

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Ludwig – Maximilians – Universität München  
Direktor: Prof. Dr. med. H.- J. Möller

Thema der Dissertation:

Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum  
im betrieblichen Kontext einer Rehabilitationsklinik

Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung als Datenbasis  
für die Konzeption eines Präventionsprogramms

Dissertation

Zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig – Maximilians – Universität zu München

vorgelegt von

Matthias Ennenbach

Diplom Psychologe

Appr. Psychotherapeut

aus Bielefeld

2006

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter	Prof. Dr. M. Soyka
Mitberichterstatter	Prof. Dr. Th. Gilg Priv. Doz. Dr. P. Angerer
Dekan	Prof. Dr. D. Reinhardt
Tag der mündlichen Prüfung:	12.05.2006

## **Danksagung:**

Ich möchte folgenden Personen recht herzlich für ihre Unterstützung, Kooperation und Inspiration danken:

Professor Dr. M. Soyka als Doktorvater, Universitätsklinikum München und Privatklinik CH-Meiringen

Professor Dr. G. Klein, Ärztl. Direktor Höhenried

Hr. A. Schäfer, Geschäftsführer Klinik Höhenried

Den Damen und Herren der Klinikleitung Klinik Höhenried

Den Damen und Herren des Betriebsrates der Klinik, Vorsitzende Fr. E. Rind-Schmidt

Dr. R. Finke, Klinik Höhenried

Hr. Prochaska, Geschäftsführung Klinik Höhenried

Fr. E. Ruf, Diplom Psychologin

Herr Schleich, Verwaltung Höhenried

Alle Beschäftigte des Klinikums für die Fragebogenerhebung

Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum  
im betrieblichen Kontext einer Rehabilitationsklinik

Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung als Datenbasis  
für die Konzeption eines Präventionsprogramms  
Von Dipl. Psych. Matthias Ennenbach, Appr. Psychotherapeut

**Inhalt**

	<u>Seite</u>
1. Einleitung	7
2. Theorie	
2 A: Grundlagen zum Thema Alkoholismus	11
2.1 Phänomenologie und Diagnosekriterien	11
2.2 Zur Epidemiologie des Alkoholkonsums und des Alkoholismus	28
2.3 Die Ätiologie des Alkoholismus	38
2.4 Ein kurzer Historischer Rückblick	59
2.5 Die Alkoholwirkung auf den menschlichen Organismus	61
2.6 Interventionsmöglichkeiten	74
2.7 Exkurs: Nikotin, Medikamente und Alkohol	82
2 B: Grundlagen zum Thema Alkoholismus im betrieblichen Kontext	90
2.8 Alkohol am Arbeitsplatz	90
2.9 Die Epidemiologie des Alkoholkonsums am Arbeitsplatz	96
2.10 Ein kurzer historischer Rückblick	100
2.11 Die betriebswirtschaftlichen Aspekte des Alkoholkonsums	100
2.12 Gesetzliche Regelungen	103
2.13 Umgang mit alkoholkranken Beschäftigten	105
2.14 Die betrieblichen Alkoholpräventionsprogramme	113
2 C: Der Untersuchungsgegenstand	127
2.15 Die Klinik Höhenried	127
2.16 Die Beschäftigten der Klinik als Probanden	128
2.17 Suchtmittel im Klinikalltag – Erfahrungswerte	131
2.18 Aktueller Stand der Alkoholismusprävention in der Klinik	134
2.19 Der Suchtbeauftragte	135

2.20	Die Dienstvereinbarung	136
2.21	Das Genehmigungsverfahren für die Studie	137
2.22	Die Vorbereitung der Stichprobe	137

### 3. Methodik

	Die Studie	138
3.1	Das Grundkonzept	138
3.2	Thematische Hintergrund	139
3.3	Die Hypothesen	141
3.4	Spezifika der Datenerhebung von Alkoholkonsum	144
3.5	Die Messinstrumente	145
3.6	Die Datenerhebung	152
3.7	Statistische Verfahren	152

### 4. Ergebnisse

	Die Ergebnisdarstellung	153
	H0-01-Testung: Die Kooperationsbereitschaft der Probanden	154
	H0-02-Testung: Die Kooperationsbereitschaft bzgl. Geschlecht, Alter, u.a.	155
	H0-03-Testung: Der Alkoholkonsum im Klinikum	158
	H0-04-Testung: Weitere Merkmalshäufigkeiten (Nikotin, Beschwerden, etc)	163
	H0-05-Testung: Zusammenhänge: Alkohol und andere Merkmale	173
	H0-06-Testung: Zusammenhänge: Alkohol und Alter	187
	H0-07-Testung: Zusammenhänge: Alkohol und Arbeitsplatz	189
	H0-08-Testung: Zusammenhänge: Beschwerden und andere Merkmale	190
	H0-09-Testung: Zusammenhänge: Beschwerden und Arbeitsplatz	195
	H0-10-Testung: Zusammenhänge: Nikotin und andere Merkmale	197
	H0-11-Testung: Zusammenhänge: Nikotin und Arbeitsplatz, u.a.	198
	H0-12-Testung: Zusammenhänge: Nikotin und Alter	199
	H0-13-Testung: Zusammenhänge: Zufriedenheit und andere Merkmale	200
	H0-14-Testung: Zusammenhänge: Zufriedenheit und Arbeitsplatz, u.a.	208
	H0-15-Testung: Zusammenhänge: Medikamente und andere Merkmale	209
	H0-16-Testung: Zusammenhänge: Essstörungen und andere Merkmale	211
	H0-17-Testung: Zusammenhänge: Essstörungen und Arbeitsplatz, u.a.	213
	H0-18-Testung: Zusammenhänge: Therapiewunsch und andere Merkmale	213
	H0-19-Testung: Zusammenhänge: Therapiewunsch und Arbeitsplatz, Alter	214
	H0-20-Testung: Zusammenhänge: soziale Integration und Alkoholismus	215
	H0-21-Testung: Zusammenhänge: soziale Integration und Arbeitsplatz, u.a.	215
	H0-22-Testung: Cluster und Profile	216

### 5. Diskussion

	Zur Kooperation und Offenheit	239
	Die Merkmalsausprägungen	240
	Alkoholismus	240
	Die Probanden mit erhöhten Alkoholismuswerten	243
	Das Alkoholismusmodell Nr. 1	244
	Das Alkoholismusmodell Nr. 2	245
	Die psychischen und somatischen Beschwerden	249
	Die Nikotinabhängigkeit	251
	Der Tablettenkonsum	252
	Die Essstörungen	254

Die berufliche Zufriedenheit	255
Die Therapiemotivation	255
Der Arbeitsplatz	256
Ein generelles Fazit	258
6. Das Alkoholpräventionsprogramm für die Klinik Höhenried	259
Das Alkoholpräventionsprogramm für die Klinik Höhenried	260
Zu den 3 Kernelementen moderner betrieblicher Präventionsprogramme	261
Besonderheiten für die spezifische Arbeitsumwelt des Klinikkontextes	264
Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung setzen die Schwerpunkte	265
7. Ausblicke	268
8. Zusammenfassung	270
Anhang	273
Anschreiben für die Probanden	274
Der Fragebogen der Erhebung (4 Seiten)	275
Adressen und Adressbücher für Suchtberatung und -therapie	280
Dienstvereinbarung „Sucht“	281
Literatur	282
Lebenslauf	301

# 1. Einleitung

Die Thematik der vorliegenden Studie bezieht sich auf die Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum im betrieblichen Kontext einer Rehabilitationsklinik vor der Implementierung eines wissenschaftlich fundierten Präventions- und Interventionsprogramms.

Das Ziel der Studie ist also eine möglichst umfassende und sichere Bestandsaufnahme der alkoholismusgefährdeten Beschäftigten der Klinik zu erstellen.

Da dies im Hinblick auf die Konzeption eines Alkoholpräventionsprogramms geschieht, werden parallel neben der Erhebung der Alkoholismusausprägung auch relevante andere Daten, wie z.B. Nikotinabhängigkeit, psychische und somatische Beschwerden, Medikamentenkonsum, Essstörungen, Kooperationsbereitschaft, Offenheit und soziodemografische Daten, abgefragt.

Eine Studie, die derartige Merkmale zu erfassen versucht, muss sich mit der speziellen, zugrunde liegenden Dynamik beschäftigen. Damit ist der Spannungsbogen gemeint, der sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene besteht, wenn z.B. Themen, wie Alkoholismus, Nikotinabhängigkeit, Medikamentenkonsum, Essstörungen, psychische und körperliche Beschwerden, etc., in den Blickpunkt geraten.

In unserem Kulturkreis werden diese Themen als sehr persönliche, intime Probleme angesehen, die vor einer öffentlichen Transparenz zu schützen sind. Eine Datenerhebung, die sich einer derartigen Thematik annimmt, muss sich dieser Problematik stellen.

Ein weiterer Aspekt besteht darin, dass es sich um ein Thema (Alkoholkonsum) handelt, das zugleich Lust und Leid verursacht und damit quasi zwangsweise scheinbar unvereinbare Standpunkte und Herangehensweisen erzeugt.

Die Ambivalenzen auf der gesellschaftlichen Ebene sind systemisch mit denen auf der individuellen Ebene verknüpft. Die gesellschaftliche Ächtung und die damit verbundenen Schuld- und Schamgefühle der Betroffenen, hat auf Studien, die sich mit dem Thema auseinandersetzen, einen erheblichen Einfluss. Zur Konsolidierung der psychischen Stabilität und zur Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühles entwickeln Menschen, und insbesondere gefährdete Menschen, diverse psychologische Abwehrmechanismen, wie z.B. Verdrängung, Verleugnung, und Bagatellisierung. Eine Besonderheit dieser psychischen Abwehrressourcen ist die Tatsache, dass sie in der Regel unbewusst ablaufen und daher dem Individuum nicht, oder nur zum Teil bewusst zugänglich sind. Die Auswirkungen, z.B. auf eine wissenschaftliche Datenerhebung, sind dementsprechend beachtenswert.

Das die dargestellte Dynamik und Problematik insbesondere für den „Helfenden Berufsstand“, also das Klinikpersonal zutrifft, wird im Theorieteil der Studie beschrieben.

Des Weiteren wird dokumentiert, dass Studien, die den Gesundheitszustand von Klinikpersonal evaluiert, bislang das Suchtverhalten ausklammerten.

Die Maßstäbe zur Bewertung von Alkoholismus sind anscheinend auch berufsgruppenabhängig. Im Theorieteil der Studie wird dokumentiert, warum das Thema für die helfenden Berufe stärker tabuisiert zu sein scheint, als es in anderen Berufsgruppen der Fall ist.

Die Problematik des Alkoholismus lässt sich sehr weit in der Kulturgeschichte zurückverfolgen und scheint bis in die Gegenwart nicht Aktualität eingebüßt zu haben.

Die erheblichen Bemühungen im Kampf gegen den Alkoholismus sind sowohl von langer Tradition, als auch in der Umsetzung vielfältig und aufwendig. Trotzdem wirkt eine aktuelle Bestandaufnahme der Fakten und Zahlen zum Thema Alkoholsucht, als hätte es diese enormen Bemühungen nicht gegeben. Die Eigendynamik scheint auf gesellschaftlicher Ebene weitgehend resistent gegenüber äußeren Einflüssen zu sein. Zwar hat es in den letzten Jahren eine leicht rückläufige Konsumtendenz gegeben, trotzdem kann dieser Sachverhalt nur als Schwankung auf einem sehr hohen Konsumniveau bezeichnet werden. Natürlich lässt sich nicht bestimmen, wie die gegenwärtige Situation ohne die diversen Bemühungen aussehen würde. Aber von einer erfolgreichen Intervention, im Sinne einer deutlich spürbaren Dezimierung der behandlungsbedürftigen Suchtkrankungen und der erheblich größeren Anzahl von Betroffenen, die Substanzmissbrauch betreiben, kann keine Rede sein.

Alkoholabhängigkeit wurde von der Weltgesundheitsorganisation WHO 1952 erstmals als Krankheit anerkannt. Grundlage des Krankheitskonzeptes der WHO bildeten die Arbeiten des amerikanischen Arztes und Sozialforschers E. M. Jellinek. In Deutschland ist der Alkoholismus zwar seit 1968, also mittlerweile seit mehr als 35 Jahren als Krankheit gesetzlich anerkannt, dass bedeutet u.a., dass die Finanzierung der Behandlungen von Abhängigkeitserkrankungen durch die Krankenkassen und durch die Rentenversicherungsträger gesetzlich festgelegt ist. Von einer gleichwertigen allgemeinen gesellschaftlichen Akzeptanz in Relation zu anderen chronischen Erkrankungen kann aber noch immer keine Rede sein.

Dass süchtiges Verhalten weitgehend ein bildungs-, geschlechts- und schichten-übergreifendes Phänomen ist, wird wohl heute niemand mehr in Frage stellen. Auch wird / sollte man niemanden eine (Alkohol-) Erkrankung vorwerfen. Wohl aber lässt sich die kritische Frage anbringen, warum ein Betroffener keine, oder über eine sehr lange Zeit hinweg, keine der zahlreichen therapeutischen Hilfen in Anspruch genommen hat.

Das Spektrum suchtbezogenen Verhaltens und die Optionen für Substanzen und Objekte der Sucht erscheinen vielfältig und in einer quasi permanenten Verfügbarkeit. Zu den populärsten Varianten zählen z.B. die Sucht nach Alkohol, Nikotin, Medikamenten, harter und weicher Drogen, aber auch nach Sport, Fernsehen, Internet, Essen, Sex, Arbeit, Shopping, Statussymbolen, Macht, Anerkennung, etc. Da die Obsessionen natürlich auch noch kombinierbar sind, erscheint die Situation fast

unüberschaubar. Jede Form von Substanz- oder Objekt(miss)gebrauch und Abhängigkeit weist einen eigenen Modus auf, eine spezifische Eigendynamik, eine unterschiedlich hohe Auftretenshäufigkeit, aber es lassen sich natürlich charakteristische Grundzüge feststellen, die allen Süchten gemein sind.

Da der Begriff Sucht sehr inflationär umgangssprachlich benutzt wird, rät die Weltgesundheitsorganisation (WHO) generell im Zusammenhang mit der Einnahme psychotroper Substanzen, also auch bzgl. Alkohol, dem Terminus Sucht nicht mehr zu verwenden.

Alkohol gehört in unserer Kultur zum gesamtgesellschaftlichen Leben und wird von der Majorität als Genussmittel geschätzt. Der Konsum ist allerdings entweder wenig konsequent oder ambivalent geregelt (entritualisiert). Die Spannbreite zwischen dem genusslichen und dem pathologischen Konsum ist sehr weit gefächert. Das ergibt einen dynamischen Spannungsbogen, innerhalb dessen es selbst den Experten oft schwerfällt die notwendigen Klassifizierungen zu treffen.

Von den meisten Menschen wird der Alkoholgenuss mit vielen positiven Erfahrungen assoziiert. Auch wenn im weiteren Verlauf dieser Arbeit viele kritische und z.T. auch katastrophale Fakten bzgl. des Alkoholismus evaluiert und dokumentiert werden, so sollten diese Informationen nicht als Abstinenzapelle oder als generelle Kampfansagen gegen den Alkoholkonsum missverstanden werden.

Die basale Prämisse einer effektiven Intervention ist eine möglichst exakte Problemanalyse bzw. Diagnose.

Dementsprechend liegt der Schwerpunkt dieser Studie bei der Durchführung der Datenerhebung und der Ergebnisauswertung. Der Begriff Transparenzstudie vermittelt vielleicht am besten das Motiv, eine möglichst umfassende und sichere Bestandsaufnahme der alkoholismusgefährdeten Beschäftigten der Klinik zu gewährleisten.

Aus der Vielzahl der thematischen Optionen, wurde das Thema pathogener Alkoholkonsum in der Arbeitsumwelt einer Reha-Klinik gewählt, da diese Thematik den Hauptaufgabenbereich des Versuchsleiters (Suchtbeauftragter der LVA in Oberbayern für die Klinik Höhenried am Starnberger See) darstellt.

In Relation zu anderen Suchtmitteln (Nikotin, Medikamente, Drogen), steht der Alkoholkonsum an erster Stelle der suchtspezifischen Auffälligkeiten im Klinikum.

Der Alkoholkonsum im Betrieb wird in seiner ganzen Bandbreite im Blickpunkt dieser Studie stehen, da die multiplen negativen Auswirkungen von Alkoholkonsum nicht alleine auf die relative Minderheit der Alkoholkranken rückführbar ist.

Neben der relativ kleinen Anzahl der Alkoholkranken, steht eine sehr viel größere Zahl von Beschäftigten, deren Konsum ein breites Spektrum, mit den entsprechenden negativen Effekten, ausweist.

Dementsprechend konzentriert sich die Studie inhaltlich auf die Identifikation einer größeren, weitgefächerten Gruppe von alkoholauffälligen Beschäftigten und *nicht* auf die Identifikation und Diagnostik von Alkoholabhängigen.

Die Entwicklung und Konzeption dieser Arbeit baut sich systematisch auf und stützt sich auf 4 basale Bereiche:

- Theorie: Die Darstellung der relevanten Fakten zum Thema Alkoholismus und die spezifischen Aspekte des Alkoholismus im betrieblichen Kontext.
- Methodik: Die Beschreibung der Studie (Kontext, Hintergrund, Anliegen, Hypothesen, Verfahrensweisen, Statistische Verfahren)
- Darstellung der Ergebnisse: Die Darstellung der Forschungsergebnisse und dessen kritische Diskussion.
- Darstellung des Präventiv-Programms: Die Beschreibung des Alkoholpräventionsprogramms, die sowohl Erfahrungswerte aus der Praxis, als auch die Ergebnisse der vorliegenden Transparenzstudie einbezieht.

Im Theorieteil der vorliegenden Arbeit werden die relevanten Fakten zum Thema Alkoholismus dargestellt, um einen fundierten Überblick zu gewährleisten. Es erfolgt die Fokussierung der Alkoholthematik auf den betrieblichen Kontext. In diesem Kapitel wird u.a. die Relevanz der Intervention verdeutlicht.

Desweiteren wird der Kontext der Studie dargestellt: Die Spezifika des Untersuchungsfeldes, die Stichprobe und Vorbereitung der Datenerhebung.

Im Methodenteil werden das Grundkonzept der Studie, die Hypothesen, die verwendeten Screeningverfahren und die statistischen Auswertungsverfahren beschrieben.

Danach erfolgt die Ergebnisdarstellung und die kritische Diskussion der Ergebnisse. Diese werden als Datenbasis für die Konzeption eines Präventivprogramms dienen. Dessen Konzeption nach der Ergebnisdiskussion beschrieben wird.

Zum Abschluss werden Erfahrungswerte und Ausblicke diskutiert.

Anmerkung:

Ausschließlich aus Gründen der Vereinfachung wurde auf Doppelnennungen der Geschlechter (z.B.: Raucher / Raucherinnen ) verzichtet und entweder die neutrale oder kürzere männliche Form genutzt.

## 2. Theorie

### 2 A: Grundlagen zum Thema Alkoholismus

Die Thematik des Alkoholkonsums ist nach Jahrhunderten europäischer Kulturgeschichte und Jahrzehnten der Forschung sehr reichhaltig dokumentiert. Dementsprechend wird kein Anspruch auf eine lückenlose, vollständige Gesamtübersicht erhoben. Dieses Kapitel dient der spezifischeren Einführung in das Thema der vorliegenden Arbeit. Es werden Fakten benannt, die einen authentischen, aktuellen Eindruck der Thematik und die Relevanz der vorliegenden Studie vermitteln sollen.

#### 2.1. Phänomenologie und Diagnosekriterien

Der erste Schritt ist sinnvoller Weise immer eine Begriffsbestimmung der relevanten Termini. In diesem Fall, Begriffe, wie Alkoholgebrauch, -konsum, -missbrauch, -abhängigkeit. Darüber hinaus stellt sich auch die Frage nach der Kohärenz der Konstrukte. Die naive Vorstellung wäre eine sukzessive Steigerung des Substanzkonsums bei gleichzeitig zunehmendem Kontrollverlust.

Im Kontext der Überlegungen zum Verlauf und Erscheinungsbild des Alkoholismus, liegt die Frage nach einem eventuellen zwangsläufigen Prozessablauf nahe. Daraus ergeben sich praxisrelevante Aspekte, wie z.B. die Frage, ob aus einem Alkoholmissbrauch, ohne Intervention, hochwahrscheinlich eine Alkoholabhängigkeit wird. Sicherlich ist auch ein chronischer Alkoholmissbrauch, der nie zur Abhängigkeit führt, denkbar.

Die Begriffsbestimmungen und Definitionen anhand der Klassifikationssysteme sollten zur Klärung beitragen (S.22 f.).

Der Alkohol, der in den alkoholischen Getränken enthalten ist, (Ethylalkohol (Ethanol)  $C_2H_5OH$ ) ist eine farblose, klare, brennend schmeckende und leicht entzündbare Flüssigkeit, die wasserlöslich ist. Die Dichte (0,789) ist für die Berechnung der Konsumgrenzwerte von Milliliter in Gramm entscheidend (S.15).

Der übliche Alkoholgebrauch oder -konsum bezeichnet ein Trinkverhalten in Menge und Häufigkeit unter dem Risikolimit für alkoholbedingte Folgeschäden. Die Grenzwerte werden in diesem Kapitel dargestellt. (S.15f.). Für die klinische Diagnostik des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit haben die statistischen Konsumgrenzwerte interessanterweise keinerlei Bedeutung. Es ist zu beachten, dass Menschen regelmäßig oder gelegentlich die Alkoholgrenzwerte

überschreiten und auch z.T. mit katastrophalen Folgen (Alkoholvergiftungen, Verkehrs- und Arbeitsunfälle, Führerscheinentzug, etc.), damit aber, nach den diagnostischen Leitlinien (S.22f.), nicht zwingend für jeden Diagnostiker einen Alkoholmissbrauch betreiben, oder gar eine Alkoholabhängigkeit aufweisen müssen. Das bedeutet, dass die Trinkmenge kein diagnostisches Indiz darstellt. Eine aktuelle süddeutsche Langzeitstudie kann dieses Verständnis empirisch belegen (Holly & Wittchen, 1998. Weitere Details in diesem Kapitel)

### **Alkoholismustypologien**

Da das abhängige Trinkmuster in der Regel sowohl einer individuellen, einer gesellschaftlichen, als auch einer suchtspezifischen Dynamik folgt (Kielholz & Ladewig 1972), wirkt das beobachtbare Verhaltensspektrum dementsprechend komplex. Als Konsequenz daraus folgten Strukturierungsversuche, die bis in die sechziger Jahre zurückgehen. Die zentrale Frage bei der Entwicklung von Alkoholismustypologien war: Worin unterscheiden sich abhängige Trinkmuster voneinander, wo sind ihre Gemeinsamkeiten ?

Die wohl bekannteste Alkoholismustypologie wurde von Jellinek (1960) veröffentlicht:

#### **Alkoholismustypologie nach Jellinek:**

Alpha-Typ:	Problem-, Erleichterungs- und Konfliktrinker, nur psychische Abhängigkeit, kein Kontrollverlust, Abstinenzfähigkeit vorhanden
Beta-Typ:	Gelegenheitstrinker, weder psychische noch physische Abhängigkeit, kein Kontrollverlust
Gamma-Typ:	Süchtiger Trinker, psychische und physische Abhängigkeit, Kontrollverlust.
Delta-Typ:	„Spiegeltrinker“, kontinuierlicher täglicher Konsum, physische Abhängigkeit, kein Kontrollverlust, keine Abstinenzfähigkeit
Epsilon-Typ:	Episodischer Trinker, „Quartalssäufer“, psychische Abhängigkeit, Kontrollverlust, Abstinenzfähigkeit

Die Differenzierung zwischen dem Gamma- und dem Delta-Alkoholismus sind am deutlichsten abgesichert (Feuerlein 1999).

Die Differenzen zwischen der psychischen und der physischen Abhängigkeit sind oftmals schwer zu verifizieren. Schneider (1998) schreibt: „Von körperlicher Abhängigkeit spricht man meistens erst dann, wenn Entzugserscheinungen auftreten. Tatsächlich beginnt die Veränderung des Stoffwechsels und der biochemischen Abläufe im Gehirn aber schon viel früher, weshalb auch die Trennung von körperlicher und seelischer Abhängigkeit recht künstlich ist.“ Die Gleichsetzung von Hirnstoffwechsellätigkeiten mit seelischen Vorgängen ist zwar zweifelhaft, aber die neurologischen Befunde (Rüegg, 2003) verdeutlichen die Verquickung von psychonervösen und physiologischen Tätigkeiten.

Jellinek entwickelte die dargestellte Alkoholismustypologie auf Grund von selektiven Stichproben freiwilliger Mitglieder der Anonymen Alkoholiker in den USA. Kryspin-Exner (1994) konnte zeigen, dass das Trinkmuster, und damit die Typologisierung, über längere Zeiträume hinweg nicht konstant bleibt. Jellinek war sehr bemüht, dem Krankheitsverlauf des Alkoholismus eine Struktur zu geben (Feuerlein 1989). Die nachfolgende Forschung zeigte z.T. widersprüchliche Ergebnisse. Süß (1988) veröffentlichte eine zusammenfassende, kritische Auseinandersetzung zu den Alkoholismuskonzepten von Jellinek.

In der Literatur werden weitere Alkoholismustypologien beschrieben. Sowohl Soyka (1997) als auch Feuerlein (1999) heben die Typologien von Cloninger et al. (1981) und von Babor et al. (1992) hervor.

