikant verbessert vor der Bonferoni-Korrektur.

Outcomebereich 3 => Items 7 –9 und 11.

Die Motivation und Fähigkeit, Gespräche zu führen.

Item 7: Werden Kollegen von Ihnen angesprochen, von denen Sie wissen, dass sie trinken?

Item 8: Werden Kollegen angesprochen, bei denen Sie Suchtprobleme vermuten?

Item 9: Wie häufig sprechen Sie über das Thema Alkohol und seine Auswirkungen in Ihrem Arbeitsbereich?

Item 11: Gespräche mit Mitarbeitern in Krisensituationen führe ich...?

Eine Vermutung allein reicht nicht aus, um Führungskräfte zu motivieren, Gespräche zu führen. Grundsätzlich ist dies auch eine Haltung aus dem Lehrbuch. Vermutungen sollten mit Fakten untermauert werden, um sie objektiv und nachprüfbar zu machen.

Die Ergebnisse von Item 7 bis 9 unterscheiden sich weder in den Trainings-Gruppen, noch im Vergleich der männlichen und weiblichen Führungskräfte. Auch im Vorher-Nachher-Vergleich der Mittelwerte sind sie nicht ergiebig. Der Mittelwertvergleich ist auch nicht signifikant. Einige Führungskräfte entscheiden sich in der Pre-Untersuchung für „Ja, grundsätzlich“, andere für „Nur, wenn Sie im Arbeitskontext auffallen.“ In der Postuntersuchung ist es dann teilweise umgekehrt. Die, die sich vorher für Antwort 2 entscheiden haben, kreuzen dann Antwort 1 an. Beide Umgangsformen sind angemessen und hängen von der individuellen Gesamtsituation des Mitarbeiters ab.

Beruhigend ist, dass sich die Führungskräfte durch die detaillierte Schulungsmaßnahme nicht entmutigen ließen. Denn Antwort 3 und 4 wurde in der Postuntersuchung nicht gegeben.

Der Ausreißer der Gruppe 1 bei Item 9 mit dem Punktwert 3,4 wurde in der Postuntersuchung auf 2,1 verändert. Inhaltlich ist die Veränderung massiv, weil es darum geht, wie häufig über Alkohol und seine Auswirkungen im Arbeitsbereich gesprochen wird bzw. besser nun gesprochen werden soll. Der Punktwert 3,4 bedeutet „Einmal im Jahr“ bis „Gar nicht“, was für den gewünschten Sensibilisierungsprozess der Mitarbeiter abträglich ist. Antwort 3 und 4 wurden nach absolviertem Training nicht mehr gegeben, was vorerst als Erfolg und Effekt des Trainings zu verzeichnen ist.

Die richtigen persönlichen Gesprächsstrategien in Bezug auf die Rahmenbedingungen sind den Führungskräften bekannt. Die Ergebnisse Vorher-Nachher haben sich geringfügig verändert. Vor der Maßnahme war die Tendenz stärker und eindeutig, die Gespräche je nach Bedarf im eigenen Büro zu führen. Nach der Maßnahme tendierten einige Führungskräfte dazu, die Gespräche auch im Anschluss an offizielle Arbeitsbesprechungen zu führen.

Wahrscheinlich mit dem Hintergedanken, dass Mitarbeiter, die außer der Reihe ins Büro des Vorgesetzten gerufen werden, den anderen Kollegen auch plötzlich auffallen. Diese Kollegen könnten Gerüchte produzieren über den Anlass des Gespräches.

Werden Mitarbeitergespräche im Anschluss an Arbeitsbesprechungen geführt, dann braucht der tatsächliche und ausschlaggebende Gesprächsanlass - nämlich die wahrgenommenen Veränderungen im Verhalten eines Mitarbeiters – vor anderen Kollegen nicht thematisiert werden. Oftmals werden z.B. detaillierte Projektbesprechungen als Grund des Gespräches vor den anderen Teammitgliedern vorgegeben.

Für das Initialgespräch mit einem Mitarbeiter in einer Krisensituation ist das jedoch unerheblich. Allerdings ist es hervorragend, dass sich weder in der Prä- noch in der Post-Untersuchung Führungskräfte für Antwort 4 „Im Rahmen von Mitarbeiterbeurteilungen/Jahresgesprächen“ entschieden haben. In diesen fachlich orientierten Gesprächen sind persönliche Anfragen mit dieser Tendenz auch fehl am Platz. Es würde eine Vermischung fachlicher und persönlicher Informationen stattfinden, was immer zu Irritationen beim Mitarbeiter und zu einer Intransparenz der Situation führen würde. Insgesamt war dieses Item dennoch sinnvoll, weil bei den Führungskräften vermutlich erreicht wurde, dass sie vor bevorstehenden Mitarbeitergesprächen dieser Art sehr genau über den Rahmen nachdenken werden.

Outcomebereich 4 => Item 13 bis 16.

Umgang mit betrieblichen Regularien.

Item 13: Die betrieblichen Regularien der ASV AG zum Umgang mit auffälligen Mitarbeitern..

Item 14: Aus wie vielen Stufen besteht die Interventionskette und wodurch unterscheiden sich die Stufen?

Item 15: In welcher Phase ziehen Sie die Personalabteilung zu Gesprächen hinzu?

Item 16: Mir ist klar, welche Informationen aus Mitarbeitergesprächen für die Personalabteilung wichtig sind?

Um im Sinne der betrieblichen Suchtprävention strukturiert und transparent arbeiten zu können, wurden im Axel Springer Verlag betriebliche Regularien und zusätzlich eine Leitlinie zum Umgang mit suchtmittelauffälligen Mitarbeitern (Interventionskette) entwickelt (Kap. 4).

Die Items 13 bis 16 prüfen nun einerseits den Bekanntheitsgrad der Leitlinie, andererseits aber auch die Inhalte der und den Umgang der Führungskräfte mit den betrieblichen Regularien.

Interessant ist die Betrachtung der Ergebnisse dieser Fragen. Item 13 wurde vor der Trainingsmaßnahme von 20 Führungskräften mit Möglichkeit 1 bis 3 beantwortet. Diese Antworten setzen auf jeden Fall voraus, dass die Inhalte der betrieblichen Regularien bekannt sind. Der Mittelwertvergleich zeigt für Item 13 ein nicht signifikantes Ergebnis. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Führungskräfte sozusagen „sozial erwünscht“ geantwortet haben, was in Item 14 annähernd transparent gemacht wird. Denn bei den Fragen nach den Schritten und Inhalten der Interventionskette (Item 14 und 15) konnten die Führungskräfte keine konkreteren Angaben machen. Wenn Sie die Inhalte jedoch nicht kennen, können die betrieblichen Regularien unmöglich zur Anwendung kommen. Nur drei Führungskräfte konnten vor der Trainingsmaßnahme beantworten, aus wie vielen Stufen die Interventionskette besteht und wodurch sie sich unterscheiden.

In der ersten Gruppe konnte keine Führungskraft eine richtige Antwort geben, in der zweiten Gruppe eine und in der dritten Gruppe zwei Führungskräfte. Nach dem Training gaben alle Führungskräfte die richtigen Antworten mit den richtigen Erklärungen dazu ab.