**Die Typologie von Cloninger et al. (1981)** zeichnet sich grundsätzlich dadurch aus, dass der Typ II als die schwerere Alkoholismusform mit der negativeren Prognose angesehen wird.

Das Alkoholabhängigkeitsmuster bei dem Typ I ist mehr von Umwelteinflüssen bestimmt. Der Typ II wird als genetisch determiniert beschrieben. (Tabelle 2.1.) Der Typ I weist einen späteren Beginn der Suchtentwicklung auf, etwa ab dem 25. Lebensjahr, als der Typ II, dessen Suchtbeginn vor dem 25. Lebensjahr angesetzt wird.

Typ I	Typ II
später Beginn: ab 25 Lj.	früher Beginn: vor 25 Lj.
leichterer Verlauf	schwerer Verlauf
beide Geschlechter	Männer
eher Umweltbedingt	hereditäre Faktoren
Hohe reward dependence	Wenig reward dependence
Hohe harm avoidance	Wenig harm avoidance
Wenig sensation seeking	Hohes sensation seeking

Tabelle 2.1.

Des Weiteren unterscheiden sich die beiden Typen I und II dadurch, dass in der Kategorie Typ II hauptsächlich Männer anzutreffen sind, die ein höheres Risikoverhalten zeigen (wenig harm avoidance, hohes sensation seeking)

Lindenmeyer (1999) definiert den Typ II als psychopathologischen und Typ I als neurotischen Subtyp und bestätigt damit die Einschätzung des unterschiedlichen Schweregrades zwischen den Typen.

**Die Typologie nach Babor (1992)** zeichnet sich ebenfalls durch zwei Typen aus. Der Typ A zeigt einen späteren Beginn der Alkoholsucht (30. Bis 40. Lebensjahr), mit weniger Risikofaktoren und Folgeschäden. Der Typ B fällt durch einen früheren Beginn der Sucht auf (vor dem 21. Lebensjahr), mit mehr Risikofaktoren und Folgeschäden. Babor (1992) prognostiziert für den Typ A bessere Therapieerfolge. (Siehe auch Familienstudien S. 54)

Das frühe Alkoholerfahrungen mit einem späteren intensiveren Konsummuster korrespondieren, berichtet auch Teusch (1980).

Bei einem relativ frühen Konsum von alkoholischen Getränken steigt das Risiko für gesundheitliche Folgeschäden, Beeinträchtigungen und Auffälligkeiten (Nordlohne, 1992).

Berger & Legnaro (1980) haben eine Typologie des Trinkverhaltens speziell für Jugendliche entwickelt:

#### **Typologie für jugendliche Konsumenten, nach Berger & Legnaro (1980):**

Typ 1 „Der isolationistische Rückzug“ beginnt mit gemeinsamem Trinken in der peer-group. Im weiteren Verlauf kommt es zu Rückzugsimpulsen des Betroffenen, sodass psychosoziale Kompetenzen nur labil ausgebildet werden.

Typ 2 „Die Darstellung öffentlicher Einsamkeit“. Jugendliche mit diesem Muster suchen / haben nur oberflächliche Kontakte. Der Konsum scheint wichtiger als die sozialen Bindungen.

Typ 3 „Das hilflos - anhängliche Mädchen“ stellt mit einem eher weiblichen Rollenmuster den Gegensatz zum Typ 2 dar. Hier dient der Konsum den sozialen Aspekten und den Anpassungsimpulsen.

Typ 4 „Der wilde junge Mann“. Der Alkoholkonsum dient der Selbstdarstellung und den Selbstbehauptungsimpulsen.

Auf die Relevanz von jugendlichem Alkoholismus wird im weiteren Verlauf der Studie, insbesondere im Rahmen der Ergebnisanalyse noch eingegangen.

Nach der Darstellung von Alkoholismustypologien, folgt die Schilderung eines Verlaufsmodells des Alkoholismus. Das bekannteste Verlaufsmodell stammt aus dem Jahr 1952 und wurde von Jellinek entwickelt, indem 42 Symptome den Phasen 2 bis 4 zugeordnet wurden.

#### **Verlaufsphasen des Alkoholismus nach Jellinek:**

- 1) Präalkoholische Phase: bis zu 2 Jahren
- 2) Prodromalphase: 6 Monate bis 2 Jahre
- 3) Kritische Phase: (keine Zeitangabe)
- 4) Chronische Phase: (keine Zeitangabe)

Der Wunsch, ein vorhandenes, ernsthaftes Problem, wie den Alkoholismus klassifizieren zu können und darüber hinaus auch die Entwicklungsverläufe erkennen zu können, ist nahe liegend.

Dieses Phasenmodell wurde im Laufe der Jahrzehnte gut evaluiert und erhielt ernste Kritik. Z.B. zeigten sich einige Symptome nicht chronologisch aufeinanderfolgend, sondern z.T. auch zeitgleich. (Park & Whitehead 1973)

Eine kritische Auseinandersetzung mit Verlaufs- bzw. Genesemodellen, befindet sich im Kapitel 2.3.

## **Grenzwerte des Alkoholkonsums und diagnostische Kriterien**

Die an Fachleute oft gestellte Frage: „Wieviel Alkohol darf ich konsumieren, ohne mit Folgeschäden rechnen zu müssen?“, ist leider nicht generell beantwortbar.

Es gibt keine allgemeingültigen, für jeden Menschen zutreffenden Grenzwerte. Als Einflussfaktoren wirken das Körpergewicht, die individuelle Verträglichkeit, die ethnische Abstammung, die Geschlechtszugehörigkeit, das Alter, der Gesundheitsstatus, um nur die wichtigsten zu nennen. Dementsprechend sind die angegebenen Grenzwerte nicht als allgemeingültige Empfehlungen zu betrachten.

Die Komplexität ist vielleicht ein Faktor, weshalb es in der Literatur nicht den Grenzwert gibt (S. 17), sondern in Abhängigkeit von Autor und Studie relativ unterschiedliche. Die verschiedenen Autoren und ihre Grenzwertempfehlungen werden im weiteren Verlauf kurz dargestellt, um zu verdeutlichen, wie differenziert das Thema Grenzwerte zu betrachten ist.

### **Exkurs zu den Maßeinheiten des Ethanol**

In der Literatur werden die Konsumgrenzwerte für reinen Alkohol (Ethanol) nicht wie die alkoholische Getränke in Liter, bzw. Milliliter (ml) angegeben, sondern in der Maßeinheit Gramm (g). Dabei ist zu beachten, dass Ethanol eine geringere Dichte als Wasser aufweist, nämlich 0,789. Dieser Wert wird meist auf 0,8 aufgerundet. Beispielsweise entspricht 50 ml Ethanol umgerechnet 40 g Ethanol.

Feuerlein (1999) versucht in seinem Buch „Alkoholismus“ eine Definition der Konsumgrenzwerte wie folgt: „Für (gesunde) Erwachsene (mittleren Lebensalters) unterscheidet man neuerdings (für den Durchschnittsverbrauch) zwischen einem „Harmlosigkeitsgrenzwert“ und einem „Gefährdungsgrenzwert“ (in Gramm (g) reinen Alkohol (RA) pro Tag):

Harmlosigkeitsgrenzwert: Männer 24 g, Frauen 16 g

Gefährdungsgrenzwert: Männer 60 g, Frauen 40 g“

Diese Werte sind statistische Durchschnittswerte, sie besagen, dass bei einem Konsum unterhalb des Harmlosigkeitswertes hochwahrscheinlich nicht mit alkoholbedingten körperlichen Folgeschäden zu rechnen ist, während beim Überschreiten des Gefährdungsgrenzwertes die Gefahr der körperlichen Folgeschäden wahrscheinlich ist. Wobei ein konstanter, grenzwertiger Konsum als gefährlicher für die körperliche Gesundheit von Feuerlein eingestuft wird, als ein unregelmäßiger Konsum. Der unregelmäßige Konsum sollte aber nicht bagatellisiert werden, da die möglichen und tatsächlichen psychischen und sozialen Schäden, wie z.B. Unfallgefahren im beruflichen Kontext oder im Straßenverkehr, sich immer wieder als traurige Realität in den Statistiken wiederfinden.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat durchschnittliche Konsumgrenzwerte veröffentlicht. Sie empfiehlt einen Grenzwert von 40 g reinen Alkohol (RA) für Männer und 20 g RA für Frauen pro

Tag. Die geringere statistische Alkoholverträglichkeit bei Frauen ist damit begründet, dass Frauen durchschnittlich weniger Körpermasse besitzen und der Wasser-Fett-Anteil im Körper von Männern und Frauen unterschiedlich ist. Darüber hinaus produziert der männliche Organismus mehr von dem Enzym Alkoholdehydrogenase (ADH), das den Alkohol im Magen abbaut, bevor er in die Blutbahn aufgenommen wird. (Siehe Kapitel 2.5. S. 61f.)

Die British Medical Association (BMA) veröffentlichte (1995) die Grenzwerte für risikoarmen Alkoholgebrauch. Das Limit lag für Männer bei 30 g und für Frauen bei 20 g RA pro Tag. Damit empfiehlt das BMA, im Vergleich zur WHO, einen geringeren Grenzwert für Männer und einen identischen Grenzwert für Frauen.

Bühringer et al. (2000) schlagen folgende Einteilung des Alkoholkonsums vor:		
- Abstinenz		
- risikoarmen Konsum	(Männer: > 0g bis 30 g,	Frauen: > 0 bis 20 g)
- riskanten Konsum	(Männer: > 30g bis 60 g,	Frauen: > 20 bis 40 g)
- gefährlichen Konsum	(Männer: > 60g bis 120 g,	Frauen: > 40 bis 80 g)
- Hochkonsum	(Männer: > 120 g,	Frauen: > 80 g)

Auch Bühringer empfiehlt, im Vergleich zur WHO, einen geringeren Grenzwert für Männer (> 30 g).

Die Landesstelle für Landwirtschaftliche Marktkunde veröffentlichte (2000), dass die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) mit österreichischen und schweizer Fachgesellschaften einheitliche Alkoholkonsumgrenzwerte veröffentlicht haben. Es entstanden die D.A.CH-Referenzwerte, die erstmals gleichermaßen für Deutschland, Österreich und die Schweiz gelten. In Deutschland ersetzen sie die DGE-Empfehlungen zur Nährstoffzufuhr von 1991. Die Empfehlung der D.A.CH lautet: „Bei vorsichtiger Abwägung der in der Literatur beschriebenen Wirkungen verschiedener Alkoholmengen lässt sich eine Zufuhr für den gesunden Mann von 20g Alkohol/Tag, für die Frau von 10g Alkohol/Tag als gesundheitlich verträglich angeben. Diese Menge sollte jedoch nicht täglich erfolgen.“

Im Vergleich zur WHO sind die D.A.CH-Referenzwerte nur halb so hoch.

Ein Modell der Alkoholkonsumgrenze von Arbter (1999) differenziert nach Trinkmenge (Konsum gleich Risiko) und Geschlecht.

- Ein geringer Alkoholkonsum bedeutet (ein geringes Risiko) für eine Frau 20g RA/Tag, für einen Mann liegt der Grenzwert bei 30g RA/Tag.
- Ein mittlere Alkoholkonsum bedeutet (mittleres Risiko) für eine Frau 20 - 40g RA/Tag, für einen Mann liegt der Grenzwert bei 30 -50g RA/Tag.

- Ein hoher Alkoholkonsum bedeutet (hohes Risiko) für eine Frau mehr als 40g RA/Tag, für einen Mann liegt der Grenzwert bei 50g RA/Tag.

Zur besseren Übersicht sind die bislang aufgeführten Autoren mit den unterschiedlichen Alkoholkonsum-grenzwerten (in Gramm (g) reinen Alkohol (RA) pro Tag) in einer Tabelle 2.2. aufgeführt.

Quelle	Männer	Frauen	Einschätzung
Feuerlein (1999)	24 g 60 g	16 g 40 g	Harmlosigkeitsgrenze Gefahrengrenze
WHO	40 g	20 g	Grenzwerte
BMA (1995)	30 g	20 g	Grenzwerte
D.A.CH (2000)	20 g	10 g	Grenzwerte
Bühringer (2000)	0 g – 30 g 30 g – 60g 60 g – 120 g > 120 g	0 g – 20 g 20 g – 40 g 40 g – 80 g > 80 g	Risikoarm Riskant Gefährlich Hochkonsum
Arbter (1999)	30 g 30 g – 50 g >50 g	20 g 20 g – 40 g >40 g	Geringes Risiko Mittleres Risiko Hohes Risiko

Tabelle 2.2.

Die dargestellten Grenzwerte variieren zwar zum Teil, es lassen sich aber tendenziell die am häufigsten akzeptierten Schwellenwerte für den Alkoholgenuss für Frauen bei etwa 20 g RA / Tag und für Männer bei etwa 30 bis 40 g RA / Tag festlegen. (siehe dazu auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1996).

Zum besseren Verständnis folgt eine Tabelle (2.3.) mit alkoholischen Getränken und deren Ethanolwerten.

Alkoholisches Getränk	Konsummenge		Alkoholgehalt	Ethanol	Ethanol in g
Bier	0,5 L.	500 ml	5 %	25 ml	20 g
Leichtbier	0,5L.	500 ml	1,5 %	7,5 ml	6 g
Spirituosen	2cl	20 ml	38 %	7,6 ml	6 g
Rotwein	0,2L.	200 ml	12 %	24 ml	19 g
Weißwein	0,2L.	200 ml	10 %	20 ml	16 g
Sekt	0,2L.	200 ml	11 %	22 ml	17,5 g

Tabelle 2.3.

### Moderater Alkoholkonsum

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass ein moderater Alkoholkonsum unterhalb der empfohlenen Grenzwerte nicht als risikofrei zu bezeichnen ist, sondern lediglich einem Alkoholquantum entspricht, bei der die Morbiditäts- und Mortalitätsrate am geringsten ist. Auch die vermeintlich protektive Wirkung des moderaten Alkoholkonsums ist differenziert zu betrachten. Singer & Teysen (2002): „Voreilige Rückschlüsse, dass durch moderaten Alkoholkonsum und seine Effekte auf das kardiovaskuläre System die Mortalität der Gesamtbevölkerung um circa drei bis vier Prozent gesenkt werden könnte, sind mit Vorsicht zu interpretieren, da sie vielfach das Ergebnis einer einseitigen Auswahl und Darstellung von Teilaspekten umfangreicher Untersuchungen zu diesem hinsichtlich

Ursache und Wirkung komplexen Gebiet sind. Dabei wird oft nicht die wissenschaftliche Aussagekraft solcher Berichterstattung überprüft. Mit Ausnahme des Herzens und der Gefäße hat moderater Alkoholkonsum sehr wahrscheinlich auf alle anderen Organe beziehungsweise Organsysteme keine protektive sondern eher eine gesundheitsschädigende Wirkung.“

Longnecker & Enger (1996) konnten belegen, dass selbst ein moderater Alkoholkonsum (1Standarddrink (10g) RA pro Tag) zu einem Malignomrisiko von 30 % führen kann.

Becker et al. (1996) stellen fest, dass eine hepatotoxische Schwellendosis, die in früheren Veröffentlichungen mit 40 g RA / Tag beziffert wurde, nach neueren Studien herabgesetzt werden muss. Schon ab einer Alkoholdosis von 24 g RA / Tag bei Männern und von 12 g RA / Tag bei Frauen erhöht sich das Risiko an einer Leberzirrhose zu erkranken bereits deutlich.

Die Tatsache, dass selbst ein moderater Alkoholkonsum das Risiko für maligne Tumore, arterielle Hypertonie und Lebererkrankungen erhöht (Singer & Teysen 2002), sollte verdeutlichen, dass Alkoholkonsumempfehlungen, bzgl. der protektiven Wirkung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ischämischen Apoplex (Singer & Teysen 2002), mit Vorsicht zu betrachten sind.

**Fazit:** Einen risikofreien Alkoholkonsum gibt es nicht.

### **Exkurs: Das Krankheitskonzept des Alkoholismus**

Für viele Alkoholikerkrankte und deren Behandler scheint die Etablierung und Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit (Bundessozialgericht 1968) ein Meilenstein und eine Errungenschaft der modernen Zivilisation zu sein.

Diese anscheinend vorschnelle Annahme wird nach wie vor diskutiert. Eine (extreme) Alternativsicht soll an dieser Stelle auch einen Platz finden: Die Kritiker bringen ihren Standpunkt kurz auf die Formel: Sucht ist keine Krankheit. Szasz (1972): “Bad habits are not diseases.” Autoren, wie z.B. Szasz (1972), Fingarette (1988) und Schaler (2000) beschreiben eine so genannte Lebensstiltheorie, nach der ein Leben als süchtiger Mensch keinen eigenen Pathologiewert besitzt, sondern primär lediglich einen alternativen, mehr oder weniger selbstgewählten Lebensstil beschreibt. Ein wesentlicher Appell dieser Argumentation könnte in dem Anspruch bestehen, den Betroffenen nicht zu entmündigen, die Eigenverantwortlichkeit zu stärken und die Ressourcen wahrzunehmen.

Als Beispiele wird das „Ausbrennen“ einer Sucht im höheren Alter benannt. Studien in Australien (Drew, 1968) belegten, dass Alkoholiker gegen Ende ihres 4. Lebensjahrzehntes keine behandlungsbedürftigen Symptome aufwiesen.

Robins et al. (1980) veröffentlichte Studien, die heroinsüchtige Soldaten evaluierten, die nach ihrer Rückkehr nur zu 14% weiterhin Heroin konsumierten.

Auch im Tierexperiment (Alexander, 1980) konnte gezeigt werden, dass Umwelteinflüsse einen signifikanten Effekt auf die Entstehung und die Aufrechterhaltung einer Sucht haben.

Das Ausblenden von wichtigen Ätiologiefaktoren (Soziologie, Genetik) in der Behandlungspraxis und den Medien und die Konzentration auf die medizinisch-psychiatrischen Aspekte, hat direkte Auswirkungen auf die gesellschaftliche Wahrnehmung der Problematik und das Selbstbild der Betroffenen.

Wolf (2003) schreibt: „Die Art von Medikalisierung hat Konsequenzen für das Selbstverständnis der Süchtigen, die soziale Wahrnehmung und auch für nichtsüchtige Konsumenten von Drogen, deren Akzeptanz mit der Gefährlichkeit zu erkranken bzw. sich selbst zu gefährden, fällt.“

Ein zentraler Aspekt der Suchtbehandlung ist das Eingeständnis des Betroffenen, sich selber als krank einzustufen und sich dementsprechend mit der Rolle des (Sucht- und/oder psychiatrisch) Kranken zu identifizieren.

Die Rollenidentifikation als (Sucht-)Kranker kann u.U. ein passives Verhaltensmuster der Betroffenen konsolidieren. Diese Dynamik kann durch ein monokausales medizinisches Modell verstärkt werden, wenn die Suchterkrankung als entweder biochemische Stoffwechselstörung des Nervensystems, oder als genetischer Defekt, interpretiert wird.

Die Eigenverantwortlichkeit als Kranker ist dementsprechend ein zentraler Aspekt im Suchtkontext.

Ein weiterer Kritikpunkt am Krankheitskonzept des Alkoholismus besteht darin, dass viele indirekt Betroffene (Angehörige, Hausärzte, Vorgesetzte, Arbeitskollegen, etc.) sich (zu) lange mit der Frage beschäftigen, ob der Alkoholauffällige nun krank sei oder „nur eine Phase durchmache“ und damit viel kostbare Zeit verloren geht für die möglichst frühe Behandlung. (Russland, 1986) schreibt: „Trinken oder abhängig Trinken, das ist die Frage.“ Damit wird nochmals betont, dass diese Frage zu unproduktiven Verzögerungen führt. Das Motiv ist oftmals der Wunsch nach absoluter Sicherheit der Diagnose Alkoholabhängigkeit und bedeutet, dass die konkreten Leistungsdefizite und Verhaltensänderungen aus dem Blickfeld geraten.

Sicherlich rufen Extrempositionen naturgemäß abwertende Kritik hervor. Aber die Tatsache von sich z.T. widersprechenden Ansichten und auch von sich ausschließenden Forschungsergebnissen sind aus allen Disziplinen bekannt. Die Naturwissenschaften haben dafür den Begriff der Komplementären Modelle genutzt.

Die Komplementarität wirkt solange frustrierend, wie die Suche nach der Einen, allgemeingültigen Suchttheorie andauert. Für die Arbeit mit dem Individuum kann die Vielfalt der Hintergründe durchaus befruchtend wirken. (Zur Ätiologie siehe Kapitel 2.3. S. 38)

Ein positiver und vor allem konstruktiver Aspekt der Kritiker des „Krankheitskonzeptes des Alkoholismus“ liegt in dem ressourcenorientierten Menschenbild. Es werden die Aspekte Selbstverantwortlichkeit, Selbstregulation und Selbstmodifikationspotentiale betont.

#### **Exkurs: Alkohol und „Das Recht auf Rausch“**

Der übermäßige, mit Rauscherfahrung assoziierte Alkoholkonsum wird nicht selten als natürliches menschliches Grundbedürfnis nach Rausch, Entgrenzung und Ekstase missverstanden. Michael Lubinski, Suchthilfe Koordinator für München, schildert in seinen diesbezüglichen Vorträgen, dass Rauscherfahrungen sicherlich eine wesentliche menschliche Ressource darstellen, dass die rauscherzeugenden Ressourcen aber spezifischen Einschränkungen unterworfen waren:

Die rauscherzeugenden Stimulanzien waren bzgl. Konsumhäufigkeit, Menge / Dosierung und Anlass deutlicher ritualisiert (siehe zum Thema Trinkkulturen unter 1.3.). Des Weiteren ist zu beachten, dass eine Vielzahl rauscherzeugender Stimulanzien genutzt wurden: Z.B.: Tanz, körperliche Anstrengungen, Sexualität, Meditation, Kreativität, Drogen, Spiel, etc.

Die menschliche Kulturgeschichte liefert eine Vielzahl von Beispielen, die verdeutlicht, dass diese Ressourcen im verantwortungsvollen Umgang und Setting sicherlich protektive und sinnvolle Wirkungen haben. Eine Einseitigkeit und Dysbalance laufen aber der Heilwirkung völlig entgegen.

Menschen, die diesen Argumentationsweg wählen, um einen gesteigerten Alkoholkonsum zu rationalisieren, könnten von der Auseinandersetzung mit Themen, wie z.B. körperliche Anstrengung, Sexualität, Meditation und Kreativität, profitieren.

#### **Fazit:**

Ob Begriffe wie Krankheit, problematisches Verhalten, alternativer Lebensstil oder Spiritualitätssuche benutzt werden erscheint weniger entscheidend, als das damit verbundene Verständnis der Problematik.

Probleme, wie man sie auch immer tituliert, können sehr unterschiedlich verursacht werden: z.B. durch psychologische und soziale Faktoren, aber auch durch Viren, Bakterien, Chemikalien, Gendefekte, Unfälle, und deren multipler Wechselwirkungen. Die Kausalfaktoren können unbewusst, aber auch bewusst aufgenommen werden. Es ist festzustellen, dass mangelnder Selbstschutz, selbstverletzendes und selbstschädigendes Verhalten sowohl Krankheiten verursachen und / oder verstärken können, aber auch als Symptome einer Erkrankung entstehen können.

Demzufolge wurde der pathologische Alkoholismus und deren Folgen als Krankheit klassifiziert.

(Anmerkung: Eine weiterführende Dokumentation der Ätiologiemodelle von Alkoholismus ist unter Kapitel 2.3. S. 38 zu finden)

## Zur Diagnostik des Alkoholismus

Eine fundierte Diagnostik ist ein wesentlicher Eckpfeiler der folgenden Therapie. Die notwendigen Aspekte der Diagnostik betreffen den medizinischen Status, den psychologisch-psychiatrischen Status und den Sozialstatus des Betroffenen. Dies geschieht, da alle 3 Aspekte nachweisbare Auswirkungen auf die Therapie und den Behandlungserfolg aufweisen.

Neben den Selbstaussagen des Betroffenen und möglichen Fremdaussagen und Experteneinschätzungen, werden auch objektive Methoden genutzt.

Im klinischen Alltag werden diagnostische Klassifikationsmanuale, klinische Laborwerte und psychologische Screeningverfahren als Diagnosehilfe genutzt.

- 1) Klinische Laborwerte
- 2) Diagnostische Klassifikationssysteme
- 3) Psychologische Screeningverfahren

### 1) Klinische Laborwerte

Nach Blutentnahme lassen sich der Blutalkoholspiegel und so genannte biologische Marker identifizieren. (Näheres zum Blutalkoholspiegel siehe in Kapitel 2.5.)

Die Biologische Marker können in 3 Kategorien eingeteilt werden:

- Trait-marker: genetische, zeitunabhängige Dispositionen (z.B.: EEG, MAO-B)
- State-marker: nur im Rahmen des Substanzgebrauchs vorhanden (z.B.: Transaminasen)
- Assoziations-marker: häufiger bei Kranken als bei Gesunden (z.B.: Blutgruppe, Farbenblindheit)

Eine detaillierte Beschreibung liefert Agawal, D.P.: in Soyka, M. (1997).

Die aufwendigste Studie zur Evaluation genetischer Marker stammt von der amerikanischen Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA – Projekt) (Soyka, M., 1997)

Die Studie lieferte kritische Ergebnisse, es konnten keine verlässlichen Marker identifiziert werden. Dementsprechend werden die Marker auch nicht als singuläre Diagnosebausteine genutzt.

Im klinischen Alltag finden insbesondere die Statemarker Anwendung, insbesondere die Transaminasen (Tabelle 2.4.) , auch umgangssprachlich als Leberwerte bezeichnet.

Im klinischen Kontext werden häufig folgende klinische Indikatoren als Diagnosehilfe für Alkoholabhängigkeit genutzt: (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2004)

State - Marker	Sensitivität	Spezifität
GGT ( $\gamma$ -Glutamyltransferase),	50-90 %	Ca. 70 %
ASAT (Aspartatamino-transferase; früher GOT),	30-50 %	Ca. 90 %
ALAT (Alaninaminotransferase; früher GPT),	20-45 %	Ca. 70 %
MCV (Mean Corpuscular Volume)	40-96 %	Ca. 60-90 %
CDT (Carbohydrate Deficient Transferin).	50-90 %	90-100 %

Tabelle 2.4. Die Angaben bzgl. der Sensitivität und Spezifität stammen aus: Soyka, 1997

Eine hohe Spezifität bedeutet in diesem Fall, dass sehr sicher das Merkmal Alkoholismus ausgeschlossen werden kann, wenn der Test negativ ausfällt.

Eine hohe Sensitivität bedeutet, dass bei positivem Test das Merkmal Alkoholismus sicher erfasst ist.

Ob die Sensitivität oder die Spezifität als Auswahlkriterium für die Nutzung eines Testverfahrens sinnvoller ist, kann nicht generell entschieden werden. Die Versuchsanordnung in der Forschung oder die gewünschte diagnostische Sicherheit in der Praxis sind relevant.

Die klinischen Laborwerte stellen *einen* wichtigen Eckpfeiler der Diagnostik dar. Des Weiteren werden im klinischen Alltag Klassifikationsmanuale zur Diagnostik genutzt.

## 2) Diagnostische Klassifikationssysteme

Im klinischen Kontext werden derzeit zwei diagnostische Klassifikationssysteme genutzt:

- 1) Das „International Classification of Diseases“ in 10. Version (ICD-10), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1992.
- 2) Das „Diagnostische und Statistische Manual“ in vierter Fassung (DSM-IV), der American Psychiatric Association, von 1994.

Beide Manuale erfassen eine Vielzahl von Erkrankungen, u.a. auch die alkoholbedingter Störungen. Die Diagnose Alkoholabhängigkeit wird in beiden Klassifikationssystemen ähnlich erfasst, so ist nach dem amerikanischen DSM-IV die Diagnose zutreffend, wenn 3 von 7 Kriterien innerhalb eines Jahres gegeben sind (Tabelle 2.5.). Im ICD-10 müssen 3 von 6 Kriterien erfüllt sein (Tabelle 2.6.)

Zum Vergleich werden die Kriterien der beiden diagnostischen Klassifikationssysteme bzgl. der Alkoholabhängigkeit dargestellt:

### **DSM-IV Kriterien für die Alkoholabhängigkeit:**

1. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
  - a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen.
  - b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
  - a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz
  - b) dieselbe (oder eine sehr ähnliche Substanz) wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
3. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen
6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
7. Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

Tabelle 2.5.

### **IDC-10 Kriterien für die Alkoholabhängigkeit:**

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Ein körperliches Entzugssymptome bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
4. Nachweis einer Toleranzsteigerung
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen

Tabelle 2.6.

So ähnlich beide Manuale den Alkoholismus diagnostizieren, so unterscheiden sie sich in Bezug auf das Konzept des Alkoholmissbrauchs deutlich.

Das ICD-10 verwendet statt des Missbrauchbegriffs die Bezeichnung „schädlicher Gebrauch“.

### **IDC-10 Kriterien für den „schädlichen Gebrauch“ von Alkohol:**

Und diese ist zu diagnostizieren, wenn eine psychische und / oder körperliche Störung durch ein Konsummuster psychotroper Substanzen (Alkohol) gegeben ist.

Tabelle 2.7.

### **DSM-IV Kriterien für die Alkoholmissbrauch:**

Für eine Diagnose des Alkoholmissbrauchs, muss mindestens sich eines von 4 Kriterien innerhalb eines 12-monatigen Zeitraumes manifestieren:

1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es auf Grund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
3. Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch
4. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz schädlicher oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden.

Tabelle 2.8.

Es wird also ersichtlich, dass die Konzepte der Alkoholabhängigkeit sehr ähnlich in beiden Klassifikationssystemen verstanden werden.

Die Definitionen des Alkoholmissbrauchs bzw. des schädlichen Gebrauchs von Alkohol aber verschieden aufgefasst werden. Beispielsweise würde ein Alkoholmissbrauch nach dem amerikanischen DSM-IV bei dem alkoholbedingtem Führerscheinentzug vorliegen, während nach den Kriterien des ICD-10, falls keinerlei körperliche oder psychische Schädigung feststellbar ist, kein schädlicher Gebrauch vorliegen muss.

In der folgenden Gegenüberstellung werden nochmals die Gegensätze und Gemeinsamkeiten der beiden Klassifikationssysteme veranschaulicht:

<b>DSM IV</b>	<b>ICD 10</b>
<b>Missbrauch</b>	<b>Schädlicher Gebrauch</b>
Vernachlässigung von Pflichten (1)	Psychische oder physische Schäden (1)
Alkohol trotz körperlicher Risiken (2)	
Alkohol trotz Probl. mit der Polizei (3)	
Alkohol trotz psychosozialer Probleme (4)	
<b>Abhängigkeit</b>	
Toleranz (1)	Toleranz (1)
Entzugssymptome (2)	Entzugssymptome (2)
Kontrollminderung (3)	Kontrollminderung (3)
Zwanghaftes Trinken (4)	Zwanghaftes Trinken (4)
Hoher Zeitaufwand für Beschaffung (5)	Hoher Zeitaufwand für Beschaffung (5)
Vernachlässigung anderer Aktivitäten (6)	Vernachlässigung anderer Aktivitäten (5)
Konsum trotz Folgen (7)	Konsum trotz Folgen (6)

### **Zur Diagnostik mittels ICD-10**

Das ICD-10 findet im klinischen Kontext häufiger Anwendung, als das DSM IV. Die Diagnosen der psychischen Störungen werden folgt verschlüsselt:

An erster Stelle erscheint der Buchstabe, in diesem Fall für eine psychische Störung (F) und an zweiter Stelle die Zuordnung zu den Störungen: Z.B.

F0 für organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen,  
F1 für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen  
(Anmerkung: unter F1 wird u.a. auch die Alkoholabhängigkeit diagnostiziert),  
F2 für Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störung,  
F3 für Affektive Störungen,  
F4 für Neurotische- und Belastungs- und somatoforme Störungen, etc.  
An dritter Stelle bei der F1 Kategorie wird die Substanz angegeben, z.B.:  
F10 für Störungen durch Alkohol,  
F11 Störungen durch Opioide,  
F12 für Störungen durch Cannabinoide,  
F13 für Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, etc.  
An der vierten und fünften Stelle wird das klinische Erscheinungsbild kodiert, z.B.:  
F1000 Störungen durch Alkohol ohne Komplikationen,  
F1003 Störungen durch Alkohol mit Delir,  
F1007 Störungen durch Alkohol mit pathologischem Rausch,  
F101 Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch  
F102 Störungen durch Alkohol, Alkoholabhängigkeitssyndrom  
F1020 Störungen durch Alkohol, Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent,  
F1030 Störungen durch Alkohol mit Entzugssyndrom, gegenwärtig ohne Komplikation,  
F1040 Störungen durch Alkohol, Entzugssyndrom ohne Krampfanfälle,  
F1050 Störungen durch Alkohol mit schizophreniformer Störung, etc.

Die Auflistung hat nur Beispielcharakter und ist nicht vollständig. Details im ICD-10.

Ein derzeit „trockener“ Alkoholiker, ohne weitere Auffälligkeiten, wie z.B. Entzugssymptome, Delir, Wahnvorstellungen, affektiven Störungen, etc., würde wie folgt verschlüsselt: F1020

### **Die Trinkmenge und die Diagnose Alkoholabhängigkeit**

Die Unabhängigkeit zwischen der Trinkmenge und der Diagnose Alkoholismus soll nochmals unterstrichen werden.

Die Verfahrensweise kann in alltagspraktischen Situationen zu Irritationen führen. Wenn z.B. ein Konsument täglich, über einen langen Zeitraum z.B. 200 ml Ethanol (entspricht etwa 8 Fl. Bier) zu sich nimmt, aber nie den Wunsch verspürte, die Menge zu reduzieren oder ganz abstinent zu leben, keine Entzugssymptome beklagt und auch ansonsten seine Interessen weiterverfolgt, kann, entsprechend den Klassifikationssystemen, nicht von einer Abhängigkeit gesprochen werden.

Die Wahrscheinlichkeit für Gesundheitsschäden wird sicherlich bei lange anhaltendem Konsum steigen, sodass der „schädliche Gebrauch von Alkohol“ im weiteren Verlauf diagnostiziert werden kann (ICD-10).

Dementsprechend wäre die Diagnose „Alkoholismus“ ein Interaktionsprodukt: Erst wenn der Konsument, z.B. durch einen Krankenhausaufenthalt genötigt wird, den Konsum einzustellen, treten wahrscheinlich die Kriterien für die Diagnostik (Entzugssymptome, Konsumzwang, Fixierung auf das Suchtmittel, etc.) erstmals auf.

Wenn man diese Dynamik polemisieren möchte, könnte man behaupten, dass erst die Konfrontation, bzw. die gesellschaftlichen Normen und Erwartungen, einen Alkoholiker hervorbringt. Wäre tägliches Exzesstrinken ein gesellschaftlich akzeptiertes Ritual, gäbe es, zumindest entsprechend der aktuellen Klassifikationssysteme, keine Alkoholiker!

Ein fortgesetzter hoher Konsum, der bislang ohne Folgeschäden blieb und auf Grund der Kontinuität auch keine Entzugssymptome und Interessenkonflikte produzierte, verhindert die Diagnosestellung Alkoholismus. Exzessives Trinken ist also kein hinreichendes Kriterium für die Diagnose.

Die Frage nach dem möglichen Vorhandensein eines Kontinuums lässt sich nicht pauschal beantworten. Die Logik des DSM IV und des ICD –10 ermöglicht eine Alkoholabhängigkeit ohne den schädlichen Gebrauch (Missbrauch) als Vorbedingung oder Begleiterscheinung. Denkbar wäre also eine Abhängigkeitsform, ohne psychosoziale und somatische Folgeschäden. Und natürlich ist ein chronischer Substanzmissbrauch auch ohne folgende Abhängigkeit denkbar.

Dementsprechend sind die Kategorien Abhängigkeit und Missbrauch /schädlicher Gebrauch klar getrennt.

Es ist aber anzumerken, dass in der Praxis nicht in jedem Fall so explizit zu diskriminieren ist. Studien, wie z.B. die aktuelle EDSP Studie (Holly & Wittchen, 1998) konnten belegen, dass 92 % der Alkoholabhängigen einen erhöhten Alkoholkonsum (40 Gramm reiner Alkohol pro Tag für Männer, 20 Gramm für Frauen) aufweisen. Der Zusammenhang zwischen erhöhtem Alkoholkonsum und körperlichen Folgeerkrankungen ist gut belegt (siehe Kapitel 2.5.). Dementsprechend zeigen Alkoholranke hochwahrscheinlich auch einen Alkoholmissbrauch.

Neben den biologischen Markern und den Klassifikationsmanualen sind mittlerweile eine Vielzahl von unterschiedlichen psychologischen Testverfahren in der Praxis gut erprobt:

### **3) Klinische Screeningverfahren**

Eine gute Übersicht der vorhandenen Screeningverfahren ist zu finden u.a. in Feuerlein, Kufner & Soyka (1998).

An dieser Stelle seien exemplarisch nur ein paar ausgesuchte bekannte Tests dargestellt:

<b>Psychologische Screeningverfahren</b>	<b>Autor</b>	<b>Test</b>
Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	Barbor et al. (1989)	10 Items
Cut down Annoyance Guilty Eye Opener (CAGE)	Mayfield et al. (1976)	4 Items
Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA)	Feuerlein et al. (1989)	22 Items
Lübecker Alkoholismus-Screening-Test (LAST)	Rumpf et al. (1995)	9 Items
Münchener Alkoholismustest (MALT)	Feuerlein (et al. (1979)	24 + 7 Items

Ein standardisiertes Interview der WHO (1980) ist ebenfalls bekannt: das Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

#### **Anmerkung:**

Die professionelle Diagnostik des Alkoholismus basiert auf der Phänomenologie des Alkoholismus, nicht auf den modernen Ätiologiemodellen (siehe Kapitel 2.3.)

An dieser Stelle wird ein multidimensionaler Ansatz zur Alkoholismusdiagnostik dargestellt, der den bereits beschriebenen Klassifikationssystemen nicht widerspricht, sondern praxisnahe Aspekte einfügt.

#### **Ein ganzheitlicher Ansatz zur Diagnostik von Alkoholikerkrankungen**

Professor J. Besson (2002) von der Division d'abus de Substances in Lausanne stellt ein praxisnahes und ganzheitliches Schema zur Diagnostik von Alkoholikerkrankungen. In dem fünfstufigen Schema finden sich die relevanten Dimensionen des Alkoholismus wieder:

- 1) Somatische Ebene: Diagnostik bezüglich der somatischen Alkoholfolgeerkrankungen.
- 2) Psychiatrische Ebene: Diagnostik der Alkoholabhängigkeit und möglicher primärer oder sekundärer psychiatrischer Begleiterkrankungen wie Depression, Angstzustände usw. (gemäß ICD 10, DSM IV)
- 3) Motivationsebene: In welchem Stadium des Wandlungsprozesses (Besson 2002) steht der Patient. Klärung der Motivationslage (intrinsisch vs. extern)
- 4) Krise: Warum sucht der Patient den Arzt gerade jetzt auf? Gibt es einen Bereich in seinem familiären, beruflichen, sozialen System, in dem der Patient sein Gleichgewicht verloren hat und der als Ansatz für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung nutzbar gemacht werden könnte?
- 5) Ressourcen: Welches sind die gesunden Anteile, auf die man sich in der Behandlung stützen kann (Wohnung, Finanzen usw.)?

## 2.2. Zur Epidemiologie des Alkoholkonsums und des Alkoholismus

### Zur epidemiologischen Datenerhebung

Eine repräsentative Datenerhebung zum Konsum psychotroper Substanzen (z.B. Alkohol) dient als Basisinformationsquelle über Aussagen zum Ausmaß und zu den Problemen, die mit dem Substanzkonsum korrespondieren. Sie stellen damit eine Grundlage für die Planung und Durchführung von Interventionsmaßnahmen dar.

Die Berechnung der Prävalenzen von Alkoholismus in der Gesamtbevölkerung wird durch unterschiedliche Aspekte erschwert:

Der nächstliegende Schritt wäre die Datenerhebung per direkter Befragung an einer repräsentativen Stichprobe. Es zeigte sich, dass die Probanden bzgl. der Trinkhäufigkeit zuverlässigere Angaben machten, als bzgl. der Alkoholmenge. (Rehm & Spuhler 1993, Kraus 1996) Für repräsentative Darstellungen werden dementsprechend oft andere Informationsquellen einbezogen, wie z.B. biologische Marker (Blutwerte) und psychologisch-psychiatrische Screenings (Soyka, 1997).

Im Rahmen von Survey-Untersuchungen werden per Menge-Frequenz-Index die Konsummengen hochgerechnet (Eifler, 1997)

Die verwendeten Berechnungsmodelle, die von Stichprobenergebnissen auf die Gesamtbevölkerung hochrechnen, aber auch die Berechnung von gesamtgesellschaftlichen Verbrauchszahlen auf den Pro-Kopf-Konsum, müssen die Tatsache mitberücksichtigen, dass, nach Ledermann (1956 a, b), „in einer homogenen Bevölkerung“ der Alkoholkonsum nicht normalverteilt ist, sondern einer log-verteiltten Kurve entspricht. Das bedeutet, dass ein relativ kleiner Bevölkerungsanteil für einen übermäßig großen Konsumanteil am Gesamtkonsum verantwortlich ist. Dabei ist die Tatsache von Bedeutung, dass die Varianz mit dem Median korrespondiert. Dementsprechend können bei veränderten Mittelwerten auch Rückschlüsse auf die Subgruppen gezogen werden. Beispielsweise konnte Edwards (1997) belegen, dass ein rückläufiger Durchschnittsverbrauch für Alkohol pro Kopf der Bevölkerung mit einer signifikanten Reduzierung der Patienten mit Leberzirrhose korreliert.

Die Aussagen über den Mittelwert lassen also auch Aussagen über den Anteil an Risikokonsumierer zu (Feuerlein, Kufner & Soyka 1998).

Es ist aber kritisch anzumerken, dass auch repräsentative Befragungen nur 40% - 60% der Konsumwerte hochrechnen können, die man auf der Basis von Produktionszahlen (minus Export, plus Import) erwarten würde (Kendell 1987; Herbst, Schuman & Kraus, 1994).

Darüber hinaus lassen sich die Verbrauchsmengen betriebswirtschaftlich berechnen. Dabei geht man von folgender Formel aus: Alkoholproduktion minus Export plus Import.

Die Erhebung der Verbrauchszahlen mit Hilfe dieser Formel erscheint effektiv und valide. Insbesondere da sie unabhängig von subjektiven Verfälschungstendenzen sind. So stellten auch Bühringer et al. (2000) fest, dass die Hochrechnungen der Angaben von Befragten nur etwa 40 % bis 60 % der Verbrauchszahlen entsprachen, die mittels Produktionsdaten zustande kamen.

### **Zur Epidemiologie**

Auf Grund der dargestellten Aspekte erscheint es nachvollziehbar, dass die entsprechenden Daten variieren, und zwar, je nach Autor, einbezogenem Altersrange und Messtechnik, sie zeichnen aber trotzdem ein relativ klares Bild der Situation:

Alkoholabhängigkeit ist in den westlichen Industrieländern bei Männern die häufigste und bei Frauen die zweithäufigste psychische Erkrankung. Alkoholabhängigkeit ist bei 3 % der über Achtzehnjährigen anzutreffen. (= 1,8 Mio.), der Alkoholmissbrauch bei weiteren 5 % (= 2,4 Mio.). (Lindenmeyer (1999) bezieht sich auf Zahlen von Wittchen et al., 1992)

Soyka (1997) schildert kritisch, dass die Schätzungen bzgl. der Gesamtzahl der Alkoholiker in Deutschland zwischen 2,5 bis 4 Millionen Betroffenen erheblich variiert.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 1997 spricht von 10 Millionen deutschen Alkoholkranken.

Im Report der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1990) wird die Zahl der Alkoholkranken in Deutschland auf 1,5 bis 1,8 Millionen beziffert.

Nach einer 1994 durchgeführte Repräsentativerhebung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG 1995) betreiben 10 % der 18 bis 59jährigen als Alkoholmissbrauch. Die Hauptrisikogruppe lag in dem Altersrange zwischen 40 und 59 Jahren.

Feser (1997) schätzt die Zahl der alkoholabhängigen, behandlungsbedürftigen Deutschen auf etwa 2 % bis 3 %.

Nach der Repräsentativbefragung 1997 (Kraus, Bauernfeind 1998, in DHS-website) waren nur 9,6% der Männer und 14,9% der Frauen in Westdeutschland innerhalb der letzten zwölf Monate alkoholabstinert. Die Abstinenzraten für Männer und Frauen in Ostdeutschland liegen bei 6,4% (Männer) und 7,6% (Frauen).

Bei einer Hochrechnung der Daten auf die Gesamtbevölkerung der 18 bis 59 jährigen, zeigen insgesamt 5,8 Millionen Deutsche (3,8 Millionen Männer und 2 Millionen Frauen) einen starken Alkoholkonsum (Männer: mehr als 40g RA pro Tag; Frauen: mehr als 20g RA pro Tag).

Nach den Kriterien des DSM-IV konsumieren insgesamt 2,4 Millionen Deutsche (= 5 %), im Altersrange von 18 bis 59 Jahren missbräuchlich Alkohol (= 8,1 % der Männer, 1,9 % der Frauen).

Weitere 1,5 Millionen Personen der erwachsenen Bevölkerung (= 4,9 % der Männer, 1,1 % der Frauen) müssen nach DSM-IV als alkoholabhängig bezeichnet werden.

Ethanol in g RA / Tag	Männer West	Männer Ost	Frauen West	Frauen Ost
0 g	16,3 %	12,8 %	30,0 %	20,8 %
1 g – 10 g	31,5 %	23,6 %	49,2 %	53,9 %
11g – 20 g	19,3 %	20,1 %	10,8 %	14,7 %
21g – 40 g	17,8 %	23,1 %	6,5 %	7,2 %
41g – 60 g	7,7 %	11,3 %	2,1 %	2,1 %
> 61g	7,4 %	9,2 %	1,4 %	1,3 %
<b>Kritischer Konsum</b>	<b>15,1 %</b>	<b>20,5 %</b>	<b>10,0 %</b>	<b>10,6 %</b>

Tabelle 2.9.

Die Tabelle 2.9. beinhaltet die beiden Geschlechtergruppen aus Ost- und Westdeutschland (1989), deren Alkoholkonsum in Gramm (g) reinen Alkohol (RA) pro Tag, von Perkonigg et al. (1998) erfasst wurden. Nach Perkonigg et al. (1998) betreiben 10 % der Frauen in Westdeutschland und 10,6 % der Frauen in Ostdeutschland einen gesundheitsgefährdender Alkoholgebrauch (>20g RA täglich).

Im Gegensatz dazu betreiben 15,1 % der Männer in Westdeutschland und 20,5 % der Männer in Ostdeutschland einen gesundheitsgefährdenden Alkoholgebrauch (>40g täglich).

Schmidbauer, W.& Scheidt, J.v. (1999) beziffern die abhängigen Alkoholkranken auf 2,5 Millionen, die Zahl derjenigen, die Alkoholmissbrauch betreiben schätzen sie auf 5 Millionen.

Besonders alarmierend ist, dass die Autoren zu dem Schluss kommen, „dass fast 50 % der über sechzehnjährigen Bundesbürger täglich mehr als 80 Gramm reinen Alkohols konsumieren, eine Menge, die nach Ansicht von Fachleuten allmählich einen Leberschaden hervorrufen muss.“

Kraus, L. & Augustin, R. (2001) veröffentlichen, nach einer Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland (Bundesstudie 2000), dass mit 3 % der Untersuchten im Alter zwischen 18 und 59 Jahren, nach DSM-IV, in den letzten zwölf Monaten vor Datenerhebung eine Alkoholabhängigkeit und bei fünf Prozent Alkoholmissbrauch diagnostiziert wurde.

Eine Hochrechnung auf die Erwachsenenbevölkerung ab 18 Jahren ergab eine Zwölf-Monatsprävalenz von aktueller Alkoholabhängigkeit bei 1,6 Mio. (2,4 Prozent) und eine remittierte Abhängigkeit bei 3,2 Mio. (4,9 Prozent) Personen. Bei 2,65 Mio. liegt ein aktueller Missbrauch vor.

Eine interessante Zahl ist die der Personen, die einen früheren Alkoholmissbrauch aufwiesen, sie wird auf 8 Mio. (12,1 %) geschätzt.

Im internationalen Vergleich steht Deutschland mit einem Pro-Kopf-Konsum von 10,6 L reinem Alkohol pro Jahr an fünfter Stelle. (Siehe S. 35 f.)

Die Mehrheit der Befragten (78 %) der Bundesstudie 2000 liegen innerhalb der Grenzen für risikoarmen Konsum. Riskanten Konsum zeigten 12 %.

Gefährlicher Konsum wurde bei 4 % festgestellt und in die Kategorie Hochkonsum fielen insgesamt 0,7 % der Befragten.

Nur im Bereich des risikoarmen Konsums waren die Frauen mit 83 % (Männer 74%) (positiv) führend. In allen anderen Konsumvarianten führten die Männer, z.B. riskanten Konsum 15% Männer, 5,5% Frauen. Beim Hochkonsum unterschieden sich die Geschlechter weniger: 0,9% Männer und 0,6 % Frauen.

Die Einteilungen in risikoarmen Konsum bis zum Hochkonsum gehen auf Bühringer et al. (2000) zurück.

Die Langzeitstudie Early Developmental Stages of Psychopathology Studie (EDSP) ist eine prospektive, epidemiologische Verlaufsstudie zur Bestimmung von Risikofaktoren und Frühstadien des Substanzmissbrauchs und der –abhängigkeit (Holly, Türk, Nelson, Pfister & Wittchen, 1997, Wittchen, Nelson & Lachner, 1998, Wittchen & Nelson, 1998, Holly & Wittchen, 1998), die in Süddeutschland, im Großraum München durchgeführt wurde.

Die Autoren fanden eine Lebenszeitprävalenz für Alkoholmissbrauch für die EDSP - Gesamtstichprobe von 9,7%, für die Alkoholabhängigkeit liegt der Wert bei 6,2%.

Die Lebenszeitprävalenz für Frauen liegt bei Alkoholmissbrauch 4,5%, bei Alkoholabhängigkeit liegt der Wert bei 2,5%.

Die Lebenszeitprävalenz für Männer liegt bei Alkoholmissbrauch bei 15,1% und bei der Alkoholabhängigkeit liegt der Wert bei 10%.