Die Ergebnisse von Item 15 mit der Frage: „In welcher Phase ziehen Sie die Personalabteilung zu Gesprächen hinzu?“ sind ähnlich wie bei Item 14. Vor der Trainingsmaßnahme wussten insgesamt nur 5 Führungskräfte die richtige Antwort, danach konnten alle 22 Führungskräfte die richtige Antwort geben.

Im Mittelwertvergleich sind die Ergebnisse von Item 14 (T-Test: ,000), Item 15 (T-Test ,000) und Item 16 (T-Test ,000) hochsignifikant.

Betrachten wir die Ergebnisse der Items 13 bis 16 im Hinblick auf die Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen Führungskräften, so ist deutlich, dass die Frauen über den Umgang mit den betrieblichen Regularien besser informiert sind oder sich informiert haben.

Die richtigen Antworten in der Pre-Untersuchung wurden ausschließlich von Frauen gegeben. Jedoch ist zu erwähnen, dass die Männer während der Trainingsmaßnahme ihr Wissen so stark aktiviert oder ergänzt haben, dass sie mit den guten Post-Ergebnissen der weiblichen Führungskräfte konkurrieren konnten.

Die Interventionskette ist für die Führungskräfte des Axel Springer Verlages ein wichtiges Handwerkzeug und eine Leitlinie für den Umgang mit Suchterkrankten oder –auffälligen. Als strukturierendes Element der Führungsarbeit entlastet es die Führungskräfte auch insofern, als dass die jeweils nächsten Schritte in dem prozeßhaften Umgang mit auffälligen Mitarbeitern klar definiert sind.

Das heißt, das Führungskräfte sich dementsprechend keine eigene Vorgehensweise und Konsequenzen überlegen müssen sondern auf dieses betriebliche Regelwerk zurückgreifen können. Es ist also wesentlich weniger Überwindung und Mut notwendig, um ein derartiges Handeln umzusetzen als für selbstkonstruierte Vorgehensweisen, die niemals objektiv sind. Dafür ist es natürlich unbedingt notwendig, dass die Führungskräfte die Inhalte dieser Regularien kennen und umsetzen können. Dieser wichtige Veränderungsschritt wurde durch das offenbar Training erreicht.

Die Ergebnisse des strukturierten Fragebogens zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung fragt nach der persönlichen Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben zurechtzukommen.

Der Stil des persönlichen Konfliktmanagements oder besser der persönliche Umgang mit Konflikten und die Grundeinstellung schwierigen Alltagssituationen gegenüber ist ebenfalls eine wichtige Komponente, um Suchtprävention effektiv durchführen zu können. Denn in der praktische Suchtprävention hat das Vorbildverhalten einen hohen Stellenwert.

Die von Schwarzer et al. errechneten Mittelwerte liegen für eine heterogene Population Erwachsener bei ca. 29 Punkten mit einer Standardabweichung von 4 Punkten.

In der beschriebenen Gesamtgruppe liegt der Pre-Mittelwert für die weiblichen Führungskräfte bei 26,31 Punkten mit einer Standardabweichung von 6,22 und für die männlichen Führungskräfte

bei 30,6 Punkten mit einer Standardabweichung von 6,22. Der Post-Mittelwert der Frauen liegt bei 30,25 ($s = 3,3$) und für die Männer bei 31,90 ($s = 1,7$).

Es gibt also weder eine Auffälligkeit in dem Vergleich der Mittelwerte dieser Stichprobe mit den offiziellen Mittelwerten des Tests von Schwarzer und Jerusalem (siehe oben), noch eine Auffälligkeit innerhalb der drei Gruppen.

Die Unterschiede sind verschwindend gering. Interessant ist lediglich die Verbesserung, die die vier Frauen im Pre- und Postvergleich erreicht haben. Das Ergebnis in der Postuntersuchung ist um knapp vier Punkte im Mittel besser als das der Pre-Untersuchung, das heißt die persönliche Selbstwirksamkeit wird als verbessert eingeschätzt. Ob die Trainingsmaßnahme, die Gespräche in der Gruppe oder das Auftreten der offenbar nach Selbsteinschätzung „selbstbewussteren“ männlichen Kollegen dazu beigetragen haben, ist leider nicht zu beantworten.

Outcomebereich 5 => Item 10 & 12, 19 bis 28.

Einschätzung der Selbstsicherheit/-wirksamkeit.

Item 10: Auffällige Mitarbeiter/-innen anzusprechen, fällt mir...

Item 12: Im Umgang mit auffälligen Mitarbeitern fühle ich mich...

Items 19 bis 28: Strukturierter Fragebogen (Schwarzer & Jerusalem)

Auffällige Mitarbeiter anzusprechen, ist in der Axel Springer Verlag AG eine Führungsaufgabe. Es wird gefordert, dass diese selbstsicher und ohne Schwierigkeiten ausgeführt wird.

Die Ergebnisse der Prä- und Post-Untersuchung haben sich von der starken Tendenz des „Es fällt mir schwer, auffällige Mitarbeiter/-innen anzusprechen“ zur Einschätzung „Es fällt mir leicht...“ stark positiv verändert. Dies gilt gleichermaßen für die weiblichen als auch für die männlichen Teilnehmer.

Diese positive Veränderung wird statistisch im Mittelwertvergleich belegt. Im T-Test ($p = ,000$) ist diese Veränderung bei Item 10 in der Pre- und Post-Untersuchung auch nach gemäßiger Bonferoni-Korrektur signifikant.

Diese wichtige Verbesserung sticht bei der ausschließlichen augenscheinlichen Betrachtung der Mittelwerte nicht ins Auge. Ganz im Gegenteil könnte zuerst der Eindruck entstehen, dass sich die Einschätzung der Führungskräfte kaum verändert habe. Denn: Bei diesem Item wurden die Abstufungen der Antwortkategorien nicht aussagekräftig gewählt. Der Abstand von Antwort 2 „Leicht“ zu Antwort 3 „Schwer“ ist zu gering, es hätten die Antworten 1 und 4 sein müssen.

Item 12 ist sinnvoller konzipiert. Im Umgang mit auffälligen Mitarbeitern wurde bei den Führungskräften eine sehr starke Verbesserung erreicht. Die Mittelwerte in der Pre-Untersuchung setzen sich aus den Antworten 14 Mal „Einigermaßen sicher“, sieben Mal „Unsicher“ und ein Mal „Völlig überfordert“ zusammen. In der Postuntersuchung wurden nur noch die Antworten 1 und 2 gegeben, acht Mal „Sehr sicher“ und 14 Mal „Einigermaßen sicher“. Keine Führungskraft fühlt sich nach der Schulung „Unsicher“ oder „Überfordert“. Die Ergebnisse dieses Items sind besonders im Zusammenhang mit dem vermittelten und/oder dem aktivierten Wissen und Können zum Thema Suchtprävention als Krisenmanagement wichtig und sinnvoll. Auch im T-Test (,000) und im Wilcoxon-Test wird diese Aufzählung der positiv veränderten Antworttendenz in der Vorher-Nachher-Betrachtung bestätigt. Eine hervorragende Voraussetzung der Führungskräfte für effektive Mitarbeitergespräche!

4.3 Bewertung der Gesamtmaßnahme durch die Autorin

Der persönliche Eindruck der Trainerin deckt sich mit den empirisch ermittelten Ergebnissen der Pre- und Post-Untersuchung sowie der katamnestischen Erhebung. Bei der Betrachtung der Effektivität und Durchführbarkeit ist dem bisher Dargestellten nichts hinzuzufügen.