Ein interessanter Aspekt der Münchner Daten ist, dass eine geringe Korrelation zwischen Alkoholmenge, Konsumhäufigkeit und der Diagnose Alkoholismus gefunden wurde. Das belegt das Verständnis des ICD 10 und des DSM IV, nachdem die Trinkmenge keinerlei diagnostischen Wert hat. (Falls keine Folgeschäden vorliegen).

Allerdings trinken Probanden mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose signifikant häufiger und in höherer Dosis Alkohol.

92% aller Versuchspersonen mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose konsumieren über das geschlechtsspezifische Risikolimit (20 g RA / Tag für Frauen und 40 g RA / Tag für Männer) hinaus Alkohol. Der gegenteilige Effekt, d.h. eine Alkoholabhängigkeitsdiagnose mit einem Konsum unterhalb der Risikolimits (<20 g RA / Tag für Frauen und <40 g RA / Tag für Männer) wurde in 8 % der Fälle beobachtet.

Nach einer Schätzung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherheit konsumieren in der Bundesrepublik über 12 Millionen (!) Personen in riskanter bis hochgefährlicher Weise Alkohol (Bühringer et al., 2000). Die Differenzierung zwischen riskant, gefährlich und hochgefährlich ist nach Bühringer, wie folgt in Tabelle 2.10. festgelegt:

Konsum	Männer	Frauen	Gesamt
Riskant	> 30 g	> 20 g	8,3 Mio
Gefährlich	60 – 120 g	40 – 80	3,4 Mio
Hochgefährlich	> 120 g	> 80 g	350.000
<b>Summe</b>			<b>12.050.000</b>

Tabelle 2.10.

Nach Bühringer's Zahlen (Bühringer et al., 2000) sind 1,6 Millionen Bundesdeutsche Alkoholabhängig und 2,7 Millionen betreiben Alkoholmissbrauch. Auch hier wird die Differenz zwischen Trinkmenge und der Diagnose Alkoholabhängigkeit deutlich.

### **Im klinischen Kontext zeigen sich folgende Prävalenzzahlen für Alkoholismus:**

Zielke (1993) stellt fest, dass signifikante Geschlechterdifferenzen bzgl. der Alkoholismusprävalenz bestehen.

Im Kontext der medizinischen Rehabilitation im Jahre 1989 stellten Suchterkrankungen bei Männern 42% der psychischen Primärdiagnosen (36% Alkoholismus) dar.

Bei den Frauen waren Suchterkrankungen „nur“ bei 10% (Alkoholismus 8%) der psychischen Erstdiagnosen zu finden.

Der Anteil der Suchterkrankungen an den gesamten Rehabilitationsmaßnahmen lag 1989 für Männer bei 4,7 % (Alkoholismus 4%) und für Frauen bei 1,6% (Alkoholismus 1,25%).

### **Jugend und Alkoholkonsum:**

Bühringer (1996) benennt 16 bis 18 Jahre als Altersmedian für den Erstkonsum von Alkohol. Die Daten variieren, je nach Autor, zwischen dem 10. und 18 Lebensjahr.

Seifert (1999) erwähnt Untersuchungen des Münchner Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, die besagen, „dass bereits 6 % aller männlichen und 7 % aller weiblichen Vierzehn- bis Fünfzehnjährigen einen schädlichen, also übermäßigen Gebrauch von Alkohol haben.

Bei den Zwanzig- bis Fünfundzwanzigjährigen liegt dieser schon bei 21 % der Männer und 11 % der Frauen, und –was entscheidend ist- diese Werte liegen deutlich höher als vor einigen Jahren.“

In der Zeitung Synanon (01/04) werden Daten einer Studie des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München veröffentlicht: Das Fazit der Studie lautet, dass Jugendliche immer früher mit einem regelmäßigen Alkoholkonsum beginnen.

Vor dem 15. Lebensjahr beginnen etwa 11 % der Jugendlichen mit dem Alkoholkonsum. Und 13 % von diesen Jugendlichen tun dies in einem gesundheitsschädlichen Ausmaß. Damit hat sich das Einstiegsalter in den letzten Jahren um 1,5 Jahre nach unten verschoben.

Die Studie kommt zu dem Schluss, dass 6 % der Jugendlichen zwischen 12 und 24 Jahren, als alkoholabhängig zu bezeichnen sind.

Rummel, Rainer & Fuchs (2004) konnten belegen, dass junge Arbeitnehmer zwischen 14 und 20 Jahren etwa doppelt so oft / viel Alkohol konsumieren wie ihre Altersgenossen im Schulkontext. Die Autoren heben aber auch hervor, dass insbesondere Jugendliche (und neu eingestellte Erwachsene) besonders gut für primär präventive Maßnahmen zugänglich sind, da der Anpassungsdruck zu einer erhöhten Aufnahmemotivation führt.

Hoth (1994) belegte, dass ca. 25 % der weiblichen und ca. 50 % der männlichen 17 und 18 jährigen Auszubildenden einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum zeigten.

### **Sozialschichten:**

Fichter et al. (1986) konnte nachweisen, dass Alkoholismus und Schichtzugehörigkeit negative Zusammenhänge aufweisen. In den sozial schwächeren Schichten fanden sich vermehrt Alkoholranke.

Der Anteil der Alkoholkranken mit und ohne Hauptschulabschluss liegt bei 60 % (Ibler, E.S., 2003)  
Je höher die Schichtzugehörigkeit, desto geringer der Konsum (Fichter, 1986).

Selbständige und Arbeiter zeigen einen signifikant höheren Konsum als Angestellte und Beamte (BzGA, 1986: )

Feuerlein, Küfner & Soyka, (1998) schildern einen geschlechtsspezifischen Trend: Demzufolge scheint der Alkoholismus bei Männern wenig von der Schichtzugehörigkeit abzuhängen, während bei den Frauen (im Alter zwischen 25 – 69 Jahren) der mittlere Alkoholkonsum bei Oberschichtfrauen um die Hälfte höher ist als bei Unterschichtfrauen.

Für jüngere Frauen (jünger als 25 Jahre) wurde das gegenteilige Verhältnis festgestellt: Junge Unterschichtfrauen zeigen den höheren Konsum, im Vergleich zu den Oberschichtfrauen.

## Alkoholismus bei Männern und Frauen

Es kann generell festgestellt werden, dass Männer einen höheren Alkoholverbrauch aufweisen als Frauen (Feuerlein, Küfner & Soyka, 1998)

1995	Männer, i.d. alten Bundesländer	Männer, i.d. neuen Bundesländer	Frauen, i.d. alten Bundesländer	Frauen, i.d. neuen Bundesländer
Ethanol pro Tag	31 g	37 g	15 g	15 g
Über dem Grenzwert	15 %	20,5 %	10 %	10,5 %
Abstinenz	16 %	13 %	30 %	21 %

Tabelle 2.11.

(Daten in: Feuerlein, Küfner & Soyka, 1998)

Die Tabelle verdeutlicht, dass Männer durchschnittlich mehr Ethanol konsumieren als Frauen. Wenn der Grenzwert der WHO als Maßstab genutzt wird (Männer bis 40 g RA und Frauen bis 20 g RA tgl.), dann befinden sich die Durchschnittswerte unterhalb des Limits.

Die Tabelle 2.11. zeigt aber auch, dass von den Männern 15% - 20,5% mehr als 40 g RA tgl. konsumieren. Bei den Frauen konsumieren 10% - 10,5% mehr als 20 g RA tgl.

Einen abstinenten Lebensstil zeigen 16% - 13% der Männer und 30% - 21% der Frauen

Die Daten einer Münchner Studie (Bronich & Wittchen 1992) ergab eine Lebenszeitprävalenz für Alkoholmissbrauch, deren Wert für Frauen bei 5,1 % und für Männer bei 21 % lag.

Nach einer Erhebung in einer stationären Rehabilitationseinrichtung für Alkoholabhängige beziffert Beiglböck (1994) das Verhältnis von Männern zu Frauen (im berufstätigen Alter) auf 3 zu 1.

Die Ergebnisse der Bundesstudie (2000) belegen diesen Wert zumindest für den riskanten Alkoholkonsum.

In der Gruppe der Alkoholkranken finden sich also zu einem größeren Anteil Männer.

Das Durchschnittsalter zu Beginn von Alkoholmissbrauch liegt bei Frauen deutlich höher (34 Jahre) als bei Männer (20 – 30 Jahren) (Schneider, 1998)

Eine Anmerkung zum geschlechtsspezifischen Koalkoholismus:

Schneider (1998) stellte fest, dass sich Männer von ihren alkoholkranken Ehefrauen schneller trennen, als Frauen von ihren alkoholkranken Männern.

### Familienstand:

Feuerlein (1979) verweist auf eine Studie von Köster, der feststellte, dass die Scheidungsrate für Alkoholranke bei 50% liegt.

Der Anteil der ledigen, geschiedenen und getrennt lebenden Alkoholkranken lag bei 51 %. Der Anteil der Alleinlebenden lag bei aufgerundet 40 % (Ißler, E.S. (2003))

### Altersverteilung des Alkoholismus

Aus der nachfolgenden Tabelle 2.11. ist zu entnehmen, dass die mittlere Altersspanne am häufigsten bei Datenerhebungen zum Thema Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit zu finden ist.

EBIS – Statistik aus: Feuerlein, W., Kufner, H. & Soyka, M. (1998):

Alter	Abhängigkeit		Schädlicher Gebrauch / Missbrauch	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
< 18	0,1 %	0,1 %	1,3 %	3,8 %
18 – 19	0,4 %	0,4 %	2,6 %	3,5 %
20 – 24	2,9 %	2,0 %	11,6 %	8,4 %
25 – 29	8,8 %	6,2 %	18,1 %	14,1 %
30 – 39	34,7 %	30,6 %	31,9 %	32,2 %
40 – 49	30,6 %	32,7 %	19,3 %	22,5 %
50 – 59	19,0 %	22,8 %	12,4 %	12,0 %
> 61	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %

Tabelle 2.12.

Von den alkoholabhängigen Probanden waren 65,3 % der Männer und 63,3 % der Frauen zwischen dem 30. und 49. Lebensjahr. Die Altersverteilung der Probanden mit Alkoholmissbrauch bzw. schädlichem Gebrauch war etwas mehr verteilt. Von diesen Probanden waren 51,2 % der Männer und 54,7 % der Frauen zwischen dem 30. und 49. Lebensjahr.

### Internationaler Vergleich

Feuerlein, W., Kufner, H. & Soyka, M. (1998) differenzieren Länder mit einem geringen durchschnittlichen Jahres-pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols (weniger als 5 Liter), Länder mit einem mittleren Verbrauchswert (5 – 10 Liter) und Länder mit einem hohen Durchschnittsverbrauch (10 Liter und mehr)

In der nachfolgenden Tabelle 2.13. können auf der linken Seite die Rangplätze, je nach Verbrauchszahlen in Liter reinen Alkohol pro Kopf pro Jahr für 1993 und auf der rechten Seite können die Konsumveränderungen von 1980 bis 1993 ablesen werden.

Tabelle aus: Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M. (1998) nach Daten aus Jahrbuch Sucht 1996.

Rang	Land	Liter pro Kopf pro Jahr	Land	% Veränderung 1980-1993
<b>1</b>	<b>Deutschland</b>	<b>11,5</b>	Südafrika	+ 32,4
1	Frankreich	11,5	Japan	+ 22,2
2	Österreich	10,5	Türkei	+ 14,3
3	Portugal	10,4	Dänemark	+ 9,9
4	Ungarn	10,2	Finnland	+ 7,9
5	Dänemark	10,0	Großbritannien	0,0
5	Schweiz	10,0	Uruguay	0,0
5	Spanien	10,0	Österreich	- 4,5
6	Belgien	9,1	Bulgarien	- 4,6
7	Tschech.Rep.	8,9	Portugal	- 5,5
8	Italien	8,6	Tschech. Rep.	- 7,3
9	Bulgarien	8,3	Schweiz	- 7,4
10	Niederlande	7,9	<b>Deutschland</b>	<b>- 8,0</b>
12	Australien	7,5	Niederlande	- 11,2
13	Argentinien	7,4	Ungarn	- 13,6
14	Großbritannien	7,3	Belgien	- 15,7
14	Neuseeland	7,3	USA	- 17,1
15	Finnland	6,8	Australien	- 22,8
15	USA	6,8	Frankreich	- 22,8
16	Japan	6,6	Neuseeland	- 24,0
17	Polen	6,3	Spanien	- 26,5
18	Uruguay	6,1	Polen	- 27,6
19	Südafrika	4,1	Italien	- 33,8
20	Türkei	0,8	Argentinien	- 36,2

Tabelle 2.13.

Die Tabelle 2.13. verdeutlicht, dass Deutschland eine bedenkliche Spitzenposition einnimmt: obwohl die Verbrauchszahlen von 1980 bis 1993 schon um 8 % rückläufig waren, lag der deutsche Konsum 1993 auf Platz eins der Alkoholverbrauchszahlen.

Ein bemerkenswertes Ergebnis erzielte auch Frankreich. Die Franzosen konnten ihren Verbrauch um erhebliche 22,8 % reduzieren, und lagen 1993 mit dem Ergebnis, zusammen mit Deutschland immer noch auf Rang 1 der internationalen Verbrauchswerte.

Eine besondere Leistung erbrachte Argentinien mit einer Senkung des Verbrauchs um 36,2 %. Mit dem Wert sind sie aus der Kategorie „hoher Konsum“ in den Bereich „mittlerer Konsum“ einzuordnen.

Südafrika und Japan haben ihren Alkoholverbrauch erheblich gesteigert (32,4 und 22,2 %) und liegen damit mit Bereich „niedriger Konsum“ (Südafrika) und „mittlerer Konsum“ (Japan).

Generell zeigt die Tabelle 2.13., dass der Konsum auf einem relativ hohen Level stattfindet.

Rang	Land	Verbrauchszahlen reiner Alkohol in Liter				Veränderung 1970 - 2000
		1997	1998	1999	2000	
1	Luxenburg	11,4	13,3	12,2	12,1	21,6 %
2	Rumänien	9,8	10,5	10,3	11,7	86,5 %
3	Portugal	11,3	11,3	11,0	10,8	9,6 %
4	Irland	9,7	9,7	9,6	10,7	81,4 %
5	Tschechische Rep.	10,5	10,5	10,5	10,6	26,7 %
6	Frankreich	10,9	10,8	10,7	10,5	35,2 %
7	Deutschland	10,8	10,6	10,6	10,5	2,4 %
8	Spanien	10,2	10,1	9,	10,0	14,3 %
9	Dänemark	9,9	9,5	9,5	9,5	40,0 %
10	Österreich	9,5	9,3	9,3	9,4	-10,5%
11	Ungarn	10,1	10,2	9,7	9,2	1,4 %
12	Schweiz	9,2	9,1	9,2	9,2	-13,8 %
13	Slowakische Rep.	8,3	8,0	8,2	8,5	1,2 %
14	Belgien	9,1	8,2	8,4	8,4	-6,3 %
15	Großbritannien	8,2	8,0	8,4	8,4	58,2 %
16	Niederlande	8,2	8,1	8,2	8,2	43,2 %
17	Russland	7,5	8,1	8,7	8,1	24,7 %
18	Griechenland	8,3	7,9	8,2	8,0	50,9 %
19	Australien	7,5	7,6	7,6	7,5	-3,2 %
21	Italien	7,8	7,7	7,6	7,5	-45,3 %
22	Lettland	6,9	7,1	7,7	7,4	
24	Finnland	6,8	7,2	7,2	7,1	65,8 %
25	Polen	6,7	6,7	6,9	6,9	25,9 %
26	USA	6,6	6,6	6,7	6,7	0,7 %
28	Japan	6,4	6,5	6,6	6,5	4,6 %
34	Schweden	5,1	4,9	4,9	4,9	-15,5 %
41	Norwegen	4,0	4,0	4,1	4,3	18,5 %

Tabelle 2.14.

Quelle: Jahrbuch Sucht 2003

Es wird deutlich, dass Deutschland bzgl. des Pro-Kopf-Konsums pro Jahr für reinen Alkohol stets unter den ersten 10 Plätzen zu finden ist.

Die Tatsache, dass eine Vielzahl der Staaten ihre Verbrauchszahlen reduzieren konnte erscheint erfreulich. Es muss aber auch festgestellt werden, dass das Niveau trotzdem nach wie vor sehr hoch ist. Darüber hinaus konnte der vom Europäischen Aktionsplan Alkohol der WHO (1992) geforderte Reduktionswert von 25 % bis zum Jahr 2000, bislang noch nicht erreicht werden.

Nach den Produktionszahlen liegt Deutschland im jährlichen Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol im internationalen Vergleich immer unter den ersten zehn Plätzen. Beispielsweise für die Jahre 1991 und 1996 auf Platz sechs, mit einem Verbrauch von 10,9 Liter (1991) und 9,8 Liter (1996) reinen Alkohols pro Kopf pro Jahr. (siehe Jahrbuch Sucht 1997 und 1999) Siehe ebenso Tabelle 2.14.

Wenn der jährlichen Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol während eines längeren Zeitraumes verfolgt wird, ergibt sich ein deutliches Verlaufsmuster: 1950 lag der Jahresdurchschnittsverbrauch

pro Kopf in Deutschland bei 3,1 Litern. In den folgenden Jahren stieg die Zahl unaufhaltsam. 1980 erreichte sie den Höchstwert von 12,5 Litern. Seitdem ist die Tendenz der letzten Jahre wieder leicht abnehmend. 1995 lag der Wert bei 11,2 Liter und 1997 lag der Wert bei 10,7 Liter. (Jahrbuch Sucht 1995 und 1999)

Anzumerken ist hier, dass die Mengenangabe auf die Gesamtbevölkerung umgerechnet wurde. Wenn die Berechnung auf Personen ab dem 16. Lebensjahr basiert, steigert sich der Pro-Kopf-Verbrauch deutlich. Wenn der Altersrange eingegrenzt wird, z.B. erst ab dem 16. Lebensjahr, erhöht sich beispielsweise der Durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch (1995) von 11,2 Liter, auf 13,4 Liter reinen Alkohols. (Hüllinghorst, 1996).

### **2.3. Ätiologie des Alkoholismus**

Die Ätiologievorstellungen zum Alkoholismus waren im Laufe der Medizin-, Sozial- und Gesellschafts- und Psychotherapiegeschichte einem dynamischen Wandel unterworfen. Dieser Wandel wurde z.T. durch die jeweils modernen Wissenschaftszweige (Sozialistische Gesellschaftslehre, Psychoanalyse, Naturwissenschaften, Biologie, Genetik, Sozialwissenschaften, psychologische Forschung, etc.) bestimmt. Darüber hinaus existierten / existieren in jeder Disziplin Wissenschaftsparadigmen (monokausal-mechanistische, systemische, chaotische), die über die Hypothesenbildung und deren Evaluation entscheiden.

Überspitzt lässt sich das vielleicht so ausdrücken, dass ich nur sehe, was ich glaube und nicht, dass ich es glaube, wenn ich es sehe.

U.a. wurde im Rahmen der Wissenschaftsphilosophie strittig über den so genannten Paradigmenwechsel veröffentlicht (Capra, 1988, 1990; Gleick 1990).

Spätestens seitdem Luhmann (1987) zeigen konnte, wie sich kybernetische Systemmodelle auf gesellschaftliche Systeme übertragen lassen und damit die Systemtheorie begründete, kann es als wissenschaftlich fundiert angesehen werden, wenn disziplinenübergreifende Modelle entwickelt werden, die den systemischen Charakter eines Problems (z.B. Alkoholismus) postulieren.

Sicherlich forschen die meisten Wissenschaftler hauptsächlich innerhalb ihrer Fachdisziplin, aber die Hypothesenkonstruktion und die Ergebnisauswertung wird den systemischen Gedanken mitberücksichtigen müssen.

Dementsprechend wird das Phänomen Alkoholismus als ein systemisches Gefüge interpretiert. Dies geschieht auch auf Grund der hohen Komplexität und Interaktivität der Wirkungsfaktoren.

Monokausale Paradigmen, die z.B. nur genetische oder nur soziologische oder nur psychologische Ursachen postulieren, fanden bislang nur „widersprüchliche empirische Bestätigung“ (Lindenmeyer, 1999).

Chronische Erkrankungen, zu denen auch der Alkoholismus zählt, werden sowohl bzgl. der Ätiologie als auch bzgl. der Rehabilitationsmaßnahmen, nach dem bio-psycho-sozialem Konzept dargestellt. Es werden also biologische (physiologische, genetische), psychologische (psychopathologische, lerntheoretische) und soziale (kulturelle, gesellschaftliche, familiäre) Faktoren als systemisch zusammenwirkend betrachtet.

Die verschiedensten Untersuchungsinhalte lassen sich den drei Faktoren (Person, Umwelt und Suchtmittel), die in differenter Gewichtung für die Ätiologie verantwortlich gemacht werden, subsumieren (Feuerlein, Küfner & Soyka 1997). Jeder der genannten Faktoren wird aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln erforscht. Beispielsweise suchen medizinisch orientierte Wissenschaftler im Faktor Person nach genetischen Dispositionen und neurochemische Prozesse. Psychologisch orientierte Forscher betrachten im selben Faktor Person die psychopathologische Persönlichkeitsstruktur des Abhängigen und lerntheoretische Verknüpfungen. Soziologen betrachten eher die gesellschaftlichen Zusammenhänge und die spezifischen Lebenskontexte (z.B. Arbeitsumwelten).

Horgan (1993) stellt fest: „It is clear that along genetic risk, environmental influences, such as negative life experiences, stress, and interpersonal factors, play a critical role in the development of alcohol problems.“

Auch Autoren, wie Schlüter-Dupont (1990) sehen den Menschen als eine bio-psycho-soziale Einheit.

Die Reduzierung der ätiologischen Faktoren auf nur einen Kausalfaktor scheint also wenig effizient. Die Ätiologie einer Alkoholismuserkrankung wird heute mehrheitlich als ein multidimensionales Geschehen verstanden (Kielholz, P & Ladewig, D. ,1972). Das bedeutet, dass die drei Faktoren Person, Umwelt, Suchtmittel, als ein kohärentes System verstanden wird, welchen im Zusammenwirken die Alkoholproblematik konstituiert.

Eine theoretisch-ätiologische Annäherung an das Phänomen Alkoholismus kann nun über zwei Wege stattfinden:

- 1) Der deduktive Weg: Wie kann aus der Vielzahl der Theorien und deren Zusammenwirken das Phänomen Alkoholismus erklärt werden ?
- 2) Der induktive Weg: Was finden wir in den Feldstudien ? Welche spezifischen Merkmale und Eigenschaften zeichnen Alkoholkranke, im Gegensatz zu Nicht-Alkoholkranken aus ? Und welche Ätiologie-Modelle können daraus gefolgert werden ?

An dieser Stelle wird der induktive Weg bestritten. Es folgen Ergebnisdarstellungen aus den genannten Bereichen **Psychologie**, **Biologie** und **Soziologie**, die beschreiben, welche Merkmale in der Alkoholismusforschung gefunden wurden. Erst nachdem der Status Quo transparent geworden ist, erfolgt im Anschluss daran, der induktive Schritt, indem die gefundenen Ergebnisse einem theoretischen Modell zugeordnet werden.

## **Zur Psychologie des Alkoholismus**

An erster Stelle sei erwähnt, dass es im Gegensatz zu den gut definierten Kriterien einer narzisstischen, histrionischen oder anankastischen Persönlichkeit, keine sicheren, abgrenzbaren Merkmale für eine spezifische Suchtpersönlichkeit gibt (Soyka 1997).

Auch Schlüter-Dupont (1990) stellt fest: „Obwohl frühe, narzisstische Störungen und depressive Neurosenstrukturen bei Alkoholikern überrepräsentiert sind, lässt sich keine einheitliche Neurosenstruktur belegen.“

Im Prozess der Diagnostik, stellt sich die Frage nach der Primärpersönlichkeit des Alkoholkranken. Diese Frage ist sicherlich nicht in jedem Fall zu klären, da alkoholbedingte und reifungsblockierte Störungen konfundieren.

### **Die prämorbidie Persönlichkeit**

Ein generelles psychisches Muster von alkoholkranken Menschen wird mit dem Konzept der „postmorbiden Persönlichkeit“ beschrieben. Sieber (1993) benennt folgende Anzeichen: Selbstwertdefizite, reduzierte Selbstkontrollfähigkeiten, dysphorische Verstimmungen und erhöhte Psychopathiewerte.

Scheller & Lemke (1994) konnten zeigen, dass die Stressmanagementressourcen (Coping – Strategien) bei Alkoholikern Besonderheiten aufweisen, insbesondere besteht eine deutlich höhere Konfliktvermeidungshaltung.

Die alkoholbedingten psychischen Auffälligkeiten, wie Klein (1996) sie bzgl. aggressiven Verhaltens schildert, lassen sich aus tiefenpsychologischer Sicht als allgemeine Reduzierung der Ich-Funktionen zusammenfassen. Die klassischen Ich-Funktionen, die im Kindesalter gelernt werden sollten, wie z.B. Frustrationstoleranz, Fähigkeiten zum Bedürfnisaufschub, Impulskontrolle, Objektrepräsentanz, Aggressionshemmung, etc., scheinen sich unter Alkoholeinfluss in dem Maße zu verflüchtigen, wie sie vor dem Konsum (stabil oder labil) vorhanden waren und in welchem Quantum der Alkohol konsumiert wird.

Ermann (1995) fand folgende Merkmale bei Alkoholkranken:

- |                                          |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------|
| - passive Konfliktbewältigung            | - Suchtmittel = Ersatzobjekt      |
| - Störung der Autonomieentwicklung       | - Ich – Schwäche                  |
| - Selbstwertdefizite                     | - Passiv-orale Versorgungswünsche |
| - Verlassenheit → psychosozialer Rückzug | - Störung der Objektbeziehungen   |

DeJong et al.(1993) fanden Zusammenhänge zwischen Alkoholismus und Persönlichkeitsstörungen :

- 80% der Alkoholiker weisen eine Persönlichkeitsstörung auf
- Antisoziale Persönlichkeit: 14% – 53%
- Histrionische Persönlichkeit
- Dependente Persönlichkeit

Auch Hoffmann & Hochapfel (1979) stellten schon fest: „Zu den frühen Störungen mit Neigung zur malignen Regression gehören auch die Suchten.“

Barnes (1980) wagte den Versuch der Beschreibung einer Alkoholikerpersönlichkeit:

- |                                    |                                               |
|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| - Ich-Schwäche, neg. Selbstkonzept | - Geringe Frustrationstoleranz                |
| - Psychopathie                     | - Feldabhängigkeit: Passivität + Abhängigkeit |
| - Feindseligkeit                   | - Neurotizismus: Hypochondrie + Angst         |
| - Impulsivität                     | - Depressionsneigung                          |

Ein so genannter Temperamentenansatz wurde von Tarter et al. (1987) formuliert:

- |                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| - Hohes Aktivitätsniveau | - geringe Aufmerksamkeitsspanne |
| - Emotionalität          | - geringe Entspannungsfähigkeit |
| - geringe Soziabilität   |                                 |

Jones (1968) benannte folgende Merkmale:

- |                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| - Wenig Selbstkontrolle  | - Aggressivität |
| - Wenig Selbstwertgefühl | - Soziopathie   |
| - Impulsivität           |                 |

Cloninger (1987) veröffentlichte folgende Merkmale:

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| - Hypomanie      | - Sensation seeking |
| - Depression     | - reward dependency |
| - Hyperaktivität | - harm avoidance    |

Cloninger benennt unter anderem die Eigenschaften *novelty seeking*, *sensation seeking* als Persönlichkeitsvariablen, die einer Suchtentwicklung möglicherweise zugrunde liegen (Cloninger 1987). Dagegen, so Cloninger, ist *reward dependency* vermutlich ein Faktor, der einer Beendigung von Suchtverhalten entgegen steht und die Wiederholung des Konsums fördert.

Eine ältere, aber trotzdem recht interessante Studie von McAndrew (1965) bezog sich auf die Vorhersagbarkeit des Alkoholismus. Eine Testung mit dem Minnesota Multiphasic Personality Inventor (MMPI) wurde an einem amerikanischen College durchgeführt und 13 Jahre später nachgetestet. Die Ergebnisse des MMPI ergaben 72 % richtige Vorhersagen bzgl. des späteren Alkoholismus. Insbesondere die Skalen Psychopathie und Hypomanie stellten sich für die Alkoholismuskorrelation als besonders geeignet heraus.

Eine Studie von Petermann & Roth (2003) von der Universität Leipzig untersuchten den Persönlichkeitstyp 1236 Jugendlicher zwischen 14 und 16 Jahren und deren Substanzkonsum:

Die Autoren Petermann & Roth (2003) konnten 2 Persönlichkeitstypen identifizieren:	
Protektiver Typus:	Geringer Konsum von Alkohol, Nikotin, Marihuana, niedriger Neurotizismus, hohe Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit
Vulnerabler Typus:	Höherer Konsum von Alkohol, Nikotin, Marihuana

**Fazit:**

Die Forschungsergebnisse zeigen wiederholt auftretende Persönlichkeitsmuster, die sich durch Aggression (Feindseligkeit, antisoziale Strukturen), Ich-Schwäche (Reduzierte Selbstwahrnehmung (Introspektionsfähigkeit), Selbstentlastungsressourcen, Stressmanagementkompetenzen, Frustrationstoleranz, Bedürfnisaufschub, Impulskontrolle) und Dependenz (Feldabhängigkeit: Passivität und Abhängigkeit) auszeichnen.

**Zu den psychologischen Ätiologiemodellen des Alkoholismus.**

Es sei vorweggenommen, dass es *die* spezielle psychologische Theorie zur Genese von Alkoholismus nicht gibt. Aber es werden im weiteren Verlauf psychologische und psychotherapeutische Schulen beschrieben, die zu dem Thema einen bedeutenden Beitrag geleistet haben, bzw. noch leisten.

Es besteht eine fast unüberschaubare Vielfalt von relevanten psychologischen und psychotherapeutischen Schulen. Zwei der dominantesten Schulen sind:

**I) Psychoanalytische Schulen**

**II) Verhaltenstherapeutische Schulen**

(Anmerkung: Die folgenden Beschreibungen sind sehr reduziert dargestellt und nicht erschöpfend. Für detailliertere Informationen wird auf die Quellen verwiesen)

## I) Zu den Psychoanalytische Schulen

<b>Analytische Schulen</b>	<b>Autoren</b>	<b>Relevante Termini</b>
Triebtheorie	Freud, S.	Regression
Analytische Psychologie	Jung, C.G.	Intro-Extraversion
Objekt-Beziehungs-Theorie	Klein, M., Balint, M.	Internalisierung, Ich-Strukturen
Selbstkonzept – Narzissmus	Kohut, H., Miller, A.	Größen-Selbst

### **Zur Triebtheorie** (Freud, 1942)

Die Triebtheorie beschreibt Einflüsse, die die Sexualentwicklung stören, und zu einer Regression auf frühere Entwicklungsstufen führen. Das hedonistische Verständnis dominiert, d.h., dass der Alkoholkonsum als Ersatzbefriedigung angesehen wurde, um Unlust durch Triebkonflikte zu reduzieren. Alkoholsucht ist eine prägenital, orale Störung.

### **Zur Analytischen Psychologie** (Jung, 1935)

Jung definierte zwei Persönlichkeitstypen (Introversion und Extraversion), die sich u.a. bzgl. ihrer Arousal-Level (Ausmaß der inneren Spannung und Spannungsbereitschaft) unterscheiden. Der Introvertierte Typus meidet externe Stimuli, da sein Arousallevel typbedingt erhöht ist, während der Extravertierte die externen Stimuli, auf Grund der geringeren inneren Spannung, sucht.

Demzufolge würde der Extravertierte eher geringe Alkoholmengen zur Stimulierung nutzen, während der Introvertierte den Alkohol in höherer Dosierung zur Sedierung nutzen könnten.

### **Zur Objekt-Beziehungs-Theorie** (Melanie Klein, 1962)

Klein (1962) beschreibt die verschiedenen Internalisierungsprozesse im Reifungsprozess des Kindes zum Erwachsenen. Insbesondere die gestörten, früherfahrenen und dann internalisierten Beziehungsmuster wirken sich im weiteren Verlauf der Entwicklung äußerst negativ aus. Beispielsweise erzeugen die labilen Objektrepräsentanzen interpersonelle Konflikte, die das psychische Spannungslevel dauerhaft erhöhen. Die labilen und z.T. auch negativen Objektrepräsentanzen erschweren u.a. das Zustandekommen eines stabilen therapeutischen Arbeitsbündnisses.

Balint (1960) beschreibt zwei Typen der primitiven Objekt-Beziehungen:

Der oknophilen Typ zeigt sich anklammernd, es bestehen Einverleibungswünsche, das Objekt ist überwichtig. Alkohol ist das Ersatzobjekt, das er liebt und hasst.

Der philobatischer Typ: Die Vorstellungen vom Ich sind überhöht, es bestehen schizoide Tendenzen („Freiheitsliebe“)

### **Zur Selbstkonzept-Theorie (Narzissmustheorie) (Kohut, 1973)**

Kohut (1973) beschreibt das Ich und das Über-Ich als Produkte von Verinnerlichungen / Internalisierungen. Das Selbstwertgefühl des Ich ist oftmals belastet, durch negative Über-Ich Impulse. Der Alkohol dient der Betäubung des Über-Ich und Auflösung von negativen internalisierten Objekten.

Miller (1979) beschreibt den Interaktionsprozess zwischen selbstwertgestörten Müttern und ihren Kindern. Diese Mütter besetzen ihre Kinder narzisstisch. (Das tun zwar alle Mütter, aber ich-schwache Mütter in einem pathogenen Ausmaß). Das führt zu Überlastung des Selbst-Ideals der Kinder, da sie ihren internalisierten, überhöhten Selbstidealen nie gerecht werden können. Als Folge wird das Ich geschwächt und es können sich Selbstwertprobleme entwickeln. Um diese zu kompensieren, werden Selbstanteile abgespalten und überhöhte (unrealistische) Selbstideale fixiert. Diese Dynamik kann der Wegbereiter für die Größen-Selbst-Phantasien der Süchtigen sein. Das erhöhte Größen-Selbst dient als Schutz gegen Minderwertigkeitsgefühle. Andererseits sind sie auch die Quelle stetiger Frustration, da Realität und Größen-Selbst in der Regel nicht kompatibel sind.

Die analytischen Schulen gehen von gestörten internalisierten Erfahrungen und in Folge auch von instabilen Ich-Strukturen aus, die ein unreifes Konfliktmanagement und defizitäre Selbstregulationen bewirken und eine Triebregrression auf frühere unreifere Entwicklungsphasen bewirken.

Die reduzierten Ich-Funktionen, insbesondere Frustrationstoleranz, Bedürfnisaufschub und Impulskontrolle führen zum aggressiven Ausagieren und auch zu selbstschädigendem Verhalten (Alkoholexzesse).

Ein weiteres Kennzeichen einer gestörten Objektrepräsentanz und damit eines gestörten Interaktionsmusters ist der unbewusste Impuls zur Re-Inszenierung von verdrängten negativen Affekten. Beispielsweise entspricht ein betont devotes, passiv masochistisches Unterwürfigkeitsverhalten (wie es oft von trockenen Alkoholikern angenommen wird) einer Regression und unbewusster Re-Inszenierung von verdrängten Erfahrungen. Sie signalisieren von den Eltern, dem Partner, der Umwelt, dem Schicksal hart geschlagen worden zu sein.

## II) Zu den Verhaltenstherapeutischen Schulen

Schulen	Autoren	Relevante Termini
Klassische Konditionierung	Watson (1950)	Reiz-Reaktions-Programmierung
Operante Konditionierung	Skinner (1951)	operantes Verhalten wird belohnt / bestraft
Kognitionspsychologie	Johnsons (1955)	Interpretation + Handlungsapell
Theorie des sozialen Lernens	Bandura (1971)	Lernen durch Beobachtung
Sozial-kognitive-Lerntheorie	Bandura (1969, 1979)	Wirkungserwartung als habituierte Reaktion
Attributionstheorien	Weiner (1971)	Locus of control

### **Zum Klassischen Konditionierung** (Watson, 1950)

Watson reduzierte die kompliziertesten Abläufe auf einfache Reiz-Reaktions-Muster, die entweder belohnt und wiederholt oder bestraft und gemieden werden. Dementsprechend bilden sich durch Verknüpfungen, wie z.B. Bohrgeräusch (plus Zahnarzt) gleich Angst, die in Folge auch reduziert funktionieren: Bohrgeräusch gleich Angst. Es wird ein stabiles negatives Muster erzeugt. Alkohol (plus Angst) gleich Wohlbefinden, würde ein stabiles positives Muster erzeugen.

Auch das Phänomen des konditionierten Entzugssyndroms (Kapitel 2.5.) lässt sich mit dem Reiz-Reaktions-Muster erklären.

Lindenmeyer (1999) beschreibt ausbalancierte Placebodesigns, die belegen, dass auf der Ebene des Konditionierens Wirkungserwartungen von Alkohol etabliert werden

Lindenmeyer (1999) schildert die frühen Konditionierungserfahrungen: Psychophysischer Spannungsabbau durch orale Zufuhr (Nahrung) statt Zuwendung.

### **Zur Operanten Konditionierung** (Skinner, 1951)

Erfolgreiche Problemlösungsstrategien, auch wenn sie langfristig Probleme erzeugen, werden kurzfristig schnell belohnt und damit gelernt. Alkohol wäre eine „einfache und schnelle Lösung“.

### **Zur Kognitionspsychologie** (Johnsons, 1955)

Auf der kognitiven Ebene werden kurzfristige Spannungsreduktionen oder psychosoziale Erfolge, wie sie durch Alkoholenuss entstehen können, als effiziente erinnerungswürdige Reaktionsmuster fehlinterpretiert.

### **Zur Theorie des sozialen Lernens (Bandura, 1971)**

Das Modell ist eben so einfach, wie plausibel. Menschen lernen, selbst komplizierteste Handlungsmuster, durch Beobachtung.

### **Zur Sozial-kognitiven-Lerntheorie (SKL) (Bandura 1969, 1979)**

Die SKL integriert sowohl behaviorale als auch medizinische Aspekte. Die Prinzipien des Lernens am Modell und durch Konditionierung führen dazu, Alkohol und Alkoholwirkungserwartungen als habituierte Reaktion auf aversive Reize zu etablieren (Cooper, Russel & George, 1988).

### **Zur Attributionstheorie (Weiner, 1971)**

Der Wahrnehmungsstil eines Individuums entscheidet über seine Handlungsimpulse. Der Locus of control (intern / extern, stabil / instabil) ist dabei von besonderer Bedeutung. Wenn das Individuum ein negatives Ereignis (Alkoholexzess) als intern und stabil attribuiert (eigene Schwäche), wird es vermehrt Hilflosigkeit und Passivität zeigen. Wenn dasselbe Ereignis intern und instabil attribuiert wird (seltene Unaufmerksamkeit) wird das Individuum andere Handlungsschlüsse daraus ziehen.

### **Fazit:**

Die psychoanalytischen Schulen können sehr nachhaltig die defizitären Persönlichkeitsstrukturen beschreiben, die in den Feldforschungen zum Alkoholismus gefunden werden. Damit ist aber nicht zwingend die Ätiologie des Alkoholismus erklärbar. (Vielleicht mit Ausnahme der Schilderungen zu den oralen Störungen (Triebtheorie), die den „Sprung“ zum Alkoholtrinken nahelegen).

In der Kombination mit den lerntheoretischen Schulen, kann das Zusammentreffen von ich-geschwächten Persönlichkeiten und einer Alkoholsucht nachvollziehbar geschildert werden.

Bei Menschen mit reduzierten Fähigkeiten zur Selbstregulation und Selbststabilisierung erscheint die Anfälligkeit für den Substanzmissbrauch bzw. der Abhängigkeit deutlich erhöht (Die genetischen Dispositionen sind dabei noch nicht berücksichtigt). Insbesondere, da Alkohol in unserer Gesellschaft quasi permanent verfügbar und entritualisiert ist und energisch beworben wird.

Die Psychologie und Psychiatrie zeigen die Stärke, die entsprechenden individuellen Störungsbilder identifizieren und erklären zu können, sie weisen damit aber oftmals die Schwäche auf, eine Problematik, wie z.B. den Alkoholismus zu sehr zu personalisieren.

### **Exkurs: Mythologisch – existentielle Kausalhypothesen**

Einige Autoren bemühen den Zusammenhang von Sucht und Suchen. Quasi als Suche nach sich selbst und als Kompensationshilfe auf Grund der nicht mehr praktizierten Übergangs-, bzw. Initiationsriten. Es wird in dem Zusammenhang oft kritisiert, dass etymologisch eher Sucht von Siechen abgeleitet werden kann (Lindenmeyer 1999).

## Zur Soziologie des Alkoholismus

Die Soziologie lieferte im Laufe der Wissenschaftsgeschichte immer wieder die theoretischen Rahmenmodelle, die in besonderem Maße das wissenschaftliche Arbeiten aller anderen Disziplinen manipulierte. Von der sozialistischen Gesellschaftslehre bis zur System- und Chaostheorie entwickelten sich soziologische Modelle.

Bastide (1973) prägte, basierend auf den Schriften von Marx, den Begriff „Soziologie der Geisteskrankheiten“. Dieser Terminus verdeutlicht die Bedeutung des Lebensraumes und dessen Auswirkungen auf die psychophysische Verfassung der Individuen.

Insbesondere die sozialistischen Gegner des Industriekapitalismus, wie z.B. Engels (1845/1964) unterstrichen in ihren Werken die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Alkoholkonsum. Der Alkoholkonsum wird mit diesem Gesellschaftsverständnis als Symptom des inhumanen Industriekapitalismus identifiziert.

Schlüter-Dupont (1990): „Die künstliche Manie des Rausches ermöglicht die Realitätsflucht, die bedeutsam ist für zum Verständnis des Elendsalkoholismus.“

Spätestens seit dem deutschen Wirtschaftswunder der Nachkriegszeit, mit der permanenten Verfügbarkeit und Absicherung der materiellen Grundversorgung, haben sich die Lebensbedingungen auch der unteren sozialen Schichten deutlich verbessert.

Die soziologische Argumentation bezieht sich nicht mehr auf die inhumanen Arbeitsbedingungen.

Die soziologische Sichtweise ist immer eine kontextgebundene Perspektive. Der zentrale Aspekt ist also die Interaktion des Individuums mit seiner sozialen Umwelt. Dementsprechend werden die relevanten Umweltparameter der betroffenen Person kritisch betrachtet:

Peer-Group, (sub-)kulturelle Konsumrituale, Normen und Regeln, Verfügbarkeit der jeweiligen Substanz. (Hurrelmann 1999)

Insbesondere 2 soziologische Modelle erscheinen bzgl. der Suchtdynamik von Interesse:

- 1) Soziale Belastungen können als evidente Risikofaktoren angesehen werden. Die Selbstmedikations-Hypothese wird als reaktives Element interpretiert, das auf Grund primärer Umweltstressoren entsteht.

Ein Reframing wird durch die Frage nahegelegt, ob ein Mensch, der in einer kranken Gesellschaft krank wird, tatsächlich als krank einzustufen ist. Oder ob es nicht vielmehr die Angepassten sind, die inkongruentes Verhalten zeigen und dementsprechend als pathologisch einzustufen sind.

- 2) Die soziologische Theorie der Rollenidentifikation oder der Labeling Approach, bzw. die Etikettierungstheorie, beschreibt einen Interaktionsprozess, in dem sich der Betroffene gemäß seiner gesellschaftlichen Rolle identifiziert und verhält. Die Phänomenologie erscheint dabei als eine Art Interferenzmuster. Die Alkoholproblematik entsteht innerhalb dieses Modells nicht auf Grund des individuellen Konsums, sondern als Interaktionsprodukt gesellschaftlicher normbezogener Prozesse, auf die der Betroffene entsprechend seiner Rolle reagiert.

War der Alkoholismus im 19. Jahrhundert noch ein soziales Phänomen, so besteht heute eher die Schwierigkeit diese Aspekte (z.B. in den Klinikalltag) zu integrieren. Die Drifthythese schildert die sozialen Folgen, die durch den Alkoholismus erst entstehen.

### **Die Drifthythese oder der soziale Abstieg**

Die Drifthythese bezieht sich auf 3 Gruppierungen von sozialen Konsequenzen:

- 1) Direkte soziale Folgen des Alkoholkonsums (Ehescheidungen, Kündigung und Arbeitslosigkeit, Finanzprobleme, u.U. auch Obdachlosigkeit und Kriminalität)
- 2) Gesellschaftliche Ausgrenzung (Rückzug von Bezugspersonen und Kontaktvermeidung der Gesellschaft)
- 3) Rückzugsimpulse der Alkoholkranken (Interessenverlust, Scham, etc.)

Die Aspekte des sozialen Abstieges treten in Wechselwirkung und werden vom Betroffenen als Anlass für den weiteren bzw. gesteigerten Alkoholkonsum angesehen. Es entsteht schnell ein Teufelskreis, der vom Alkoholabhängigen suchtspezifisch interpretiert wird. D.h., dass der Abhängige die z.T. schweren sozialen Folgen als Ursache der Sucht attribuiert und nicht mehr als deren Wirkung.

Die Systemtheorie bezeichnet diese Dynamik als Interpunktionsproblem, der Volksmund als Henne – Ei – Problem.

Lindenmeyer (1999) kritisiert in diesem Zusammenhang, dass viele Therapeuten die „Talsohle“ des sozialen Abstieges als wichtige Erfahrung für den Betroffenen ansehen. Diese Quasi-Argumentation kann u.U. zu einer Verlängerung und Chronifizierung des Leidensweges (physische, psychische und soziale Folgeschäden) der Betroffenen führen.

Die notwendige Konsequenz aus diesen Überlegungen, wäre auch bei gering motivierten und / oder alkoholkonsumierenden Patienten engagiert und kompetent zu handeln. Hier steht insbesondere der Begriff Schadensbegrenzung (harm reduction) im Mittelpunkt.

Die Eckpfeiler der harm reduction sind:

- Sicherstellung des Überlebens des Patienten
- Prophylaxe und / oder Behandlung psycho – physischer Folgeschäden
- Aufrechterhaltung der sozialen Netzwerke des Patienten
- Verlängerung der Abstinenzphasen

### **Verfügbarkeit und Entritualisierung**

Ein wesentlicher sozialer Aspekt des Alkoholismus ist die permanente Verfügbarkeit, die massive Werbung für die Getränke, deren Präsenz in den Medien und der relativ geringe Verkaufspreis von alkoholischen Getränken.

Die Alkoholindustrie ist in Deutschland eine Multimilliarden-Euro-Branche, deren Verkaufszahlen und, dementsprechend auch der Pro-Kopf-Verbrauch pro Jahr, ein konstant hohes Niveau halten (Kapitel 2.2.).

Moskowitz (1989) konnte nachweisen, dass Veränderungen der Verfügbarkeit, Preiserhöhungen, Einschränkungen der Verkaufszeiten, und Gesetzesverschärfungen signifikante Reduktionen in den Bereichen Gesamtkonsum, Fälle von Leberzirrhose und Verkehrsunfälle zur Folge hatte.

Die permanente Verfügbarkeit des Alkohols und andererseits die fehlenden Reglementierungen für den Konsum, bedeuten für Millionen Menschen in Deutschland ein großes Risiko.

Ein wesentlicher sozial-gesellschaftlicher Faktor, der das Ausmaß und die Häufigkeit von Alkoholerkrankungen moderiert, ist die jeweilige kulturspezifische Trinkkultur.

Trinkkultur ist eine Bezeichnung für den gesellschaftlichen Konsens über Umgang mit Alkohol.

Es lassen sich grundlegend verschiedene Trinkkulturen beschreiben (Pittmann, 1964; Lindenmeyer, 1999):

- 1) Die Abstinenzkultur: Darunter fallen die islamischen und die hinduistischen Staaten. Dort wird sicherlich auch Alkohol getrunken, aber der gesellschaftliche Konsens sanktioniert den Konsum. Das bedeutet u.a., dass die Verfügbarkeit erheblich reduziert ist und alkoholbedingte Auffälligkeiten weniger ignoriert werden. Alkoholranke werden deutlich vermehrt konfrontiert und um Korrektur gebeten.
- 2) Trinkkulturen mit klaren Regeln: In vielen Mittelmeerstaaten ist z.B. der übermäßige Konsum deutlich negativ assoziiert. Es wird zwar konsumiert, aber Trinksitten sind mit den Esskulturen verknüpft und stärker ritualisiert.
- 3) Trinkkulturen mit unklaren Regeln: Z.B. wird in den USA nur der öffentliche Konsum sanktioniert. Der private Konsum bleibt dagegen eher ein Tabuthema.
- 4) Gestörte Trinkkulturen: Insbesondere lassen sich die Länder Deutschland, England, Polen, Sowjetunion dazurechnen. In einer gestörten Trinkkultur gibt es weder klare Regeln noch klare

Grenzen. Das bedeutet, dass z.B. ein regelmäßiger Konsum als normal betrachtet wird, dass Alkohol zu allen gesellschaftlichen Anlässen dazugehört, dass die Konsummuster als Privatangelegenheit betrachtet werden. Trinkexzesse gelten als Proben für die persönliche Stärke. Die Medien propagieren massiv die nur positiven Seiten des Konsums und liefern täglich Beispiele für Alkoholmissbrauch, wenn z.B. Alkohol in den Medien als Problemlöser oder als Entscheidungshilfen dargestellt werden.

Die gestörte Trinkkultur produziert sog. Eisbergphänomene: Die sukzessive, schleichende Suchtentwicklung bleibt entweder lange unbemerkt, da der regelmäßige Konsum in vielen Lebensumwelten akzeptiert wird, oder die Thematik bleibt (zu) lang als Tabuthema bestehen.

In dem Kontext spielt die Dynamik des Ko-Alkoholismus (siehe Kapitel 2.13.) eine wichtige systemkonsolidierende und –verstärkende Rolle.

### **Systemtheorie**

Die Soziologie hat mit ihren wissenschaftstheoretischen Modellen erheblichen Einfluss auch auf die Ätiologiemodelle des Alkoholismus. Insbesondere die Systemtheorie, die durch Luhmann (1987) geprägt wurde, lieferte das wissenschaftliche Fundament für interdisziplinäre Modelle. Diese gab es natürlich auch schon vor der Systemtheorie, aber seitdem konnte erstmals die zwingende Notwendigkeit derartiger Modelle belegt werden.