4.4 Fazit

Ein modulares Führungstraining zum Thema „Suchtprävention als Krisenmanagement“ ist sinnvoll in Unternehmen einsetzbar. Zumindest in Unternehmen, die in bezug auf die Rahmenbedingungen und die innerbetriebliche Akzeptanz gegenüber dem Thema und der Maßnahme ähnlich strukturiert/ bzw. ausgestattet sind wie die Axel Springer Verlag AG. Die vorliegende Evaluationsstudie belegt diese Behauptung eindrucklich.

Vorweg noch einmal zusammengefasst, ging es bei der Entwicklung des Konzeptes (siehe Kap. 2) des vorliegenden Führungstrainings besonders um drei formal-methodische Aspekte und die fünf inhaltlichen Kriterien (Outcomebereiche, Kap. 2):

1. Das Angebot eines modularen Führungstrainings zum Thema „Suchtprävention als Krisenmanagement“ und den Versuch, eine Erkenntnis zu gewinnen, ob eine derartige Seminarreihe von Vorgesetzten, die heute ja in einem besonders stark wirtschafts- und wachstumsorientierten Unternehmenskontext arbeiten, überhaupt angenommen wird und in den Führungsalltag integrierbar ist.
2. Eine lebendige Methodik, um die Teilnehmer effektiv einzubeziehen, schnell in die Übungssituation zu begleiten, die eine hohe Praxisrelevanz haben sollte.
3. Die Vermittlung von Lernstrategien, die alle Sinneskanäle fordern und fördern.
4. Die Erweiterung des Wissens der Führungskräfte zum Thema „Suchtprävention“.
5. Eine Sensibilisierung der Wahrnehmung und des Einfühlungsvermögens der Führungskräfte in bezug auf den Umgang mit suchtmittelauffälligen/ -erkrankten Mitarbeitern
6. Die Motivation und Fähigkeit, Gespräche zu führen.
7. Umgang mit und Wissen über die betrieblichen Regularien.
8. Die Überprüfung der Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit.

Im Folgenden wird die Bewertung der Ergebnisse anhand der dargestellten Kriterien vorgenommen und ein Gesamteindruck auch unter Einbeziehung mündlicher Rückmeldungen der Teilnehmer beschrieben.

Generell kann festgehalten werden, dass das modulare Führungstraining aus unterschiedlichen Perspektiven heraus, als positiv bezeichnet wurde und angenommen worden ist.

Einerseits ging es um die Architektur. Allein 15 Führungskräfte (Frage 1, Seminarbeurteilung) sprachen sich dafür aus, die Inhalte auf vier Termine zu verteilen und empfanden das modulare System als sehr nützlich, um Erlebtes zu reflektieren und um dieses „große“ Thema durch kontinuierliche Auseinandersetzung intensiver verstehen zu können. In den mündlichen Rückmelderunden am Ende der Führungstrainings gab es keinen Teilnehmer, der Kritik an der Architektur übte. Die Frage nach der Durchführbarkeit kann damit positiv beantwortet werden.

Ein weiterer Beleg für die Durchführbarkeit und ein Erfolgskriterium sind die starke Zuverlässigkeit der Führungskräfte, die Termine einzuhalten und an den Modulen teilzunehmen. Dies alles trotz starker Veränderungen im Axel Springer Verlag sowie den hohen Anforderungen und veränderten Arbeitsaufkommens.

Auch die praxisorientierte und stark übungsorientierte Methodik erhielt Zustimmung. Die Teilnehmer „fühlten sich gefordert“ und hatten in Fallbeispielen ausreichend Möglichkeiten, die eigenen Fertig- und Fähigkeiten in bezug auf den Kontakt mit betroffenen Mitarbeitern zu überprüfen und zu verbessern.

Das Seminar-design, das aus einer Mixtur von hochstrukturierten und einladend offenen Abschnitten besteht, welches immer unterschiedliche Sinneskanäle anspricht, scheint den Wünschen der Führungskräfte zu entsprechen. Konkrete Fragen und persönliche Erwartungen hatten immer genügend Raum und konnten diskutiert und beantwortet werden.

Die Erweiterung des Wissens zum Thema Suchtprävention ist nach dem Vergleich der Fragebogenergebnisse (siehe Kap. 3) gelungen. Allein die Einschätzung des eigenen Wissens zum Thema Suchtprävention hat sich von der Pre- (1 Führungskraft bewertete ihr Verhalten mit „sehr gut“, fünf mit „gut“, elf mit „mittelmäßig“ und fünf mit „nicht ausreichend“) zur Post-Untersuchung stark positiv verändert (Sechs Führungskräfte bewerten ihr Wissen mit „sehr gut“ und 16 mit „gut“), was durch Wissen belegt und daher glaubhaft ist.

Auch waren alle Führungskräfte am Ende des modularen Führungstrainings über die Auswirkungen der wichtigsten körperlichen und psycho-sozialen Auswirkungen von Suchtproblemen informiert, was ja zu den Basics im Umgang mit auffälligen Mitarbeitern gehört und was sie im Wissensteil der jeweiligen Itemgruppen zeigen konnten. Auch Ziegler (1999) unterstreicht, dass die Vermittlung von Kenntnissen zu einem besseren Verständnis der Suchtproblematik beitragen würde und Mut macht, mit dem Thema Sucht und Suchtmittelmissbrauch am Arbeitsplatz offen umzugehen.

Das notwendige Wissen zu den Inhalten der betrieblichen Regularien wurde gesondert geprüft und von allen Führungskräften richtig wiedergegeben (=> in der Preuntersuchung konnten nur drei Führungskräfte detaillierte Antworten auf die Fragen in diesem Themenbereich geben!). Auch über die praktischen Umsetzungsschritte im Verlag waren alle Führungskräfte informiert.

Das Wissen in bezug auf den Umgang bzw. der Umgang mit Betroffenen wurde insgesamt überdacht und zumindest kognitiv/mental in verbesserter Art und Weise abgespeichert. Die statistischen Erhebungen stoßen jedoch auf Grenzen. Denn eine Verhaltensänderung ist ein prozesshaftes andauerndes Vorgehen, welches sich zu einem einzigen Zeitpunkt nach absolviertem Führungstraining nicht hinreichend einschätzen lässt. Dennoch ist überraschend positiv zu bemerken, wie viele Gespräche nach Teilnahme an dem Führungstraining geführt worden sind.

Die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS, 1990) und die Universität Göttingen (1994) führten zum Thema „Zeitpunkt der Ansprache von Mitarbeitern nach Bekanntwerden von Alkohol/Suchtauffälligkeiten im betrieblichen Kontext“ Untersuchungen durch (DHS, 1990). Das Ergebnis war, dass im zeitlichen Verlauf von sieben bis zu 10 Jahren nach der ersten Auffälligkeit eines Mitarbeiters erst eine Ansprache erfolgt!

Für die endgültige Beurteilung, ob die Wahrnehmung der Führungskräfte langfristig sensibilisiert worden ist, müsste ein längeren Zeitraum des Ausprobierens im Arbeitskontext erfolgen. Die persönlichen Rückmeldungen der Führungskräfte lauteten jedoch, dass sie auch schon während der Teilnahme an dem Führungstraining „genauer hinschauen“ würden, „aufmerksamer sind“, „eher einmal nachfragen, wenn ihnen etwas auffällt“ und dass die Reaktionen der „Betroffenen“ fast ausschließlich positiv waren. Dies ist ein Minimalbeleg für eine erhöhte/sensiblere Wahrnehmung. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass diese positiv verlaufenden Gesprächen zu einer neuen ermutigenden Haltung und zu einer Generalisierung im Führungsalltag beitragen. Zudem das größere Fachwissen die Sicherheit in bezug auf die Wahrnehmung und Ansprache auffälliger Mitarbeiter erhöhen wird.

Die Einschätzung der allgemeinen Selbstwirksamkeit (persönliche Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben umzugehen), wurde über einen strukturierten Fragebogen von Jerusalem und Schwarzer erhoben. Eine der größten Untersuchungen der beiden Wissenschaftler mit 1660 Probanden (heterogene Population Erwachsener) zeigt den Mittelwert 29,28 Punkte. Die Führungskräfte der Axel Springer Verlages AG liegen in dem als gut ausreichend beschriebenen Range im Hinblick auf die Selbstwirksamkeit.

Die katamnestiche Nachbefragung lieferte extrem positive Ergebnisse. Die definierten Fähigkeiten als Grundlage für die Führungsaufgabe Suchtprävention als Krisenmanagement (Outcomebereiche, Kap. 2) sind bei allen befragten Teilnehmern verbessert. Inwiefern die Führungskräfte nun ohne das Wissen um eine weitere Nachbefragung die Probleme weiterhin offensiv angehen, hängt sicher von vielen Faktoren ab. Unter anderem von den Rahmenbedingungen in der Axel Springer Verlag AG und dem Rückhalt den die jeweiligen Führungskräfte auf höherer Managementebene erleben. Der Prozess der Verfestigung der persönlichen Sicherheit und des Wissens sowie die Verankerung von Verhaltensstrategien tragen nun zur Entscheidung bei, wie mit auffälligen Mitarbeitern langfristig umgegangen wird.

In der Reflexion der Entwicklung, Durchführung und der ersten Evaluation eines modularen Führungstrainings zum Thema Suchtprävention als Krisenmanagement ist erfreulicherweise festzustellen, dass positive Lerneffekte bei den Führungskräften zu verzeichnen sind. Auch die Aktivierung von Wissenskapazitäten bei den Führungskräften bzw. die Vermittlung von neuem Wissen zu dem Thema Suchtprävention als Krisenmanagement scheint gelungen. Alles sind jedoch nur notwendige Voraussetzungen für den praktischen Umgang mit auffälligen Mitarbeitern im betrieblichen Kontext. Ob und wie erlernte Verhaltensstrategien und das Wissen eingesetzt werden, wäre eine separate Untersuchungsfrage.

Im Rückblick war es sehr nützlich die Fragebogenerhebung als eine Pre-Post-Untersuchung angelegt zu haben. Damit konnte zumindest der Versuch gestartet werden, Veränderungen in den Outcomebereichen im Vergleich zu betrachten. Die Ergebnisse des Fragebogens hätten jedoch noch ergiebiger, der Informationsgewinn höher sein können, wenn einige Items präziser formuliert bzw. durch andere ersetzt worden wären.

Das dritte Item „*Mitarbeiter in persönlichen Krisensituation erkenne ich...*“ könnte durch ein gezieltes Nachfragen nach bekannten Krisensituationen von Mitarbeitern ergänzt werden. Denn zusätzlich interessant zum Zeitpunkt des Erkennens sind auch die Kriterien von Krisensituationen. Item 10 „*Auffällige Mitarbeiter/-innen anzusprechen, fällt mir...*“ und Item 12 „*Im Umgang mit auffälligen Mitarbeitern fühle ich mich...*“ könnte neben den vier vorgegebenen Antworten eine offene Kategorie (weil,...) für zusätzliche Erklärungen der Führungskräfte enthalten. Eine Beschreibung der emotionalen Ausgangssituation im Umgang mit betroffenen Mitarbeitern ließe möglicherweise mehr Schlüsse für eine sichere Umsetzungs- und Konsolidierungsphase des Erlernten in der Praxis zu.

Item 17 „*Mitarbeitergespräche führe ich...*“ hätte zusätzlich zu der zeitlichen Komponente in den Antwortkategorien einen Anlass erfragen sollen. So wäre deutlich geworden, ob die Führungskräfte Mitarbeitergespräche bereits wegen erkannter Krisensituationen von Mitarbeitern geführt haben.

Die Ergebnisse von Item 19 bis 28 (strukturierter Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit) hätten besser genutzt werden können, wenn mindestens zwei Items aufgenommen worden wären, in denen eine offene Fragestellung die eigene Beschreibung der persönlichen Selbstwirksamkeit ermöglicht hätten.

Eine interessante Idee wäre es, zusätzlich zu den benutzten Evaluationsinstrumenten einen Pre-Post-Vergleich über eine Gesprächssituation per Video durchzuführen. Jede Führungskraft während zweier Gesprächssituationen – vor und nach den vier Trainingsmodulen – per Video aufzuzeichnen. Allerdings gäbe es nach meiner Erfahrung praktische Umsetzungsschwierigkeiten, da bei den Führungskräften leicht der Eindruck entstehen könnte, dass Sie „vorgeführt“ werden. Denn schon die hier dokumentierte Fragebogenerhebung war nicht leicht umsetzbar sondern die ersten Reaktionen waren Misstrauen und Skepsis hinsichtlich des Umgangs mit den Daten. Eine Zubilligung von Schweigepflicht und Anonymisierung der Daten beruhigt immer nur einige Teilnehmer.

Der 10 Item-Fragebogen war als Nachbefragung sinnvoll. Zwei zusätzliche Items wären noch aufschlussreich gewesen. Offene Fragen in Richtung von „Meine persönlich wirksamsten Strategien im Hinblick auf den Umgang mit betroffenen Mitarbeitern“ und „Mein größter Nachbesserungsbedarf liegt im Bereich...“. Nachbefragungen der durchgeführten Methode sind im Sinne einer Minimalintervention und eines Reminders zu werten. Wenn die Führungskräfte schon wieder konkret an dieses Thema herangeführt und erinnert werden, dann ist es auf jeden Fall sinnvoll, Sie noch einmal Ihre positiven Ressourcen bezüglich der Thematik benennen zu lassen, um sie zu stärken und für das Thema wieder zu öffnen.

Darüber hinaus sollten die Führungskräfte in einem derartigen Gespräch auch die Aspekte benennen, an denen Sie selbst noch arbeiten müssen oder sich noch Hilfestellung organisieren sollten. Mit diesem Vorgehen wäre wieder das Prozesshafte, was dem Thema Suchtprävention als Krisenmanagement inhärent ist, in den Vordergrund gestellt und die Thematik sowie die Führungskräfte wären wieder in neue Bewegung gekommen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass der Versuch geglückt ist, ein modulares Führungstraining in einem 12000-Mitarbeiter starken Unternehmen zu etablieren, in dem sonst nur ein- bis dreitages-Seminare stattfinden. Die anfängliche Skepsis und der Eindruck, es sei zu viel Zeit für das Thema Suchtprävention, konnte hinlänglich ausgeräumt werden. Ganz im Gegenteil scheint das gewählte Design, die Architektur und die Methodik des Führungstrainings den Ansprüchen der Führungskräfte stark zu entsprechen.