Das systemische Paradigma geht von interagierenden Subsystemen aus, die sich gegenseitig perpetuieren. Für das systemische Gefüge des Alkoholismus könnte das bedeuten, dass jeder Aspekt (biologische, psychologische, soziologische) ein Subsystem bildet, das in Wechselwirkung andere Subsysteme beeinflusst (perpetuiert). Quasi gemeinsam versucht das System den Alkoholismus in einen homöostatischen Zustand zu halten. Durch die dynamischen Interaktionen der Subsysteme, beispielsweise durch den biologischen Adaptionsprozess an die Substanz, werden Veränderungen in anderen Subsystemen erzeugt, z.B. auf der kognitiven und Verhaltensebene, um durch gesteigerten Konsum, den homöostatischen Zustand wieder herzustellen.

Die Systemtheorie hatte nicht nur deutlich Auswirkungen auf die Theorienbildung, sondern auch auf die Praxis. Beispielsweise entwickelten sich im Kontext der Psychotherapie die Systemische und Familientherapie.

### **Systemische- und Familienprozesse**

Das alkoholranke Familienmitglied wird als Symptomträger innerhalb eines pathogenen Systems betrachtet. Termini, wie z.B. Suchtfamilien, Alkoholikerfamilien, systemische Suchtstrukturen, abhängige und co-abhängige Strukturen, etc. dokumentieren das zugrunde liegende Verständnis.

Lindenmeyer (1999) stellte die Frage, ob die systemische Dynamik suchtspezifisch ist, oder nicht allgemeinen Kompensationsprinzipien folgt. Die Systemische Therapie, bzw. die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen in die Suchtentwöhnungstherapie erhöht signifikant die Abstinenzchancen. Auf Grund des systemischen Charakters des Alkoholismus erscheint es logisch, ein systemisches Verständnis in die Behandlung einzubringen.

### **Die Chaostheorie und das Butterfly – Modell**

Die theoretische Grundhaltung, das Paradigma, besitzt einen manipulierenden Einfluss auf die gesamte Forschung. Das Paradigma entscheidet über die Theorienbildung, die Versuchsanordnung und die Ergebnisinterpretation. Wenn beispielsweise im Rahmen eines monokausalen Paradigmas nach den Ursachen des Alkoholismus geforscht wird, konzentriert sich die Suche möglichst nach dem einen alles entscheidenden Kausalfaktor. Da das Paradigma in der Regel einem pathologischen Verständnis folgt, wird davon ausgegangen, dass es, im Falle des Alkoholismus, schwerwiegende pathogene Störungen gegeben haben muss, nach denen dann geforscht wird. Und die dementsprechend dann auch gefunden werden. Genauer betrachtet werden Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten aufgedeckt.

Das aktuellste wissenschaftliche Paradigma, die Chaostheorie, eröffnet bzgl. der beschriebenen Dynamik neue Möglichkeiten. Eine Aussage der Chaostheorie lautet, dass auch kleine, scheinbar unbedeutende Ursachen große Effekte (z.B. Alkoholismus) bewirken können. Dieser Effekt wird Butterfly-Effekt genannt, da nach chaostheoretischem Verständnis selbst der Flügelschlag eines Schmetterlings durch chaotische Verknüpfungen und systemische Verbindungen erhebliche Auswirkungen erzeugen kann (Gleick, 1990).

Eine deduktive Ableitung dieses Modells könnte bedeuten, dass selbst schwerste Störungen (Alkoholismus), ohne das Postulat einer vorhergegangenen schwerwiegenden Ursache denkbar wären.

Sicherlich zeigen die Forschungsergebnisse (S. 41), dass eine große Anzahl von Alkoholkranken, schwere biologische, psychische und soziale Defizite als Kausalfaktoren aufweisen. Davon sind allerdings nicht 100 % der Alkoholkranken betroffen.

Es sei angemerkt, dass wissenschaftstheoretisch die Möglichkeit von komplementären Ergebnissen bestehen.

Darüber hinaus eröffnet die Chaostheorie die Option, dass manchmal auch kleine, kurze (therapeutische) Interventionen zu einem signifikantem (Behandlungs-) Ergebnis kommen können.

An dieser Stelle sei einmal die provokante Frage erlaubt, ob diese Ergebnisse nicht zuletzt auch auf Grund ihrer Hypothesenbildung und Versuchsanordnung zustande kamen.

**Anmerkung:** Eine wissenschaftliche Erforschung des Butterfly-Effekts für Alkoholranke könnte eine interessante Studie hervorbringen, die nicht mehr gezielt nach vorausgegangenen Störungen sucht, sondern die Hypothese prüft, ob derartige Störungen (Alkoholismus) auch ohne Nachweisbarkeit von pathogenen Impulsen entstehen kann. Die Nachweisbarkeit ist dadurch erschwert, da es chaostheoretisch nur Minimalimpulsen und folgenden Interferenzen bedarf, um signifikante Effekte zu erzielen.

## **Zur Biologie des Alkoholismus**

In diesem Abschnitt werden die biologischen Wirkungsweisen des Alkohols in Bezug auf eine mögliche Suchtentwicklung dargestellt. Des weiteren werden genetische Forschungsergebnisse beschrieben, die eine erhöhte Vulnerabilität für bestimmte Personen belegen können.

Anmerkung: Der biologische (biochemische) Ansatz bildet die theoretische Basis für den Einsatz von Pharmaka (u.a.: Anti-Craving-Substanzen, Anitdipsotropika, Psychopharmaka)

### **Das Belohnungssystem und die Suchtentwicklung**

Das Belohnungs-System (Reward-System) ist für biologische Suchtmodelle von zentraler Bedeutung. Wolf (2003) schreibt: „Dem Belohnungssystem, auch *Reward-System* genannt, kommt innerhalb der biologischen Erklärung von Sucht eine besondere Bedeutung zu. Das Belohnungssystem gilt in den biologischen Suchtmodellen als grundlegendes Erklärungskonzept. Da es als Angriffspunkt aller psychoaktiven Substanzen gehandelt wird, stellt die Wirkung auf das Belohnungssystem scheinbar eines der wenigen gemeinsamen Merkmale von psychoaktiven Substanzen dar. Die Existenz eines solchen neuronalen Systems, das als "belohnungsvermittelnde" Instanz wirkt, bildet die Grundannahme vieler biologischer Hypothesen zu einer möglichen Suchtentwicklung. Das Prinzip ist einfach ausgedrückt "Lernen durch Belohnung".“

Olds & Millner (1954) zeigten im Tierversuch zur Selbstapplikation (der "Skinner-Box" für operante Konditionierungsanordnung), dass Ratten, die selber per elektrischen Impuls das Belohnungssystem aktivieren konnten, alle anderen Aktivitäten aufgaben, u.a. auch die Nahrungsaufnahme, und sich

hauptsächlich der Selbststimulation des so genannten reward-systems hingaben, sie wiederholten das Verhalten bis zu 700 Mal pro Stunde.

Anfangs bezogen sich die Stimulationen auf den lateralen Hypothalamus. Olds & Millner nannten die Region das Pleasure Center.

Diese Versuchsanordnung wurde im weiteren Verlauf von verschiedenen Forschern wiederholt, die zu dem Ergebnis kamen, dass sich das Belohnungszentrum nicht nur auf den lateralen Hypothalamus beschränkt. Weitere Untersuchungen lokalisierten das Belohnungs-System als MCL-System (Meso-cortico-limbische-System). Julien (1997) stellte fest, dass das MCL-System, aus dem Hippocampus, der Area tegmentalis ventralis im Mittelhirn, dem frontalen Cortex und dem nucleus accumbens, auch *reward circuit* genannt, besteht.

Demzufolge setzt sich das neuronale Belohnungssystem aus sehr unterschiedlichen Schichten unseres zentralen Nervensystems zusammen, indem sowohl höhere, kognitive Funktionen (frontaler Cortex) als auch tiefere Strukturen (Hippocampus) einbezogen sind.

Julien beschreibt das MCL-System und den Neurotransmitter Dopamin als grundlegende Strukturen für emotionale, motorische und Lernprozesse.

Koob (1992) schreibt, dass Dopamin scheinbar der Modulator für jede Art belohnungswirksamen Inputs ist. Dopamin scheint also z.B. bei Lernprozessen ein wichtiger Stimulator zu sein.

Die assoziative gelernte Verknüpfung von exogenen Substanzen (z.B. Alkohol) mit intrinsischer neuronaler angenehmer Stimulation wird von Autoren wie z.B. Di Ciara (in: Spanagel & Weiss 1999) als „fehlgeleitetes Lernen“ definiert.

### **Die Opiatrezeptoren**

In den 70er Jahren wurden die Rezeptoren für körpereigene Opiate und die endogenen Opiate (Enkephaline,  $\beta$ -Endorphin) entdeckt (Pert, 2001). Die (Molekular)Biologie konnte damit die psychotropen Wirkungsweisen und damit auch die belohnungsvermittelnden Abläufe exakt beschreiben.

Snyder (1989) beschreibt das biologische Zusammenwirken von Alkaloiden und Rezeptoren. Die endogenen Opiate zeigten sich als signifikante Modulatoren der menschlichen Psyche. Sie scheinen für die unterschiedlichsten Wirkungsweisen verantwortlich: Z.B: wirken sie antinozizeptiv, anxiolytisch, euphorisierend.

Dementsprechend scheinen sie eine maßgebliche Funktion innerhalb des Belohnungssystems auszuüben. Wolf (2003) schreibt: „Exogene Opiate, aber auch andere psychotrope Substanzen scheinen mit diesem System, d.h. mit den Rezeptoren für die endogenen Opiate zu interagieren.“

Das menschliche Gehirn scheint also nicht nur undifferenziert durch die Chemikalie Ethanol stark beeinflussbar, sondern auch auf der molekularbiologischen Ebene, auf Grund von Rezeptoren, die auf psychotrope Substanzen reagieren.

### **Zur genetischen Forschung**

Dieses Forschungsfeld nutzt unterschiedliche Methoden zur Identifikation hereditärer Faktoren:

- 1) Familienuntersuchungen
- 2) Zwillingsstudien
- 3) Adoptivstudien
- 4) Tierversuche

### **Zu den Familienstudie:**

(Anmerkung: Die Familienstudien sind nicht geeignet für genetische Kausalzuschreibungen.)

Cotton (1979) veröffentlichte eine Literaturdurchsicht von 29 Familienstudien, in denen 6251 Alkoholikerfamilien mit 4083 Nichtalkoholikerfamilien verglichen wurden. Es zeigte sich, dass 30,8% der Alkoholiker mindestens einen alkoholabhängigen Elternteil hatten.

In der männlichen Abstammungslinie war die Inzidenzrate deutlich höher als bei der weiblichen, d.h., dass ein Alkoholkranker eher einen alkoholkranken Vater oder Bruder, als eine alkoholranke Mutter oder Schwester hatte.

Frauen scheinen sensitiver für familiäre Belastungen, da weibliche Alkoholranke höherwahrscheinlich aus Alkoholikerfamilien stammten.

Die Ursache der familiären Häufungen ist dadurch allerdings noch nicht geklärt.

Schuckit (1994) konnte belegen, dass Söhne von Alkoholkranken über eine erhöhte Alkoholtoleranz verfügen.

Lachner & Wittchen (1995) belegten, dass das Risiko für Angehörige einer alkoholabhängigen Person, selbst auch eine Abhängigkeit zu entwickeln, etwa dreimal so hoch ist, wie für Personen ohne alkoholabhängige Familienangehörige.

Agarwal (1984) stellte fest, dass der wichtigste Prädispositions-Faktor der alkoholranke Vater für den Sohn ist.

Betroffene Söhne zeigen folgende Auffälligkeiten:

- geringere perzeptiv-motorische Fähigkeiten,
- Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsdefizite,
- geringere Ethanol-Sensitivität,

- geringere subjektive Alkoholwirkung,
- höhere Neurotizismuswerte,
- erhöhte psychosoziale Konflikte,
- EEG,
- statische Ataxie.

### **Zu den Zwillingsstudien**

Maier (1996) stellte fest, dass eineiige Zwillinge (EZ) signifikant höhere Konkordanzraten für Alkoholabhängigkeit als zweieiige Zwillinge (ZZ) zeigen.

Zerbin-Rüdin (1955) veröffentlichte Daten, die belegen konnten, dass EZ etwa doppelt so hohe Konkordanz zeigen, wie ZZ. Die Übereinstimmung des Merkmals Alkoholismus lag in den unterschiedlichen Studien für EZ zwischen 26 % und 70%, während die Übereinstimmung des Merkmals Alkoholismus bei den ZZ zwischen 12% und 32% lag.

Kaji (1960) stellte fest, dass die Konkordanzrate für chronischen Alkoholismus bei 71% für EZ und 32% für ZZ lag.

Hrubec & Omenn (1981) testeten männliche Zwillingspaare (271 EZ und 444 ZZ) zwischen 51 und 61 Jahren. Die Ergebnisse zeigten Konkordanzraten für Alkoholismus bei EZ 26% und bei ZZ 12%.

### **Geschlechtsdifferenzen:**

Clifford et al. (1981) konnten belegen, dass der genetische Einfluss bei Männern höher war, als bei Frauen.

Kuntz (1984) vermerkt kritisch, dass die Verschiebung der Geschlechterrelation die nicht-genetischen Einflüsse verdeutlicht. Der Anstieg des weiblichen Alkoholismus in Relation zum männlichen, veränderte sich von ehemals 1:10 auf etwa 1:3

### **Zu den Adoptivstudien**

Goodwin (1976) stellte fest, dass Söhne von Alkoholikern ein 4faches Risiko zeigen, unabhängig davon, ob sie bei den biologischen oder den Adoptiveltern aufwuchsen. Goodwin (1976) konnte ebenfalls belegen, dass Söhne von Alkoholikern signifikant früher selber einen Alkoholismus entwickeln.

Agarwal (1987) bewies, dass adoptierte Söhne, deren biologische Eltern oder Elternteile Alkoholiker waren, 4mal häufiger selber Alkoholiker wurden, als adoptierte Söhne von Nichtalkoholikern.

Umfangreiche Adoptivstudien aus Schweden (Cloninger et al., 1981) definierten, auf Grund ihrer Daten, 2 Persönlichkeitstypen mit Alkoholabusus. Es wurden genetische und Umweltfaktoren einbezogen. (Details siehe Kapitel 2.1. S.11)

### **Zu den Tierversuchen**

Wolf (2003) beschreibt Tierversuche, die durch Inzuchtstämme belegen konnten, dass es im Lauf der Generationen keine Substanzkonsumangleichung gab. Ein signifikant unterschiedlicher Konsum blieb konstant. Die Autoren interpretieren das als ein Indiz für die genetische Veranlagung.

### **Fazit**

Die Vererbbarkeit kann zwar als nicht gesichert angesehen werden, aber die genetischen Prädispositionen sind nachweisbar.

### **Kritik:**

Agarwal.(2001): „Es fehlt die Testung, wie hoch der gesamte Anteil genetischer Faktoren an der Disposition für Alkoholismus ist. (Bislang wurde nur nach den Effekten einzelner Faktoren geforscht.) Zusätzlich müssen genetisch-umweltbedingte Interaktionen ebenso in Betracht gezogen werden wie verschiedene genetische Faktoren.....“

Puls (2003) gibt kritisch zu bedenken, dass biologisch-determinante Konzepte zum Sozialdarwinismus führen könnten und in der Vergangenheit u.a. zur so genannten Rassenhygiene geführt haben. Dieses (Extrem-)Beispiel sollte die Sensitivität anregen, um über die Forschungskonsequenzen nachzudenken.

Lindenmeyer (1999) beschreibt im weiteren Verlauf 3 neurobiologische Modelle der Alkoholabhängigkeit:

#### **1. Die Spezifika der Toleranzentwicklung:**

1 a) Es lässt sich eine erhöhte Alkoholtoleranz bis zum Faktor 2 feststellen. Die erhöhte Alkoholverarbeitungskapazität der Leber wird durch die Bildung zusätzlicher Enzyme erreicht. Besondere Bedeutung hat dabei das Mikrosomale-Ethanol-Oxidations-System (MEOS). MEOS baut in der Leber mittels Sauerstoffzuführung den Alkohol beschleunigt ab. Da das MEOS den Alkohol schneller abbaut, wird auch schneller wieder Alkohol zugeführt.

1 b) Zwei-Phasenwirkung von Alkohol. Mittels EEG konnte neurologisch nachgewiesen werden, dass nach der angenehmen Alkoholwirkung eine unangenehme Wirkung einsetzt. Durch den Dauerkonsum bauen sich die negativen Folgen auf, bis Entzugerscheinungen spürbar werden.

## 2. Endorphinmangel

Eine Neurotransmitterstörung, die genetisch oder alkoholbedingt sein kann, führt zu einer reduzierten Aktivierung des Belohnungszentrums. Das neurologische Belohnungssystem basiert auf der mesolimbischen – mesokortikalen Ebene dopaminerg und endorphinerg.

Die Transmitterstörung, bzw. der Mangel an Neurotransmittern führt zu Depressionen, Reizbarkeit und Suchtdruck. Alkohol scheint die Transmitterdefizite kompensieren zu können.

Es wird eine Adaptation des Dopaminsystems an den Alkoholkonsum vorgenommen, das führt zu gesteigerter Sensibilität des intrinsischen Belohnungssystems gegenüber Alkohol und alkoholtypischen Schlüsselreizen. (sensation seeking, Cloninger, 1981)

## 3. Das „Suchtgedächtnis“

Aus Tierexperimenten entstand die Überlegung, dass Endorphine und Glutamat–NMDA–Prozesse nicht nur Gefühle beeinflussen sondern auch das Gedächtnis.

Durch konstante Stimulierung dieser Systeme werden Regulatorgene in den Nervenzellen (z.B. c-fos-Gene) aktiviert, diese können Informationen im Zellkern produzieren. Ein so genanntes Suchtgedächtnis kann sich auf diesem Weg in das Nervensystem (limbisches System) engrammieren. Eine (Re-) Aktivierung, durch Alkoholkonsum und anderen signifikanten Triggern, kann selbst nach längeren Zeitperioden erfolgen.

Robinson & Berridge (1993) sprechen von einer Sensitivierung und erhöhten Reaktionsbereitschaft des betroffenen Individuums auf die Substanz.

Snyder (1989) spricht sogar von der biologischen Triade einer Suchtentwicklung:

- a.) Die Toleranzentwicklung,
- b.) Die Entzugssyndrome,
- c.) Das starke Verlangen (Craving),

Die medizinische Forschung sucht nach den Stoffwechselfvorgängen im Gehirn, das daraus folgende Verhalten sowie medikamentöse Interventionsmöglichkeiten zur Abschwächung der Symptome und der Rückfallprophylaxe.

### **Trauma und Kortex:**

Die Expression des Glutamat-NMDA-Rezeptorsystems, das für Lernvorgänge von zentraler Bedeutung ist, reagiert dementsprechend intensiv auf Umweltreize.

Im Tierversuch konnten Zusammenhänge zwischen Entwicklungsstörungen, den daraus resultierenden neuronalen Veränderungen und den folgenden Verhaltensauffälligkeiten nachgewiesen werden:

Depriviert sozialisierte Ratten weisen eine geringere Synapsendichte in der Hirnrinde auf, zeigen als adulte Tiere vermehrt Verhaltensstörungen und ein erhöhtes Ausmaß an Stresshormonausschüttungen, als soziale integriert aufgewachsene Ratten. (Black et al. 1991, Ladd et al. 2000)

Rudolf (2000) beschreibt, wie frühe Beziehungsstörungen im Eltern-Kind-System und die damit verbundenen Traumata, zu abhängigen Interaktionsmustern werden.

Die abhängige Persönlichkeits- und Interaktionsstruktur wird sich demnach auch in einer erhöhten Vulnerabilität für Substanzabhängigkeiten manifestieren.

Wachsen Kinder sozial depriviert auf oder erleiden andere inadäquate Stimuli („bad parenting“, Gewalt, Verlust) entwickeln sich in Folge ein hohes Risiko für Hospitalismus (Spitz 1945), Verhaltensstörungen und Psychosomatosen (Rüegg 2003). Derartige Entwicklungsstörungen führen in den neuronalen Strukturen zu entsprechenden pathogenen Veränderungen (Ladd et al. 2000).

Die internalisierten Traumata korrespondieren sowohl mit neurologisch-somatischen als auch mit psychologischen Auswirkungen. Die Tatsache, dass frühe Traumata zu einer erhöhten Vulnerabilität für psychische und psychosomatische Erkrankungen führen, ist ein Postulat der Psychoanalytiker, das durch aktuelle neurologisch-psychiatrische Studien konsolidiert wird. (Ladd et al. 2000, Rüegg 2003)

Dementsprechend führen die frühen Traumata zu einer Reduzierung der Selbstentlastungsressourcen und damit zu einer erhöhten Stressanfälligkeit. Darüber hinaus werden die Bewältigungs- und Kompensationskompetenzen vermindert. Die Folge ist ein chronisch überhöhtes innerpsychisches Spannungslevel bei gleichzeitig verminderter Kompensationsfähigkeit. Die aus dieser Dynamik folgende Vulnerabilität für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit erscheint logisch.

**Anmerkung:** Der hier beschriebene Prozess von Lernen und neuronaler Plastizität ist in jedem Alter möglich (Kandel, E.R., 1991).

### **Ein generelles Fazit:**

Es wurden Ergebnisse dargestellt aus den genannten Bereichen Psychologie, Soziologie und Biologie, die beschreiben sollten, welche Merkmale in der Alkoholismusforschung gefunden wurden.

Es sollte nun nachvollziehbar sein, dass es ebenso wenig *den* Alkoholismus gibt, wie es *die* Alkoholismustheorie gibt.

Es lassen sich jedoch eine Vielzahl von Faktoren definieren, die für das Zustandekommen und die Ausprägung des Alkoholismus von Bedeutung sind.

Ein Modell der Alkoholismusausprägung, deren Kausalfaktoren und deren Merkmale wurde auf der dargestellten Datenbasis zusammengestellt:

<b>Alkoholismus</b>	<b>Kausalfaktoren</b>	<b>Merkmale</b>
Leichte Alkoholismus – Ausprägung	Psychologisch	Weitgehend unauffällige psychische Verfassung
	Biologisch	Weniger vorbelastet, eher Frauen,
	Sozial	Alle Sozialschichten, gesellig, häufige Trinkgelegenheiten
Mittlere Alkoholismus – Ausprägung	Psychologisch	Neurotische Konflikte, erhöhtes Spannungslevel
	Biologisch	Mehr Männer als Frauen, Alkohol in den Familie, höhere Toleranz
	Sozial	Weniger Ressourcen, trinkfreudige Peergroup
Schwere Alkoholismus – Ausprägung	Psychologisch	Persönlichkeitsstörung: geringe Selbstregulation
	Biologisch	Männer, hohe Toleranz, Vater und Bruder Alkoholiker,
	Sozial	Untere Sozialschicht, kaum Ressourcen.

## 2.4. Ein kurzer historischer Rückblick

Die Problematik des Alkoholkonsums wird in der Literatur in unterschiedlichen Epochen immer wieder aufgegriffen. Das Thema ist so alt wie die menschliche Kulturgeschichte.

Die ersten organisierten und strukturierten Maßnahmen gegen einen unkontrollierten Alkoholkonsum lassen sich bis auf das frühe sechzehnte Jahrhundert zurückdatieren.

Die ersten Abstinenzvereine, der „St.-Christoph-Orden zur Abstellung des Fluchens und des Zutrinkens“ und der „Pfälzische Orden vom goldenen Ring“, wurden im Jahre 1517 gegründet.

(Anmerkung: Die Gründung der ersten Abstinenzvereine ist also ein Jahr jünger als das deutsche Reinheitsgebot der Bierherstellung 1516.)

Über lange Epochen erscheint die Problematik der Suchterkrankungen und der Umgang damit ebenso wechselhaft gewesen zu sein, wie die europäische Geschichte überhaupt.

Die Entdeckungen von alkoholbedingten körperlichen Folgeschäden sind wohl Meilensteine auf dem Weg der Entstehungsgeschichte der Alkoholismusbekämpfung. Petrucelli (2003) würdigt die

Entdeckungen von Morgani, G.B. (1682 – 1771), der die Leberzirrhose beschrieb. Auch die ersten Erkenntnisse bzgl. des Alkoholdelirs, damals (1813) als Gehirnfieber benannt wurde.

Das Krankheitskonzept des Alkoholismus geht auf Trotter zurück, der (1780) schrieb, dass die „Begierde nach häufiger Trunkenheit eine durch die chemische Natur der alkoholischen Getränke hervorgerufene Krankheit“ sei. Damit war es Trotter, der erstmals den Alkoholismus als Krankheit bezeichnete.

Es dauerte aber trotzdem nochmals fast ein Jahrhundert, bis sich große, gesellschaftlich getragene Abstinenzvereine gründeten, die auch heute noch Bestand haben, wie z.B. das Blaukreuz (1885), die Guttempler (1889) und der Kreuzbund (1889).

Der Begriff Alkoholismus wurde 1852 vom Schweden Magnus Huss (1807 – 1890) genannt und als Krankheitsbild beschrieben (In: Petrucelli, 2003)

In den Jahren 1875 bis 1879 ist der durchschnittliche Konsum reinen Alkohols pro Jahr pro Kopf mit 10 Liter verzeichnet worden. Damit war schon vor mehr als 125 Jahren das Niveau der Gegenwart erreicht, durchlief Anfang des 20. Jhd. Schwankungen, aber ist nun auf einem hohen Niveau konstant.

### **Das 20. Jahrhundert**

Eine der berühmt-berüchtigtsten Etappen im Kampf gegen die Alkoholsucht fand mit der Prohibition in den USA (1919 – 1933) statt. Die z.T. katastrophalen Folgen sind hinreichend dokumentiert.

Eine sehr große Veränderung zeichnete sich nach dem zweiten Weltkrieg ab. Nach der anfänglichen allgemeinen Lebensmittelknappheit, in der Alkohol (und Zigaretten) bezeichnenderweise auf dem Schwarzmarkt als eine der stabilsten Währungen galt, setzte in Deutschland das so genannte Wirtschaftswunder ein. Damit erreichte die Verfügbarkeit von Alkohol einen niemals zuvor erreichten Stand.

Es erscheint als eine makabere historische Tatsache, dass nach dem zweiten Weltkrieg, mit den Amerikanern nicht nur der Alkohol auf den Schwarzmarkt kam, sondern auch die Anonymen Alkoholikergruppen (AA), die 1935 von Bob Holbrook und Bill Wilson in den USA als Selbsthilfegruppe gegründet wurde, in Deutschland bekannt wurden. Seit etwa 1956 haben sich die AA Gruppen in Deutschland gut etabliert.

Seitdem gab es und gibt es sehr viele aufwendige Interventionen auf gesellschaftlicher, regionaler und personaler Ebene, im Kampf gegen Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit, von diversen therapeutischen (Selbst-) Hilfeangeboten, stationären und ambulanten Maßnahmen, bis hin zu Informations- und Aufklärungskampagnen in den Medien.

Die wechselvolle Geschichte unseres Verständnisses über den Alkoholismus spiegelt sich wider in den unterschiedlichen Berichten zum Thema. So wurde im Principles and Practice of Medicine 1947 veröffentlicht: „Alkoholismus entspringt Konflikten und Anpassungsstörungen, die sich aus der Familie und den ehelichen Beziehungen des Patienten entwickeln.“ Zwanzig Jahre später wird im selben Werk (1967, in der 17. Auflage) berichtet: Alkoholismus ist eine Leberkrankheit. Und 1980 wird der Alkoholismus (wieder im selben Werk) als Verhaltensstörung definiert. (In: Porter, 2003)

## **2.5. Alkoholwirkung auf den menschlichen Organismus**

Die Auswirkungen des Alkohols auf den menschlichen Organismus finden quasi auf einem Kontinuum statt. Das bedeutet, dass auch kleine Alkoholdosierungen Wirkung zeigen. Lange Zeit galt das therapeutische Interesse ausschließlich den manifesten Alkoholkranken, deren chronischer Konsum zu schwersten Folgeschäden führt. Die Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (unter: [www.dhs-intern.de](http://www.dhs-intern.de)) veröffentlichte das folgendes Statement: „Die Vielfalt der alkoholbedingten Störungen mit ihren Begleit- und Folgeerkrankungen ist jedoch erheblich breiter und die Mehrzahl aller alkoholbedingten Folgeschäden beruht auf weniger schweren Störungsformen.“

Das bedeutet, dass die gesamte Spannbreite des Alkoholkonsums kritisch betrachtet werden muss. (Zur Problematik der Grenzwerte, siehe Kapitel 2.1.)

### **Pharmakokinetik des Alkohols**

Wenn Alkohol konsumiert wird, resorbiert der Körper den Alkohol, bzw. diffundiert der Alkohol in den Körper. Der Alkohol verteilt sich im menschlichen Organismus nicht gleichförmig. Insbesondere sind wasserhaltige und gut durchblutete Gewebe betroffen. Dabei werden etwa 20 % des konsumierten Alkohols von der Magenschleimhaut und die restlichen 80 % vom Dünndarm resorbiert, von wo der Alkohol über den Blutkreislauf zur Leber gelangt.

Die Resorption ist abhängig von unterschiedlichen Faktoren, wie z.B. der Aufnahme von (insbesondere fetthaltigen) Lebensmitteln und der konsumierten Alkoholmenge.

Ca. 30 bis 60 Minuten nach Alkoholaufnahme ist die höchste Alkoholkonzentration im Blut erreicht. Nach etwa 90 Minuten ist die Resorption abgeschlossen.

Das bedeutet, dass die Alkoholkonzentration des Blutes mit dem des Gewebes, ca. 1,5 Std. nach Alkoholaufnahme, identisch ist. (Eine detaillierte Beschreibung der Pharmakokinetik des Alkohols schildern: Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998).

Berechnet wird die Alkoholkonzentration (BAK) nach der "Widmark'schen Formel": Der Wert entspricht umgangssprachlich dem Promille-Wert

$$\text{BAK} = A / (p \times r)$$

Dabei ist A = aufgenommener Alkohol in g, p = Körpergewicht in kg, r = Reduktionsfaktor

Der Reduktionsfaktor r beträgt beim Mann 0,7, bei der Frau 0,6. Der allseits bekannte Wert "Promille" drückt also aus, wie hoch die Alkoholkonzentration im Blut ist.

Beispielsweise hätte ein 80 kg schwerer Mann, der schnell 2 Fl. Bier (1 Liter Bier = 40 g Ethanol) trinkt, einen Promille-Wert von ca. 0,7. Eine gleichschwere Frau hätte einen Promille-Wert von ca. 0,8.

(Die Umrechnung der alkoholischen Getränke in Gramm reinen Alkohols wird in Kapitel 2.1. beschrieben)

Alkoholkonzentration im menschlichen Organismus und die Alkoholwirkung sind jedoch nicht identisch. Die Wirkung ist interpersonell und temporär intrapersonell unterschiedlich, d.h., dass jeder Mensch individuell Alkoholwirkungen wahrnimmt und dass jeder in Abhängigkeit zu den folgenden Faktoren auch unterschiedlich reagiert.

Die Alkoholwirkung wird durch folgende Faktoren bestimmt:

- Blutalkoholspiegel
- die Alkoholgewöhnung
- die allgemeine seelische und körperliche Verfassung
- die Trinkweise
- eingenommene Arzneimittel oder Drogen
- Krankheiten
- große Hitze oder Kälte

### **Die Alkoholwirkung**

Die Auswirkungen von Ethanol im menschlichen Organismus sind multipel. Es werden sowohl physische, psychische als auch soziale Effekte verzeichnet. Diese werden im weiteren Verlauf dargestellt.

Im Gegensatz zu eventuellen Langzeitfolgen des erhöhten Alkoholkonsum, wie z.B. Leber- und Nervenschädigungen, ist die psychotrope Wirkung des Alkohols auf das Nervensystem, in Form von

Rauschzuständen, direkt spürbar. Die Wirkungsweisen des Alkohols auf das Nervensystem lassen sich als biphasisch beschrieben. Es werden also, je nach intermittierenden Faktoren (s.o.) euphorisierende oder sedierende Wirkungen wahrgenommen. Darüber hinaus wirkt Alkohol antinozizeptiv bis narkotisch.

Die Alkoholwirkung (Rausch) wird in der folgenden Schilderung mit dem Blutalkoholspiegel in Zusammenhang gebracht.

### Rauschzustände in Abhängigkeit zum BAK

Rausch	Blutalkoholspiegel
Leichte Rauschzustände	0,5 bis 1,5 promille
Mittlerer Rausch:	1,5 bis 2,5 promille
Schwerer Rausch	über 2,5 promille
Alkohol-Koma	bei 5 promille (Letalität bei 50%)

Die Intoxikation des Körpers durch Alkohol wurde in verschiedene Kategorien von Rauschzuständen eingeteilt (Feuerlein, Küfner und Soyka, 1998):

- **Leichter Rausch** (0,5 – 1 oder 1,5 Promille): Typisch für dieses Stadium sind erste neurologische Ausfälle, wie z.B. Gleichgewichtsstörungen, motorische und verbale Koordinationsdefizite. Im psychischen Bereich zeigen sich in folgenden Bereichen Defizite: z.B. Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, Kritikfähigkeit, Selbsteinschätzung.
- **Mittlerer Rausch** (1,5 – 2,5 Promille): Die Symptome des leichten Rauschen verstärken sich deutlich. Die Orientierung in Zeit und Raum ist in der Regel noch gegeben. Die psychische Stabilität wirkt sehr labil, es zeigen sich auffällige Stimmungsschwankungen, insbesondere da die Abhängigkeit zu Umweltparametern steigt.
- **Schwerer Rausch** (ab 2,5 Promille): Die Bewusstseinsstörungen sind kaum mehr kompensierbar. Es treten Orientierungsstörungen und Bewusstseinsbeeinträchtigungen auf. Neurologische Defizite sind obligat.
- **Alkoholkoma** (ab ca. 4 Promille): Hier treten lebensgefährliche Rauschzustände auf. Ab ca. 5 Promille liegt die Letalität bei 50 % (Sellers, E.M. & Kalant, H.1976).

Diese Angaben sollten als Anhaltspunkte dienen, um die steigende Alkoholwirkung zu veranschaulichen. Eine exakte allgemeingültige, d.h. für jeden zutreffende Klassifizierung ist auf Grund der individuellen Toleranz und Verträglichkeit wenig realistisch (Schneider 1998).

Die klassische Einteilung der Rauschzustände (s.o.), die einen leichten Rausch ab 0,5 Promille definiert, sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass selbst kleinere BAK-Werte spürbare (D-)Effekte bewirken können.

Fuchs und Resch (1996) schildern Auswirkungen von unterschiedlich hohen Alkoholpromillezahlen auf das psychophysische Geschehen. Die Ergebnisse wurden in Laborversuchen erzielt: Schon kleinste Mengen Alkohols verlängern die Reaktionsgeschwindigkeiten.

Schon ab 0,2 Promille zeigen sich Gedächtniseinbußen.

Bereits ab 0,3 Promille reduziert sich die Aufmerksamkeitsfähigkeit. Wenn verschiedene Aufgaben koordiniert werden müssen, verlängert sich die Reaktionszeit und die Fehlerquote erhöht sich. Die Tiefensehschärfe und die Augenkoordinationsfähigkeit sind ebenfalls schon ab 0,3 Promille beeinträchtigt.

Bereits ab etwa 0,4 Promille lassen sich Gleichgewichtsstörungen feststellen.

Ab ca. 0,5 Promille kann es zu Einschränkungen des Gesichtsfeldes und des Farbsehvermögens kommen.

Bei einem Promillewert von 0,8 kommt es zu durchschnittlichen Leistungsdefiziten von 40 %. Die Selbstwahrnehmung wird durch Alkohol deutlich gemindert. Es treten gehäuft Fehleinschätzungen auf.

Versuchspersonen, die einen Blutalkoholspiegel zwischen 1,1 und 1,6 Promille aufwiesen, beschrieben sich selber als entweder nur „kaum merkbar“ oder nur „leicht“ durch Alkohol beeinflusst.

Die Übertragbarkeit von Laborversuchen auf die Praxis ist sicherlich eingeschränkt, da im betrieblichen Kontext diverse intermittierende Faktoren (Lärm, Zeitdruck, etc) die Effekte verstärken können.

Feuerlein, Kufner und Soyka (1998) stellen fest: „Verbale und nonverbale intellektuelle Fähigkeiten werden durch Alkohol erheblich verschlechtert,..... Leichtere Ausfälle sind schon bei 0,3 bis 0,5 Promille psychometrisch feststellbar..... Alkohol beeinträchtigt am stärksten und selektiv das Kurzzeitgedächtnis. .... Alkohol steigert auch die Neigung zu riskanten Entscheidungen.“

### **Der Restalkoholspiegel**

Die Fähigkeit des menschlichen Organismus den konsumierten Alkohol abzubauen, liegt bei einem durchschnittlichen, so genannten Beta-60-Wert von ca. 0,15 Promille pro Stunde. Bei Alkoholikern konnte ein erhöhter Beta-60-Wert von bis zu 0,35 Promille pro Stunde festgestellt werden (Feuerlein, W., Kufner, H. & Soyka, M., 1998)

Die Problematik des Restalkoholspiegels wird oft vernachlässigt. Wenn eine Person mit etwa 1,4 Promille abends um 24 Uhr zu Bett geht, hat sie auf dem Weg zur Arbeit, gegen 6 Uhr morgens, noch immer einen Restalkoholspiegel von etwa 0,5 (!) Promille.

Die dargestellten Zahlen und Fakten unterstreichen nochmals die Notwendigkeit, die Aufmerksamkeit nicht nur auf die Thematik des pathogenen Alkoholkonsums zu konzentrieren, sondern das gesamte Spektrum des Alkoholkonsums kritisch zu betrachten.

#### **Exkurs: Das Verlangen nach Alkohol (Craving)**

Die WHO hat den Begriff in den 90er Jahren wieder aufgegriffen, er wird oftmals als Suchtdruck übersetzt.

Craving kann als ein multidimensionales Phänomen beschrieben werden, das sich sowohl aus physiologischen, als auch aus psycho-soziale Aspekten konstituiert.

Das Craving könnte mit der Antizipation der gewünschten positiven Verstärkung durch Alkohol entstehen, oder als Motiv zur Vermeidung von negativen Sensationen durch Abstinenz.

Die Erklärungsebene kann, je nach Autor, lerntheoretisch oder auch neurophysiologisch dargestellt werden (Soyka, 1997).

Der Zusammenhang zwischen Craving und der Rückfallwahrscheinlichkeit gilt als nicht gesichert (Fischman et al. 1990)

## **Der Alkohol – Stoffwechsel**

Der Alkoholstoffwechsel im menschlichen Organismus durchläuft zusammengefasst folgende Schritte:

- Oxidation von Alkohol in Acetaldehyd
- Oxidation von Acetaldehyd in Acetat
- Oxidation von Acetat in  $H_2O + CO_2$ .

Alkohol wird durch Oxidation abgebaut, bzw. umgewandelt, verstoffwechselt zu den unterschiedlichen Metaboliden, wie z.B. Acetaldehyd. Diese Stoffwechselprodukte spielen in Bezug auf alkoholbedingte Folgeschäden eine große Rolle, da nicht nur der Alkohol eine toxische Wirkung zeigt, sondern auch die Metaboliden (Acetaldehyd) (s.u.).

Bei geringerem Alkoholkonsum, wird dieser vorwiegend über das Alkoholdehydrogenase (ADH) Enzymsystem und bei höherem Konsum, vorwiegend über das Mikrosomale Ethanol Oxidierendes System (MEOS) verstoffwechselt.

Durch den Alkoholstoffwechsel entstehen sowohl direkte, als auch indirekte Schädigungen durch:

- Stoffwechselstörungen (z.B. Hypovitaminosen, Leberschäden)
- Metabolitenbildung (Acetaldehyd)
- direkte Zellschädigung und Gewebeschädigung
- physiologische Manipulation (Durchblutungsstörungen)

(Eine detaillierte Schilderung der Pharmakokinetik des Alkohols schildern: Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998).

### Alkoholismus und Komorbidität

Da die Ätiologiemodelle zum Alkoholismus als systemisch und mehrdimensional (bio-psycho-sozial) beschrieben werden können (siehe Kapitel 2.3.), erscheint es nur logisch, dass die alkoholbedingten Folgeschäden ebenfalls mehrschichtige Effekte zeigen. Das bedeutet konkret, dass auf der körperlichen, der psychischen und der sozialen Ebene mit alkoholbedingten Folgeschäden zu rechnen ist.

Lindenmeyer (1999) veröffentlichte eine Übersicht zu den alkoholbedingten Folgeschäden:

Trinkverhalten	Körperliche Folgeschäden	Soziale Folgeschäden	Psychische Folgeschäden
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Häufige Rausche</li> <li>-Dosissteigerung</li> <li>-Toleranzsteigerung</li> <li>-Toleranzminderung</li> <li>-Alkoholvergiftung</li> <li>-Spiegeltrinken</li> <li>-Morgentliches Trinken</li> <li>-Umsteigen auf harte Alkoholika</li> <li>-Heimliches Trinken</li> <li>-Trinken in Gesellschaft unter Niveau</li> <li>-Periodisches Trinken</li> <li>-Erfolgreiche Abstinentenversuche</li> <li>-Wiederholte Entgiftungsbehandlungen</li> <li>-Erfolgreiche Entwöhnungsbehandlungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entzugssymptome</li> <li>-Krampfanfälle</li> <li>-Erhöhtes Krebsrisiko</li> <li>-Verstärkte Infektanfälligkeit</li> <li>-Sexuelle Funktionsstörungen</li> <li>-Gelenkschmerzen</li> <li>-Leberzirrhose</li> <li>-Pankreatitis</li> <li>-Kardiomyopathie</li> <li>-Bluthochdruck</li> <li>-Polyneuropathie</li> <li>-Traumen</li> <li>-Fettleber</li> <li>-Mangelernährung</li> <li>-Anämie</li> <li>-Gastritis</li> <li>-Knochenbrüche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Partnerschaftskonflikte</li> <li>-Trennung/Scheidung</li> <li>-Verschuldung</li> <li>-Konflikte am Arbeitsplatz</li> <li>-Arbeitsplatzverlust</li> <li>-Verlust der Fahrerlaubnis</li> <li>-Straftaten</li> <li>-Wohnungsverlust</li> <li>-Verwahrlosung</li> <li>-Rückzug von Freunden</li> <li>-Haftstrafen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aggressive Entgleisungen</li> <li>-Geringeres Selbstwertgefühl</li> <li>-Selektive Wahrnehmung</li> <li>-Distanzlosigkeit</li> <li>-Gefühlsschwankungen</li> <li>-Konzentrations-schwierigkeiten</li> <li>-Gedächtnisstörungen</li> <li>-Depression</li> <li>-Delirium tremens</li> <li>-Alkoholluzinose</li> <li>-Suizidalität</li> <li>-Soziale Ängste</li> <li>-Eifersucht</li> </ul>

Die alkoholbedingten Folgeschäden betreffen die unterschiedlichsten Fachdisziplinen: Z.B. Sozialwissenschaftler, Pädagogen, Mediziner, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialtherapeuten, Wirtschaftswissenschaftler, etc.

Dementsprechend ist es nicht realistisch eine Gesamtdarstellung der Folgeschäden erschöpfend zu beschreiben.

Von den multiplen aufgeführten Störungen, werden im weiteren Verlauf detailliertere Beschreibungen, insbesondere von psychischen, psychiatrischen und medizinischen, dargestellt. Eine gute Gesamtdarstellung der Folgeschäden ist z.B. bei Soyka (1997) und Feuerlein et al. (1998) zu finden.

(Im Kapitel 2.9. und 2.11. werden die Konsequenzen für den betrieblichen Kontext dargestellt.)

Auf der intrapersonellen Ebene lassen sich alkoholbedingte Folgeschäden wie folgt klassifizieren:

- Psychische Störungen
- Medizinische (psychiatrische, internistische, dermatologische) Störungen

### **Zu den psychische Störungen im Kontext des Alkoholkonsums**

An dieser Stelle wird das so genannte Interpunktionsproblem der Systemtheorie deutlich: ... → hoher Alkoholkonsum → psychische Störungen → hoher Alkoholkonsum → psychische Störungen → hoher Alkoholkonsum → psychische Störungen → ...

Führt ein hoher Alkoholkonsum zu psychischen Störungen, oder führen psychische Störungen zu einem hohen Alkoholkonsum ?

Im weiteren Verlauf wird dieser Frage nachgegangen.

Darüber hinaus erschwert ein hoher Alkoholkonsum oftmals die Diagnostik:

Der Alkoholkonsum kann psychische Störungen (Angststörungen, Depressionen, etc.) maskieren, sodass diese lange Zeit unentdeckt bleiben und evtl. erst bei einer erzwungenen Abstinenz (z.B. Krankenhausaufenthalt) oder geplanten Abstinenz (Entwöhnungstherapie) deutlich werden.

Andererseits können Alkoholfolgeschäden (Alkoholhalluzinose, Delir, Wernicke-Korsakow-Syndrom, Entzugssyndrom) andere Störungen (Schizophrenie, Alzheimer, Parkinson, etc.) imitieren.

Generell wurde festgestellt, dass eine Vielzahl von Alkoholikern (30% – 60%) unter affektiven Störungen leidet (Soyka, 1997).

## **Alkoholismus und Angst**

Kushner et al. (1990) fanden einen hohen Zusammenhang zwischen Angststörungen und Alkoholismus. Bezüglich der Interpunktionsproblematik, können im Kontext von Angststörungen, differenzierte Aussagen getroffen werden: Wenn im Verlauf von Angststörungen ein erhöhter Alkoholkonsum beobachtet wird, ließe das auf die Selbstmedikations-Hypothese schließen, die auf dem anxiolytischen Effekt des Alkohols basiert. Eine Angststörung, die erst im Verlauf eines Alkoholismus entsteht, entspräche eher einer klassischen angstneurotischen Entwicklung.

Beispielsweise könnten im Kontext des Alkoholismus Panikstörungen und generalisierte Angststörungen auftreten. Der Betroffene verarbeitet die alkoholbedingten psychophysischen Symptome (z.B. Schwindel, Hypertonie, Schweißausbruch, etc.) in einer speziellen sozialen Situation (Kaufhaus, Fahrstuhl, etc.) angstneurotisch.

Andererseits wird der Alkoholismus im Kontext von posttraumatischen Angststörungen (PTBS) eher als sekundäres Phänomen erkannt (Soyka, 1997).

## **Alkoholismus und Depressionen**

Die Prävalenzrate für eine primäre depressive Störung liegt bei Alkoholerkrankten bei „nur“ 2% - 12%, während die Prävalenzrate für eine sekundäre depressive Störung bei bestehendem Alkoholismus bei 12% - 51% liegt (Soyka 1997). Eine klare Abgrenzung ist oftmals schwierig.

Hasegawa (1991) konnte ebenfalls belegen, dass sekundäre depressive Störungen bei Alkoholikern häufiger auftreten als primäre. Die sekundären depressiven Störungen bilden sich schneller zurück als primäre affektive Störungen.

Es ist auch anzumerken, dass sich viele depressive Störungen nach dem Entzug, durch die Abstinenz, verbessern.

Soyka (1997) schildert, dass die Epidemiologic Catchment Area Study (ECA Studie) die deutlichsten Ergebnisse liefert:

Das Lebenszeitrisiko für depressive Störungen bei männlichen Alkoholikern wurde auf 5 % beziffert.

Im Gegensatz dazu, wurde das Lebenszeitrisiko für depressive Störungen bei weiblichen Alkoholikern auf 19 % beziffert.

Auch in diesem thematischen Kontext können diagnostische Schwierigkeiten bestehen. Wenn der betroffene Alkohol Kranke ein depressives Erscheinungsbild liefert, ist deren Kausalität zu ergründen.

### Mögliche Hintergründe für das Zusammentreffen von Alkoholismus und Depression

- Eine affektive Erkrankung mit sekundärem Alkoholismus
- Eine organisch bedingte affektive Störung bei Alkoholismus
- Ein alkoholtoxisch bedingtes depressives Syndrom
- Ein depressives Syndrom im Kontext des Alkoholentzuges
- Ein reaktives depressives Syndrom bei Alkoholismus
- Ein depressives Syndrom im Kontext einer anderen psychischen Störung mit Alkoholismus

### Zu den psychiatrischen Störungen

Die psychologisch-psychiatrischen alkoholbedingten Folgestörungen sind vielfältig. Einige davon werden im weiteren Verlauf näher dargestellt.

### Die psychologisch-psychiatrischen alkoholbedingten Folgestörungen:

- Bipolare affektive Störungen
- Schizophrenie
- Alkoholentzugs-Syndrom
- Alkoholentzugs-Delir (Delirium tremens), mit und ohne Krampfanfälle
- Demenz
- Sexuelle Dysfunktionen
- Alkoholhalluzinose
- Eifersuchtswahn
- organische Persönlichkeitsveränderungen
- Korsakow-Syndrom
- Wernicke-Korsakow-Syndrom (B1-Mangel),

### Bipolare affektive Störungen

ECA Studie (In: Soyka, 1997) konnte belegen, dass von allen psychiatrischen Erkrankungen die Manie die höchste Prävalenzrate für Alkoholismus aufweist: Manische Patienten zeigen eine Prävalenzrate von 43 % auf. Das Ergebnis überrascht in sofern nicht, da sich insbesondere die manische Phase durch stark reduzierte Impulskontrolle und erheblicher psychophysischer Ruhelosigkeit auszeichnet.

### Schizophrenie und Alkoholismus

Die Prävalenzrate für Alkoholabusus und -abhängigkeit bei Schizophrenen beträgt 12 % - 59 %. Die Lebenszeit-Prävalenz liegt bei 17,5% - 34,6%. (Soyka, 1997)

Die Wechselwirkung zwischen wahnhaften Symptomen und Alkoholkonsum ist nicht konstant. Alkohol kann psychotische Symptome verschlechtern / verstärken, aber auch verbessern / reduzieren. Als Trinkmotive werden folgenden Gründe genannt: Selbstregulationsdefizite, Ängste, Langeweile, Schlafstörungen (Soyka, 1997).

Auch in diesem Kontext können diagnostische Schwierigkeiten auftreten. Die Symptome einer Alkoholhalluzinose und einer Schizophrenie erscheinen zwar oftmals ähnlich, sind jedoch in bestimmten Aspekte different (Tabelle 2.15.)

<b>Alkohol-Halluzinose</b>	<b>Schizophrenie</b>
Spontan	Schleichend
Ab 40. Lebensjahr	Vor 40. Lebensjahr
Relativ gute Prognose	Oft chronischer Verlauf
Keine schizophrenen Angehörigen	Oft schizophrene Angehörige
Alkoholranke in der Familie	Keine Alkoholkranken in der Familie

Tabelle 2.15.