Erwähnenswert ist zusätzlich noch, dass anders als bei anderen Führungsthemen die ständige Öffentlichkeitsarbeit, die Unterstützung aus oberen Managementtagen sowie die Kooperation mit der Personalentwicklungsabteilung beim Thema Suchtprävention dringend notwendig sind. Suchtprävention ist eine Gemeinschaftsaufgabe für jedes Unternehmen bestätigt auch Wienemann (2000). Es existieren immer noch die Gerüchte, dass Führungstrainings zum Thema Suchtprävention „Säuferseminare“ seien, dass sich dort Führungskräfte versammeln, die sich nicht trauen in eine Therapie wegen eigener Betroffenheit zu gehen oder dass dort ja nur Führungskräfte erscheinen, deren Mitarbeiter eben „Säufer“ seien und darüber hinaus gäbe es doch viel wichtigere Themen als Suchtprävention. Alle Zitate oder „Sprüche“ sind Belege für die große Unsicherheit mit dem gesamten Themenkomplex der Suchtprävention.

Wie wichtig Suchtprävention in Unternehmen ist, wurde in der vorliegenden Arbeit unterstrichen. Ein modulares Führungstraining, welches sich prozesshaft mit vielen unterschiedlichen Themenbereichen (Kap. 2) und auch mit dem Abbau von Unsicherheiten beschäftigt, kann ein Lösungsweg sein, das „ungeliebte“ Führungsthema Suchtprävention als Krisenmanagement den Vorgesetzten näher zu bringen.

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Darstellung des Vorkommens der stoffgebundenen Süchte in Deutschland.	26
Tabelle 2: Die Outcomebereiche der Pre- und Postuntersuchung im Überblick.	45
Tabelle 3: Der zeitliche und inhaltliche Ablauf des ersten Moduls des Führungstrainings Suchtprävention als Krisenmanagement	48
Tabelle 4: Ein Leitfaden zur Gesprächsvorbereitung	56
Tabelle 5: Der zeitliche und inhaltliche Ablauf des zweiten Moduls des Führungstrainings Suchtprävention als Krisenmanagement	59
Tabelle 6: Das Vier-Phasenmodell von Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit.	64
Tabelle 7: Der zeitliche und inhaltliche Ablauf des dritten Moduls des Führungstrainings Suchtprävention als Krisenmanagement	65
Tabelle 8: Darstellung der Beeinträchtigung der Arbeitssicherheit durch Alkoholkonsum.	68
Tabelle 9: Der zeitliche und inhaltliche Ablauf des vierten Moduls des Führungstrainings Suchtprävention als Krisenmanagement	69
Tabelle 10: Überblick über den zeitlichen Einsatz der Evaluationsinstrumente.	79
Tabelle 11: Der 28-Item-Fragebogen, der als Evaluationsinstrument in der Pre-Post-Untersuchung eingesetzt wurde.	82
Tabelle 12: Gesamtüberblick aller Ergebnisse der Pre- und Postuntersuchung der Teilnehmer aufgeteilt in Outcomebereiche.	85

Tabelle 14:	
Die genannten Schlagworte der Pre-Untersuchung als Antwort zu Item 2.	88
Tabelle 15:	
Die Antworten der Führungskräfte der Pre-Untersuchung zu Frage 5 im Überblick.	89
Tabelle 16:	
Gesamtgruppenergebnisse der Pre-Untersuchung Frage 19 bis 28 (Selbstwirksamkeit).	92
Tabelle 18:	
Die Antworten der Führungskräfte der Post-Untersuchung zu Frage 5 im Überblick.	94
Tabelle 19:	
Ergebnisse des Fragebogens zur Selbstwirksamkeit in der Post-Untersuchung.	95
Tabelle 20:	
Auswertung der ersten Frage des Seminarbeurteilungsbogens der ASV AG.	96
Tabelle 21:	
Die Ergebnisse des Items 2 „Beurteilung der Trainerin“ des Seminarbeurteilungsbogens der ASV AG.	97
Tabelle 22:	
Die Teilnehmer-Bewertung der Schulungsinhalte und der Organisation.	98
Tabelle 23:	
Bewertung der Seminarinhalte durch die Teilnehmer.	99
Tabelle 24:	
Fragebogen zur katamnestischen Nachbefragung.	100
Tabelle 25:	
Die Ergebnisse der katamnestischen Nachbefragung (N = 19) als Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (s) .	101

Literatur

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antons, K. (1996). Praxis der Gruppendynamik. Göttingen: Hogrefe.
- Axel Springer Verlag (2001). Wir müssen reden. Ihre Personalverantwortung in der Suchtprävention. Hamburg: Axel Springer Verlag, Hamburg.
- Badura B. (1999). Fehlzeiten-Report. Psychische Belastung am Arbeitsplatz. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bamberg E. (1998) Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bandler R. & Grinder J. (1984). Veränderung des subjektiven Erlebens. Fortgeschrittene Methoden des NLP. Paderborn: Junfermann.
- Bühringer, G. et al. (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos.
- Büro für Suchtprävention (1997). Befragung von Hamburger Betrieben und Behörden zum Thema Betriebliche Suchtprävention. Hamburg. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren.
- Cohn, Ruth (1993). Großgruppen gestalten mit Themenzentrierter Interaktion. Mainz: Mathias-Grünewald.
- Cornelli, G. & Rosenstiel L. (1995). Führung durch Motivation. Mitarbeiter für Organisationsziele gewinnen. München: Beck.
- Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (1996) Jahrbuch Sucht 1996. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (1998) Jahrbuch Sucht 1996. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (2000) Jahrbuch Sucht 2001. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (2001) Jahrbuch Sucht 2002. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2000). Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz. Ahaus: Lensing.

- Dietze, K. (1992). Alkohol und Arbeit. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln. Zürich: Orell Füssli .
- Dörner, K. & Plog, U. (1992). Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie.
- Dorsch, F. (1987). Psychologisches Wörterbuch. Bern: Verlag Hans Huber.
- Doppler, K. & Lauterburg C. (1999). Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten. Mannheim: Campus.
- Erickson, M.H. (1985). Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen. München, Klett.
- Faulstich, P. (2001). Moden und Methoden. Menschenführung lernt man nicht in der Erstausbildung. Frankfurt: FAZ.
- Feuerlein, W. (1989). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie. Stuttgart: Thieme.
- Fuchs, R. (1996). Alkohol und Arbeitssicherheit. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R./Rainer, L. & Rummel, M. (1998). Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen.
- Geisselhart R. (2002). Stress ade. Die besten Entspannungstechniken. München: Rudolf Haufe.
- Gordon, T. (1991). Manager-Konferenz. München: Heyne.
- Günther, U. & Sperber W. (1995). Handbuch für Kommunikation- und Verhaltens-trainer. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (1995). Suchtprobleme im Betrieb. Wiesbaden: BC-Verlags- und Mediengesellschaft.
- Höfer E. & Schachtner H.-U. (1995). Das wäre doch gelacht! Humor und Provokation in der Therapie. Hamburg: Rowohlt.
- Höper C. (1996). Die spielende Gruppe. München: J. Pfeiffer.
- Kaulen, H. (2001). Wenn die Arbeit zur Droge wird. Frankfurt: FAZ.
- Königswieser R. (1998). Systemische Intervention. Architekturen und Design für Berater und Veränderungsmanager. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Landesunfallkasse Hamburg (2000). Illegale Drogen in der Arbeitswelt. Hamburg: So-Agentur.

- Langmaack B. & Braune-Krickau M. (1995). Wie die Gruppe laufen lernt. München: Beltz Psychologische Verlags Union.
- Lindenmeyer, J. (1994). Lieber schlau als blau. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Lenfers, H. (1988). Das ungebremste Risiko. Alkohol und Mitarbeiter. Eine Praxishilfe für Vorgesetzte. Frankfurt/a.M.: Kommentator.
- Macharzina, K. (1999). Unternehmensführung. Das internationale Managementwissen. Konzepte – Methoden – Praxis. Wiesbaden: Gabler.
- Matano, R. (2000). The development of a computer-based alcohol abuse prevention program for Employees. In: Journal of Behavioral Health Services & Research, Vol. 27 (2).
- Meichenbaum, D. & Turk D. (1994). Therapiemotivation des Patienten.. Bern: Huber.
- Meyer & John (2001). Alkohol – Zahlen und Fakten zu Konsum. Geestacht: Neuland.
- Nette, A. (1995). Medikamentenprobleme in der Arbeitswelt. Ein Handbuch für die betriebliche Praxis. Frankfurt/a.M.: Schriftenreihe IG Metall 139.
- Neuberger, O. (1996). Miteinander arbeiten – miteinander reden! Vom Gespräch in unserer Arbeitswelt. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Nord AG Betriebliche Suchtprävention (1999). Qualität in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. Hannover: Reset Grafische Medien GmbH, Hannover.
- Parnefjord, R. (2000). Das Drogentaschenbuch. Stuttgart: Thieme.
- Poppelreuter, S. & Gross W. (2000). Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten. Weinheim: Beltz PVU.
- Rachow, A. (2000). Spielbar. Bonn: Gerhard May.
- Rummel, M. (1998). Suchtmittelkonsum bei Führungskräften. Folklore und Fakten. In: Betriebliche Suchtprävention, Göttingen:Hogrefe.
- Russland, R. (1991). Das Suchtbuch für die Arbeitswelt. Alkohol, Medikamente, Drogen, Nikotin, Essstörungen, Spiel- und Arbeitssucht. Ursachen, Folgen Maßnahmen. Frankfurt/a.M.: Industriegewerkschaft Metall.
- Schanz, G. (1995). Alkohol in der Arbeitswelt. Fakten, Hintergründe, Maßnahmen. München: Beck.
- Schmale, H. (1995). Psychologie der Arbeit. Stuttgart: Klett Cotta.
- Schmidt, L. (1986). Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, R. (1995). Beraten mit Kontakt. Handbuch für Gemeinde- und Organisationsberatung. Offenbach: Burckhardthaus-Laetare.

- Schmitt-Kilian, J. (1997). Ecstasy & more. Drogenprävention praktisch. Düsseldorf: Patmos.
- Schneider, R. (1998). Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. Hohengehren: Schneider.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In Weinmann, J. et. al: A users portfolio. Windsor, UK: Neer-Nelson.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (1995). Informationen über Drogen. Bern: Graf Lehmann AG.
- Schwertel W. (1998). Sucht in systemischer Perspektive. Theorie, Forschung, Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Solms, H. & Steinbrecher, W. (1975). Allgemeine Probleme um Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten, Drogen und Genussmitteln. In: Sucht und Missbrauch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stroebe, R.W. (1996). Führungsstile. Management by objectives und situatives Führen. Heidelberg: Sauer.
- Stroebe, R.W. (1999). Grundlagen der Führung. Heidelberg: Sauer.
- Thomasius, R. (2000). Psychotherapie von Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme.
- Tölle, R. (1991). Psychiatrie. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Vester, F. (1978). Denken, Lernen, Vergessen. München: DTV.
- von Schlippe, A. & Schweiter J. (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vogt, M. (1994). Sehn-Sucht. Der Zusammenhang zwischen Sehnsucht und Sucht. Lausanne: ISPA-Presse.
- Walter, H. (1998). Handbuch Führung. Der Werkzeugkasten für Führungskräfte. Symptome, Ursachen, Problemlösungen. Frankfurt/New York: Campus.
- Warnigaratne S. (1995). Relapse prevention for addictive behaviours. A Manual for Therapists. Oxford; Blackwell Science.
- Weisbach C. (1994). Professionelle Gesprächsführung. Ein praxisnahes Lese- und Übungsbuch. München: Beck.
- Weissinger, V. (2001). Der Preis der Sucht. Rehabilitation ist eine sinnvolle Investition in die Zukunft. Frankfurt: FAZ.
- Wetterling, T. & Veltrup, C. (1997). Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Berlin-Heidelberg: Springer.

- WHO (1964). WHO-Expert Committee on Dependence Producing Drugs.
Genf, WHO.
- Wienemann, E. (2000). Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement. Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention von 1800 bis 2000. Stuttgart: ibidem.
- Wienemann, E. (2000). Suchtprävention und –hilfe im Betrieb. Ein profitabler Kostenfaktor?
In: R. Brosch., Alkohol am Arbeitsplatz. Wien: Orac.
- Wilcken S. & Rochow M. (1999). Rückfallprävention bei Alkoholismus. Fähigkeiten im Focus. Bern: Huber.
- Ziegler H. & Brandl G. (1999). Suchtprävention als Führungsaufgabe. Lösungsorientierte Strategien für den Betrieb. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt GmbH KG.
- Ziegler H. (1977). Alkoholismus in der Arbeitswelt. Probleme und Lösungen.
Geesthacht: Neuland.

ANHANG 01

Sucht in Deutschland

Stoffgebundene Süchte

Alkohol 9,3 Millionen Menschen betreiben riskanten Alkoholkonsum

2,7 Millionen betreiben Alkohol-Missbrauch

1,6 Millionen Menschen sind abhängig

Betroffene Männer 65 %

Betroffene Frauen 35 %

Medikamente 1,5 Millionen Menschen sind abhängig

(von psychotropen Substanzen)

Nikotin 3,9 Millionen sind abhängig

Todesfälle: 110000 Menschen/jährlich in Deutschland

Illegale Drogen 300.000 Konsumenten (z.B. Heroin, Amphetamine, XTC)

Todesfälle: 2030

Quelle: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2000).

DIAGNOSE ALKOHOLISMUS

Kriterien

- Zwang zu Substanzkonsum
 - Kontrollverminderung
 - Körperliches Entzugssyndrom
 - Konsum zur Milderung des Entzugssyndroms
 - Toleranzentwicklung
 - Allgemeiner Interessenverlust
 - Konsum trotz schädlicher Folgen
-

Generell:

Sozial und kulturell übliches Konsumverhalten ist deutlich verändert.

Wann wird eine Abhängigkeit diagnostiziert?

Drei oder mehr der genannten Kriterien müssen zutreffen.

Quelle: Internationale Klassifikation, psychischer Störungen (ICD-10).

Anhang 04

Arbeitsrecht: Alkohol im Betrieb

1. Fragerecht bei Vorstellungsgesprächen

> Die Frage nach Alkoholkrankheit vor Abschluss eines Arbeitsvertrages ist zulässig, da die Krankheit auf Dauer oder in periodisch wiederkehrenden Abständen die Eignung für den Arbeitsplatz erheblich beeinträchtigt oder aufhebt.

(vgl. BAG v. 7.6.1984 – 2 AZR 270/83 – AP 26 zu Paragraph 123 BGB)

> Ein Fragerecht nach Trinkgewohnheiten besteht nicht.

2. Offenlegungsrecht bei Einstellung

> Eine Pflicht, eine Alkoholerkrankung von sich aus zu offenbaren, besteht nicht generell.

> Offenlegungspflicht besteht nur dann, wenn die konkrete arbeitsvertragliche Tätigkeit volle geistige und körperliche Leistungsfähigkeit erfordert

(z.B. bei Kraftfahrern, Maschinenführern etc.)

3. Alkoholverbot

> Ein gesetzliches Alkoholverbot besteht nicht.

(Strassenverkehrsgesetz ab 0,5 Promille; Paragraph 315 c StGB)

> Die Unfallverhütungsvorschrift, Paragraph 38 (UVV1) schränkt den Alkoholkonsum ein:

Absatz 1: Versicherte dürfen sich durch Alkohol nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst und andere gefährden können.

Absatz 2: Versicherte, die infolge Alkoholenusses oder durch den Konsum anderer berauschender Mittel, nicht mehr in der Lage sind, ihre Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, dürfen mit Arbeiten nicht beschäftigt werden.“

> Erteilung eines Alkoholverbotes für einen einzelnen Mitarbeiter ist ohne Mitbestimmung des Betriebs-/Personalrates zulässig.

4. Haftungsfragen

> Der Arbeitgeber haftet bei Fürsorgepflichtverletzung anteilig nach Grad des Mitverschuldens.

> Bei Verkehrsunfällen mit einem Dienstfahrzeug muss der Arbeitgeber die Halterhaftung übernehmen, der Arbeitnehmer trägt die Fahrerhaftung (Paragraph 7, 18 StVG)

Anhang 05

Die Führungskraft als Krisenmanager

Gesundheitsförderung & Suchtprävention am Arbeitsplatz

Liebe/r Teilnehmer/in!

Ich bitte Sie sehr, folgende Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Position im Hause der Axel Springer Verlag AG als auch die nachfolgenden Aspekte zu Inhalten unserer Workshop-Reihe zu beantworten. Die Ergebnisse werde ich dazu verwenden, einerseits Aufbau und Struktur der einzelnen Module und andererseits die Effektivität dieses Workshops zum Thema Krisenmanagement & Suchtprävention wissenschaftlich zu überprüfen. Die Untersuchung wird nach der ersten Schulung und nach der vierten Schulung durchgeführt.

Anonymität

Ihren Antwortbogen kennzeichnen Sie mit einer Codenummer, die Sie sich bitte merken und notieren, um sie bei der zweiten Untersuchung wieder einsetzen zu können. Damit ist gewährleistet, dass Ihre Antworten einerseits anonym ausgewertet werden können. Andererseits können die Ergebnisse der ersten Untersuchung denen der zweiten Untersuchung zugeordnet werden.

Über die Gesamt-Ergebnisse informiere ich Sie selbstverständlich.

Vollständigkeit

Ich bitte Sie, wirklich *alle* Fragen zu beantworten. Nur dann ist eine sinnvolle Auswertung möglich.

Instruktion

Es gibt Antwortvorgaben mit Kästchen, bei denen Sie einfach das Zutreffende ankreuzen. Einige Fragen sind auch „offen“ formuliert. Auf den gekennzeichneten Zeilen (.....) bitte ich Sie, Stichworte als Antworten zu notieren.

Bearbeitungsdauer

Sie werden nicht mehr als 10 Minuten benötigen.

Für Ihre Unterstützung und die konstruktive Zusammenarbeit bedanke ich mich sehr.

Ihre

Dipl.-Psych. Susanne Wilcken

Die Führungskraft als Krisenmanager

Gesundheitsförderung & Suchtprävention am Arbeitsplatz

Datum:.....

Code-Nummer:

weiblich

☐

männlich

☐

Alter in Jahren:

Berufsbezeichnung:

Verlagszugehörigkeit:

Ich gehöre dem Verlag an, seit insgesamt Jahren bis heute gerechnet.

Führungskraft/Personalverantwortung:

Seit Jahren bin ich in einer Führungsposition/Position mit Personalverantwortung eingesetzt.

Für wie viele Mitarbeiter/-innen tragen Sie derzeit Personalverantwortung?

Für.....Mitarbeiter

An einem Führungs-Seminar zum Thema Suchtprävention als Krisenmanagement habe ich schon einmal teilgenommen.

Ja

☐

Nein

☐

Wenn ja, wann?

Die Führungskraft als Krisenmanager

Gesundheitsförderung & Suchtprävention am Arbeitsplatz

1. Mein Wissen zum Thema suchtpreventives Krisenmanagement im betrieblichen Kontext bewerte ich mit

1. ☐ Sehr gut
2. ☐ Gut
3. ☐ Mittelmäßig
4. ☐ Nicht ausreichend

2. Suchtprävention am Arbeitsplatz heißt für mich...

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
-

3. Mitarbeiter in persönlichen Krisensituationen erkenne ich...

1. ☐ Sofort
2. ☐ Nach einer Woche
3. ☐ Nach einem Monat
4. ☐ Nicht

4. Die wichtigsten körperlichen und psycho-sozialen Auswirkungen von Suchtproblemen sind mir bekannt.

1. ☐ Ja
2. ☐ Eher die körperlichen Auswirkungen
3. ☐ Eher die psycho-sozialen Auswirkungen
4. ☐ Nein

Die Führungskraft als Krisenmanager

Gesundheitsförderung & Suchtprävention am Arbeitsplatz

5. Folgende Signale weisen auf ein Alkoholproblem hin:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
- _____

6. Wenn mir ein Mitarbeiter durch Veränderungen im Arbeitsverhalten, der Leistung oder dem äußeren Erscheinungsbild auffällt, spreche ich ihn an

1. ☐ Sofort
2. ☐ Nach mehreren Vorfällen
3. ☐ Wenn ich weiß, woran es liegt
4. ☐ Gar nicht

7. Wenn mir ein Mitarbeiter durch Veränderungen im Arbeitsverhalten, der Leistung oder dem äußeren Erscheinungsbild auffällt, spreche ich ihn an

1. ☐ Sofort
2. ☐ Nach mehreren Vorfällen
3. ☐ Wenn ich weiß, woran es liegt
4. ☐ Gar nicht

8. Werden Kollegen von Ihnen angesprochen, bei denen Sie ein Suchtproblem vermuten?

1. ☐ Ja, grundsätzlich.
2. ☐ Nur, wenn sie im Arbeitskontext auffallen.
3. ☐ Wenn ich sie lang genug kenne und mir sicher bin.
4. ☐ Nein

Die Führungskraft als Krisenmanager

Gesundheitsförderung & Suchtprävention am Arbeitsplatz

9. Wie häufig sprechen Sie über das Thema Alkohol und seine Auswirkungen in Ihrem Arbeitsbereich?

1. ☐ Wenn jemand auffällig geworden ist
2. ☐ Bei aktuellen Hinweisen vom Vorgesetzten/Verlagsleitung
3. ☐ Einmal im Jahr
4. ☐ Gar nicht

10. Auffällige Mitarbeiter/-innen anzusprechen, fällt mir ...

1. ☐ Sehr leicht
2. ☐ Leicht
3. ☐ Schwer
4. ☐ Sehr schwer

11. Gespräche mit Mitarbeiter/-innen in Krisensituationen führe ich...

1. ☐ Bei einem ruhigen gemeinsamen Essen
2. ☐ Im Anschluß an offizielle Arbeitsbereichsbesprechungen
3. ☐ Je nach Bedarf in meinem Büro
4. ☐ Im Rahmen von Mitarbeiterbeurteilungen/Jahresgesprächen

12. Im Umgang mit auffälligen Mitarbeitern fühle ich mich..

1. ☐ Sehr sicher
2. ☐ Einigermaßen sicher
3. ☐ Unsicher
4. ☐ Völlig überfordert

13. Die betrieblichen Regularien der ASV AG zum Umgang mit auffälligen Mitarbeitern...

1. ☐ Sind mir als Handwerkszeug vertraut und wende ich an
2. ☐ Kenne ich, habe ich aber noch nicht angewendet
3. ☐ Existieren offenbar, sind mir jedoch nicht zur Verfügung gestellt worden.
4. ☐ Sind mir unbekannt

Die Führungskraft als Krisenmanager

Gesundheitsförderung & Suchtprävention am Arbeitsplatz

14. Aus wie vielen Stufen besteht die Interventionskette und worin unterscheiden sich die Stufen?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

15. In welcher Phase ziehen Sie die Personalabteilung zu Gesprächen hinzu?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

16. Mir ist klar, welche Informationen aus Mitarbeitergesprächen für die Personalabteilung wichtig sind.

1. ☐ Ja eindeutig
2. ☐ In den meisten Fällen
3. ☐ Ungefähr
4. ☐ Nein

17. Mitarbeitergespräche führe ich in folgendem Turnus.

1. ☐ Vierteljährlich
2. ☐ Halbjährlich
3. ☐ Jährlich
4. ☐ Gar nicht

Die Führungskraft als Krisenmanager

Gesundheitsförderung & Suchtprävention am Arbeitsplatz

18. Suchtprobleme von Mitarbeitern am Arbeitsplatz sind ..

1. ☐ Kurzfristig lösbar
2. ☐ Mittelfristig zu bewältigen
3. ☐ Nur langfristig veränderbar
4. ☐ Unveränderbar

Die folgenden 10 Aussagen bitte ich Sie auf einer Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ zu beantworten.

19. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege mich durchzusetzen.

1. ☐ stimmt genau
2. ☐ stimmt eher
3. ☐ stimmt kaum
4. ☐ stimmt nicht

25. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.

1. ☐ stimmt genau
2. ☐ stimmt eher
3. ☐ stimmt kaum
4. ☐ stimmt nicht

26. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen

1. ☐ stimmt genau
2. ☐ stimmt eher
3. ☐ stimmt kaum
4. ☐ stimmt nicht

27. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.

1. ☐ stimmt genau
2. ☐ stimmt eher
3. ☐ stimmt kaum
4. ☐ stimmt nicht

28. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit diesen zurechtkommen kann.

1. ☐ stimmt genau
2. ☐ stimmt eher
3. ☐ stimmt kaum
4. ☐ stimmt nicht

29. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.

1. ☐ stimmt genau
2. ☐ stimmt eher
3. ☐ stimmt kaum
4. ☐ stimmt nicht

30. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.

1. ☐ stimmt genau
2. ☐ stimmt eher
3. ☐ stimmt kaum
4. ☐ stimmt nicht

31. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden

1. ☐ stimmt genau
2. ☐ stimmt eher
3. ☐ stimmt kaum
4. ☐ stimmt nicht

32. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.

1. ☐ stimmt genau
2. ☐ stimmt eher
3. ☐ stimmt kaum
4. ☐ stimmt nicht

28. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

1. ☐ stimmt genau
2. ☐ stimmt eher
3. ☐ stimmt kaum
4. ☐ stimmt nicht

Jetzt Sind Sie fertig – ich danke Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit!

Anhang 06

Katamnese-Interview

Lieber Frau/Herr _____!

Sie haben vor einigen Monaten an vier Workshops zum Thema Suchtprävention am Arbeitsplatz „Die Führungskraft als Krisenmanager“ teilgenommen. Mit den folgenden Fragen möchte ich erfahren, ob Sie die Trainingsinhalte auf irgendeine Art und Weise in Ihren Arbeitsalltag transferieren konnten und wie hoch Sie Ihren persönlichen Nutzen einschätzen.

1. Durch die Teilnahme an den Führungstrainings habe ich mehr innere Sicherheit gewonnen, um Mitarbeiter anzusprechen.

- 1. ☐ Ja
- 2. ☐ Meistens
- 3. ☐ Noch nicht ausreichend
- 4. ☐ Nein

2. Meine Wahrnehmung wurde sensibilisiert, so dass ich Veränderungen in der Arbeitsleistung oder dem Sozialverhalten/Kommunikation von Mitarbeitern registriere.

- 1. ☐ Ja, insgesamt sensibilisierte Wahrnehmung
- 2. ☐ Ja, in bezug auf die Arbeitsleistung
- 3. ☐ Ja, in bezug auf das Sozialverhalten/Kommunikation
- 4. ☐ Nein

3. Ich verfüge über ausreichend Fachwissen, um kompetent mit alkohol-/ suchtgefährdeten Kollegen/Mitarbeitern umzugehen.

- 1. ☐ Ja
- 2. ☐ Über Alkohol weiß ich genug
- 3. ☐ Über die anderen Süchte habe ich genug Wissen
- 4. ☐ Nein

4. Die erhaltenen Informationen aus dem Bereich Arbeitsrecht ermöglichen mir, die jeweils nächsten Schritte im Vorgehen mit einer/m Betroffenen zu bestimmen.

- 1. ☐ Ja
- 2. ☐ Ziemlich
- 3. ☐ Manchmal
- 4. ☐ Nein

5. Mir sind die Auswirkungen der Symptome suchterkrankter Mitarbeiter auf betriebliche Abläufe bekannt.

- 1. ☐ Ja
- 2. ☐ Ziemlich
- 3. ☐ Nicht ausreichend
- 4. ☐ Nein

6. Die betrieblichen Regularien der ASV AG sind mir präsent.

- 1. ☐ Ja
- 2. ☐ Größtenteils
- 3. ☐ Ausschnittsweise
- 4. ☐ Nein

7. Ein Mitarbeitergespräch habe ich bereits geführt.

- 1. ☐ Ja
- 2. ☐ Ist in konkreter Planung
- 3. ☐ Es gäbe Anlaß, aber ich traue mich nicht
- 4. ☐ Nein

8. Seit Ende des Trainings, habe ich - aufgrund wahrgenommener Veränderungen - das Gespräch mit _____ (Anzahl) Mitarbeitern geführt.

9. Ich skizziere kurz den Verlauf eines Gespräches (Auslöser, Inhalte, Konsequenz)

10. Mir fällt es jetzt leichter, Gespräche mit Betroffenen zu führen.

- 1. ☐ Ja
- 2. ☐ Meistens
- 3. ☐ Eher nicht
- 4. ☐ Nein

Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung und Mühe.

Dipl.-Psych. Susanne Wilcken