### **Das Alkohol – Entzugs – Syndrom**

Die Symptome des Alkoholentzugs-Syndroms lassen sich wie folgt klassifizieren:

<b>Entzugs-Symptome:</b>	
<b>Somatisch – internistisch</b>	Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle
<b>Vegetativ</b>	Schwitzen, Schlafstörungen, Unruhe
<b>Neurologisch</b>	Tremor, Ataxien, Muskelschmerz, Kopfschmerz, Epileptische Anfälle
<b>Psychisch - psychiatrisch</b>	Angst, Reizbarkeit, Depression, Konzentrationsstörung, Halluzinationen

Das Alkoholentzugs-Syndrom ist die häufigste psychiatrische Folgestörung. Die Entzugssymptome bestehen für Tage, selten für mehr als eine Woche. Besondere Beachtung findet diese Störung auf Grund der lebensgefährlichen Symptome: Der Übergang vom Entzugssyndrom zum Delir ist fließend. Während des Delirs können Krampfanfälle auftreten, die z.T. einen tödlichen Ausgang finden. Die gefährlichen epileptischen Anfälle treten innerhalb von 48 Std. auf.

Darüber hinaus kann der Alkoholentzug auf Grund von diversen Begleiterkrankungen erschwert werden. Dementsprechend werden entweder stationäre oder, bei geringeren Gefahren auch z.T. ambulante Entzüge durchgeführt.

#### **Die häufigsten internistischen Störungen sind::**

- Leberstörungen: Fettleber, Leberzirrhose
- Leukozytendysfunktion,
- Ösophagitis, Ösophagusvarizen
- Pankreatitis,
- Stoffwechselstörungen: Diabetes, Fettsucht, Hypovitaminosen

Die Leber wird durch eine Vielzahl von Chemikalien belastet (Ethanol, Ethanolmetaboliten, etc.). Die Leberstörungen stellen die häufigste somatische Alkoholfolgeerkrankung dar. Bei etwa 70% bis 100% der Patienten mit exzessivem Alkoholkonsum lässt sich eine Fettleber feststellen. Eine Leberzirrhose wird bei 10% bis 20% der Alkoholkranken diagnostiziert (Soyka, 1997).

#### **Die häufigsten neurologischen Störungen sind:**

- Polyneuropathie
- Epilepsie
- Kleinhirn-Atrophie (Symptomatik: Ataxien)

**Die häufigsten kardiologischen Störungen sind:**

- Kardiomyopathie (KMP)
- Ischämische Herzerkrankungen
- Hypertonie

**Die Alkoholembryopathie:**

Eine besonders bedenkliche alkoholbedingte Folgestörung ist die Alkoholembryopathie (fetales Alkoholsyndrom). Da der Alkohol das gesamte Körpergewebe diffundiert, wird, im Falle einer Schwangerschaft, auch das Ungeborene über die Plazenta, durch Alkohol geschädigt. Löser (1995) beziffert die Neugeborenen mit Alkoholembryopathie auf etwa 2200 pro Jahr in Deutschland. Leichtere Fälle werden sicherlich oftmals nicht diagnostiziert.

Alkoholismus erscheint selten als ein isoliertes Phänomen. Zielke (1993) konnte z.B. belegen, dass in der Rehabilitation die Alkoholabhängigkeit und der Alkoholmissbrauch zu 47 % als isolierte Störung gefunden wurde. In 40 % der Fälle bestand eine psychiatrische Zweitdiagnose und zu 13 % existierte eine psychiatrische Zweit- und Drittdiagnose. 62% der Patienten mit Diagnose Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch erhielten zusätzlich eine somatische Diagnose.

Nach Zielke (1993) ist das Vorhandensein einer erhöhten Komorbidität „ein Indikator für die größere Komplexität bzw. Kompliziertheit einer Störung...“

Mayer (2004) stellte fest, dass bis zu 75 % der Alkoholiker, die zur stationären Entwöhnungsbehandlung kamen, an Alkoholfolgekrankheiten litten. Bei 29 % der Männer und 9 % der Frauen, die in ein Allgemeinkrankenhaus eingewiesen wurden, lag eine mit Alkohol zusammenhängende Erkrankung vor. Besonders betroffen sind Erwachsene im mittleren Alter, zwischen 35 und 55 Jahren.

Das Krankheitsbild des Alkoholismus ist ein komplexes Gefüge (siehe Kapitel 1.1.). In Kombination mit den unterschiedlichsten Komorbiditäten wird sowohl die diagnostische und therapeutische Relevanz, wie auch Schwierigkeit nachvollziehbar.

Darüber hinaus wird durch die Darstellung auch deutlich, warum es keinen allgemeingültigen Krankheitsverlauf geben kann.

Dieses bestätigte u.a. auch Lindenmeyer (1999), der insbesondere durch Langzeitstudien die unterschiedlichsten Krankheitsverläufe belegen konnte.

## Morbidität und Mortalität

Murray & Lopez (1997) evaluierten 1997 in Kooperation mit der WHO die multiplen Auswirkungen und Folgeschäden von Alkoholkonsum im Kontext der Global Burden of Disease Study. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass der Alkoholkonsum einen signifikant höheren Einfluss auf die Morbidität als auf die Mortalität hat. Das bedeutet, dass die Auswirkungen der unterschiedlichen alkoholbedingten Erkrankungen, Behinderungen und Unfälle als wichtiger beurteilt wurden, als der Einfluss von Alkoholkonsum auf die Mortalität.

## Mortalität

Die Mortalität bei Alkoholikern basiert hauptsächlich auf den Auswirkungen der körperlichen Folgeschäden, von Unfällen und Suiziden.

Singer & Teysen (2002) stellen zwar fest, dass „Alkoholkonsum wesentlich negativ stärker mit Morbidität und Behinderungen verbunden ist als mit Mortalität“, dennoch geben die Daten zur Mortalität einen Eindruck bzgl. der Signifikanz der Konsumproblematik.

Die exakten Daten bzgl. Alkohol als Todesursache sind in vielen Fällen schwer zu erheben. Die alkoholbedingten Todesfälle werden in den Statistiken, aus den unterschiedlichsten Motiven heraus, oft unter anderen Kategorien festgehalten (z.B. Unfalltod, Suizid, Herzversagen, etc).

Die Daten aus Katamneseuntersuchungen bringen oft mehr Klarheiten.

Todesursache 1993	Insgesamt	Männer	Frauen
Tot durch Alkohol	16.674	12.566	4.108
Indirekt (andere Krankheiten)	7.322	5.763	1.559
Indirekt (sonstiges)	8.333	5.912	2.421
Summe	<b>32.329</b>	24.241	8.088

Tabelle 2.16.

Feuerlein (1996) bezifferte unter Einbeziehung der beschriebenen Aspekte, auf der Datengrundlage vom Statistischen Bundesamt Deutschland für 1993 (Tabelle 2.16.) die alkoholbedingten Todesfälle auf 32.329.

Seifert (1999) beziffert die Summe der jährlichen Alkoholtoten auf 40.000 und meint, dass damit „eher zuwenig angegeben sein dürfte.“

Lindenmeyer (1999) beziffert die Mortalitätsrate auf 70.000 alkoholbedingte Todesfälle pro Jahr.

Das Durchschnittsalter für alkoholbedingte Sterbefälle nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes (in: Mayer, 2004)

Mortalität	1991			1997		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Alter in Jahren	<b>54,5</b>	54,1	55,7	<b>56,3</b>	55,9	57,4

Tabelle 2.17.

Die Personen, die 1991 am Alkoholismus starben, waren durchschnittlich 54,5 Jahre alt. 1997 steigerte sich das Durchschnittsalter auf 56,3 Jahre.

Die Frauen konnten durchschnittlich 1,5 Jahre länger überleben.

Feuerlein et al. (1998) beziffern die Übersterblichkeitsrate der Alkoholkranken auf den Faktor 4 – 8.

In der folgenden Tabelle (1.18.) finden sich die Zahlen des Statistischen Bundesamtes (Mayer, K.C., 2004) für alkoholbedingte Sterbefälle (je 100.000 Einwohner) nach Alter gestaffelt:

Alter	Männer		Frauen		Insgesamt	
	1991	1997	1991	1997	1991	1997
Unter 15	-	-	-	0,0	-	0,0
15 - 20	0,2	0,1	-	-	0,1	0,0
20 - 25	0,9	0,6	0,2	0,1	0,6	0,4
25 - 30	4,1	3,1	0,9	0,8	2,6	2,0
30 - 35	15,4	9,4	4,7	3,0	10,2	6,3
35 - 40	29,7	22,8	8,5	7,7	19,3	15,5
40 - 45	<b>40,0</b>	<b>41,8</b>	13,3	13,8	26,9	28,0
45 - 50	<b>53,8</b>	<b>54,2</b>	18,6	16,8	36,5	35,7
50 - 55	<b>74,0</b>	<b>63,7</b>	23,1	23,8	48,9	43,9
55 - 60	<b>84,7</b>	<b>73,0</b>	23,6	24,0	54,0	48,5
60 - 65	<b>77,8</b>	<b>85,5</b>	21,6	23,2	48,2	53,6
65 - 70	<b>60,0</b>	<b>74,5</b>	17,6	20,8	34,0	45,6
70 - 75	<b>46,4</b>	<b>58,7</b>	13,1	15,8	24,9	32,0
75 - 80	<b>39,7</b>	<b>47,9</b>	6,9	12,7	17,5	24,2
80 - 85	33,6	28,3	6,0	7,9	14,0	13,8
85 - 90	24,1	35,4	5,6	7,3	10,6	14,3
90 +	26,1	15,9	5,8	7,9	10,2	9,7
Insgesamt	30,5	31,1	9,3	10,1	19,5	20,3

Tabelle 2.18.

Dieser Tabelle 2.18. ist das Missverhältnis zwischen männlicher und weiblicher alkoholbedingter Sterberate deutlich zu entnehmen. Die alkoholbedingte Sterblichkeit nimmt für Männer ab deren zweiter Lebenshälfte deutlich zu, und zeigt Werte, die denen der Frauen um ein Vielfaches übertreffen.

### **Zur Suizidalität bei Alkoholabhängigkeit**

Soyka (1997) beziffert das Lebenszeitrisiko für Suizidhandlungen bei Alkoholikern zwischen 2% - 15%. Die Suizidrate wäre demzufolge bis zu 120-fach erhöht. Generell sei Alkohol für 25 % der Suizidfälle verantwortlich. Die Suizidversuche unter Alkoholeinfluss weisen sicherlich eine hohe Dunkelziffer auf.

Soyka (1997) bemerkt kritisch, dass die Alkoholabhängigkeit als protrahierter Selbstmord aufgefasst werden kann.

Zum Thema Alkoholkonsum, Alkoholwirkungen und Arbeitssicherheit liefern Resch & Fuchs (1998) eine differenzierte und detaillierte Beschreibung.

## **2.6. Interventionsmöglichkeiten**

Die Hilfsangebote sind vielfältig: stationäre, ambulante, Langzeit- und Kurzzeitbehandlungen mit den unterschiedlichsten Schwerpunkten (pharmakologisch, psychiatrisch, psychologisch) und unterschiedlichen Konzepten (biologisch, systemisch, verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch, eklektisch). Auf Grund der möglichen Kombinationen entsteht eine enorme Vielzahl und Heterogenität.

Hüllinghorst (1996) veröffentlichte Zahlen zur Struktur der Versorgung Süchtiger in Deutschland:

1280 Suchtberatungsstellen

1730 Krankenhausbetten

12.000 stationäre Therapieplätze

Wenn diese Ressourcen mit der Anzahl der mehreren Millionen Betroffenen (siehe Kapitel 2.2. Epidemiologie) von verglichen wird, offenbart sich deutlich das Missverhältnis. Jedoch lässt sich auch feststellen, dass jede größere Stadt entsprechende professionelle Hilfsangebote zur Verfügung stellt. (Siehe Adressen im Anhang).

Wenn einerseits Hilfsangebote bestehen und andererseits eine große Bedürftigkeit existiert, ergibt sich daraus die Frage, wie ein Betroffener den Weg zur Therapie findet und wie viel Chancen auf Erfolg prognostiziert werden können.

Für den Erfolg, Teilerfolg oder Misserfolg einer Alkoholismustherapie wechselwirken eine Vielzahl von z.T. nur schwer oder gar nicht quantifizierbaren Parametern, die sich aus den Variablen der Person, des sozialen Umfeldes, der Therapeuten und dem Behandlungskonzept der Einrichtung, zusammensetzen. Dementsprechend ist die Entstehung positiver synergetischer Effekte für den Einzelfall kaum prognostizierbar.

Eine exakte Bewertung der einzelnen Hilfsangebote scheint schwer operationalisierbar, da z.B. nicht jede Einrichtung ein Qualitätsmanagement, insbesondere eine Evaluation der Interventionen, besitzt. Darüber hinaus sind die Interventionen nicht direkt vergleichbar, die Behandlungskonzepte wenig

kompatibel, die Behandler unterschiedlich qualifiziert, etc. Dementsprechend schwierig gestaltet sich eine vergleichende Testung.

Da die relevanten Interventionen für Alkoholranke erst relativ spät im Krankheitsverlauf genutzt werden (Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998), z.T. erst nach 10 Jahren (Mann & Batra, 1993), sollte ein besonderes Augenmerk auf die Früherkennung und die Frühinterventionen gelegt werden. Frühe Interventionen (early interventions) sind in der Regel Kurzinterventionen, die die Krankheitseinsicht, die Veränderungsbereitschaft bzw. Behandlungsmotivation initiieren sollten. (Donovon & Marlatt, 1993)

### **Exkurs: Kurzinterventionen**

Babor (1994) differenziert die Kurzinterventionen:

- Minimal interventions (einmalige Intervention von bis zu fünf Minuten),
- Brief interventions (maximal drei Sitzungen von jeweils bis zu 60 Minuten),
- Moderate interventions (fünf bis sieben Sitzungen) und
- Intensive interventions (acht oder mehr Sitzungen).

Die minimal und brief interventions subsumieren sich unter dem Begriff Kurzinterventionen (Babor, 1994). Aber auch diese unterscheiden sich deutlich z.B. bzgl. der Behandlungsdauer, des Settings und des Behandlungskonzeptes (Heather, 1998; Zweben & Fleming, 1999).

Der Kontext der Kurzzeitbehandlungen ist sehr unterschiedlich. Die Studien zu den einzelnen Minimal- und Kurzinterventionen sind belegen aber die guten Erfolge.

- Hausärztliche Versorgung (McIntosh, Leigh, Baldwin & Marmulak, 1997)
- Stationäre Versorgung (Heather, Rollnick, Bell & Richmond, 1996)
- Notfallaufnahme (Forsberg, Ekman, Halldin & Rönnerberg, 2000)
- Betriebliche Suchtprävention (Richmond, Kehoe, Heather & Wodak, 2000)
- Beratung junger Erwachsener (Borsari & Carey, 2000)
- Erwachsene im höheren Alter (Fleming, Manwell, Barry, Adams & Stauffacher, 1999)
- Implementierung sekundärpräventiver Programme in der Gemeinde (Miller et al., 1988)

Die Konstanz der Behandlungserfolge (insbesondere der harm reduction: reduzierter Konsum, verminderte Folgeschäden, weniger stationäre oder Notfallbehandlungen) ist gut belegt (Fleming et al., 2002) (Moyer et al., 2002).

Miller et al. (1995) rechneten mit 219 Studien eine Meta-Analyse, deren Ergebnisse belegten, dass Kurzzeittherapien mit unterschiedlichen Teilkomponenten (u.a. verhaltenstherapeutische Interventionen) die besten Impact-Werte aufwiesen.

Wesentliche Aspekte für eine gute Therapiemotivation sind der Leidensdruck, positive Assoziationen zur Abstinenz und eine optimistische Wirkungserwartung des Patienten an die Therapie (Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998).

Diese Prädiktoren sind oftmals nicht primär vorhanden, da etliche Betroffene auf Grund von äußerem Druck (Familie, Vorgesetzte, richterliche Anordnung, etc.) und mit geringer Eigen- und Abstinenzmotivation in die Therapie kommen.

Das Zustandekommen eines stabilen, kompetenten, therapeutischen Bündnisses ist die erste und auch schon eine der schwierigsten Etappen auf dem therapeutischen Weg.

Eine repräsentative Erhebung, die in Lübeck von Rumpf et al. (2000) durchgeführt wurde, zeigte, dass mehr als 70 % (70,9 %) der Alkoholabhängigen keine suchtspezifischen Hilfen bezogen. Die Autoren führen weiter aus: „Weitere 14,5 % wiesen nur geringfügige Kontakte auf (bis zu fünf Beratungen durch einen Hausarzt, bis zu drei Gespräche in einer Beratungsstelle oder bis zu zehn Besuche in einer Selbsthilfegruppe.“ Nur sehr wenige der Alkoholkranken bezogen eine adäquate suchtspezifische Hilfsmaßnahme.

#### **Zum Ablauf einer Alkoholentwöhnungstherapie:**

Feuerlein, Kufner & Soyka (1998) beschreiben die Therapiephasen wie folgt:	
1) Kontaktphase:	Motivationsklärung
2) Entgiftungs- oder Entzugsphase:	Tage bis wenige Wochen ambulant oder stationär
3) Entwöhnungsphase:	Therapie
4) Rehabilitationsphase:	Reintegration, Rückfall-Prophylaxe, Selbsthilfegruppe

Eine wesentliche Prämisse für die folgende Therapie ist auch hier die Motivationslage des Betroffenen. Als Prämissen für die Entwöhnungstherapie galten lange Zeit und in vielen Therapieeinrichtungen auch heute, die Abstinenz und die Motivation zur Therapie.

Prochaska & DiClemente (1986) beschreiben in ihrem 4 – Phasen – Verlaufsmodell alternative Entwicklungen:	
1) Precontemplation:	Externe Motivation, kein eigenes Problembewusstsein
2) Contemplation:	Beginn der selbstkritischen Auseinandersetzung
3) Action:	(labile) Verhaltensmodifikationen
4) Maintenance:	Abstinenzmotivation konsolidiert sich

Es besteht eine langjährige Kontroverse der unterschiedlichen Therapieziele >Abstinenz< oder >Kontrolliertes Trinken<, bzw. >Harm Reduction<.

In Deutschland besteht weitgehender Konsens bzgl. der Abstinenzforderung als Entwöhnungstherapieziel. Nach Lindenmeyer (1999) wird in Kanada und einigen skandinavischen Ländern das kontrollierte Trinken als Therapieziel verfolgt.

Der Autor stellt fest, dass eine „Zweigleisigkeit“ im therapeutischen Setting kaum praktikabel wäre. Darüber hinaus wird vom Versicherungsträger ebenfalls die Alkoholabstinenz als explizites Therapieziel formuliert.

Zur Wirksamkeit von therapeutischen Interventionen werden zwei Aspekte dargestellt. Einerseits sind die Prädiktoren zu beachten, andererseits die Behandlungsstatistiken, insbesondere die Katamneseergebnisse.

### **Zu den Prädiktoren:**

Die Wahrnehmung der Prognosefaktoren erscheint für die Behandlungseffizienz von Bedeutung, da schon im Vorfeld (vor / bei Beginn der Therapie) Risiken und zu erwartende Schwierigkeiten bzgl. des Behandlungserfolges aufgedeckt werden können. Der ganzheitliche Ansatz zur Diagnostik von Alkoholerkrankungen von Professor J. Besson (2002) von der Division d'abus de Substances in Lausanne (S. 27) stellt ein praxisnahes Beispiel dar, welche Dimensionen in die Diagnostik einfließen sollten.

Die Münchner Evaluation der Alkoholismustherapie (MEAT) (Küfner, Feuerlein & Huber (1988) veröffentlichte 9 Prognosefaktoren für Männer, die den Behandlungserfolg positiv beeinflussen:

#### **9 Prädiktoren, die die Erfolgchancen einer Alkoholismustherapie erhöhen:**

- Mit Ehepartner lebend
- Wohnortgröße unter 100.000
- Genau eine Arbeitsstelle in den letzten zwei Jahren
- Keine Arbeitslosigkeit
- Wohnsituation: in Eigenheim oder Wohneigentum
- Wohnsituation: nicht in Wohnheim oder obdachlos
- Kein Arbeitsplatzwechsel wegen Alkoholmissbrauch
- Kein Suizidversuch
- Nicht vorher in einer Suchtfachklinik

Die Auflistung der Prädiktoren verdeutlicht, dass insbesondere sozialen Faktoren (Partnerschaft, Kleinstadt, Stabiler Arbeitsplatz, Hausbesitz) eine besondere Bedeutung bzgl. der Erfolgchancen zugesprochen wird.

Costello (1975) schildert Prädiktoren, die den Behandlungseffekt deutlich manipulieren. Diese betreffen sowohl die Strukturen und Inhalte des Settings (Intensivere Behandlung, Stationäre Behandlung 6-8 Wochen, Disulfiram-Begleittherapie, Nachsorge), als auch die Hintergründe der Betroffenen (Weniger high-risk-Patienten, Einbeziehung von Bezugspersonen)

Finney & Moos (1995) veröffentlichten folgende

**4 Faktoren, die für die Behandlungserfolge wichtig sind:**

- Schwere und Zahl der Abhängigkeitssymptome
- Schwere der negativen Folgeschäden
- Depressive Stimmung
- Negative Lebensereignisse in den letzten Monaten.

**Zur Evaluation der Alkoholismustherapie**

Evaluationsstudien zum Therapieerfolg liefern zum Teil recht unterschiedliche Daten. Eine Übersicht bietet Feuerlein, Küfner & Soyka (1998): Die Ergebnisse schwanken um die Werte 30/30/30: (30 % abstinent 30 % gebessert, 30 % ungebessert), bis zu 50 % gebessert, 50 % ungebessert.

Von Emrick (1974) stammt die Ein-Drittel-Faustregel, dass bedeutet, dass nach den Forschungsdaten einer Metaanalyse von Emrick (1974), folgende Therapieergebnisse festgestellt wurden: 34 % der Betroffenen zeigen Abstinenz, 44 % zeigten einen gebesserten Zustand und 32 % blieben ungebessert.

Besonders interessant sind Katamnesestudien, die die Langzeiteffekte evaluieren. Exemplarisch für derartige Studien werden die Daten einer der wichtigsten deutschen Studien dargestellt, nämlich der **MEAT-Studie** (Münchener Evaluation der Alkoholismustherapie). 1410 Patienten aus 21 Suchtfachkliniken (Kurzeiteinrichtungen 6-8 Wochen, Mittelzeiteinrichtungen 4-5 Monate, Langzeiteinrichtungen 6 Monate) wurden über einen Zeitraum von 48 Monaten untersucht.

Die Ausschöpfungsquote lag bei über 80%.

<b>Ergebnis</b>	Nach 6 Monaten	Nach 18 Monaten	Nach 48 Monaten
Abstinenz	67 %	53 %	46 %
Gebessert	11 %	8,5 %	3 %
Unverbessert	22 %	38 %	51 %

Tabelle 2.19.

Die Ergebnisse der MEAT – Studie (Tabelle 2.19.) zeigen für einen Zeitraum von 4 Jahren (48 Monaten) eine Erfolgsquote von 49% (46 % abstinent und 3 % gebessert).

Unter Vorbehalt (Einbeziehung der Prognosefaktoren) kann also eine relativ gute Behandlungsprognose formuliert werden.

Die Zahlen sprechen eher gegen die Ein-Drittel-Faustregel und für eine 50 % Erfolgsprognose.

Küfner (1981) veröffentlichte Daten, die ebenfalls für eine 50 % Erfolgsprognose sprechen:

Behandlungserfolg	Quote
Abstinenz oder gebessert	46,8%
Ungebessert	53,2%

Eine metaanalytische Studie von Süß (1988) belegte, dass die stationäre Therapie, bzgl. Abstinenz- und Besserungsrate, in Deutschland erfolgreicher ist als in anderen Ländern. Die ambulante Therapie zeigte nur geringfügig geringere Erfolgsquoten. Für Deutschland konnte lediglich ein Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg verzeichnet werden. Eine inhaltliche Gewichtung der Wirksamkeit einzelner Behandlungskomponenten konnte nicht eruiert werden.

Exemplarisch seien an dieser Stelle noch Therapieforschungsdaten einer hochstrukturierten, ambulanten Reha-Einrichtung dargestellt (Bottlender, Scharfenberg & Soyka, 2003), die belegen können, dass ambulante Einrichtungen heute den stationären Einrichtungen bzgl. ihrer Behandlungserfolge gleichwertig arbeiten.

Ergebnis	Therapie-Ende	6 Monate 95%	1 Jahr 90%	2 Jahre 80%
Abstinenz	72% Haltequote	64%	61%	<b>57%</b>
Gebessert		15%	10%	
RF	28% Abbruch	21%	27,5%	

Tabelle 2.20.

Die Tabelle 2.20. dokumentiert eine 57 %ige Erfolgsquote der ambulanten Reha-Einrichtung nach der 2 Jahres-Katamnese.

### **Zu den Inhalten einer Alkoholentwöhnungstherapie**

Der erste Schritt beinhaltet eine fundierte Entgiftung. Das bedeutet, dass ein erfahrener Arzt, den psychophysischen Status des Betroffenen zu diagnostizieren hat und dementsprechende Maßnahmen initiiert (stationäre oder ambulante Entgiftung). Die Modalitäten (Entgiftungszeit zwischen einigen Tagen bis mehreren Wochen, stationäre oder ambulante Entgiftung) variieren je nach Schwere der Problematik. Der Entzug wird i.d. Regel medikamentös (Psychopharmaka, Clomethiazol) unterstützt, da sich unterschiedliche, z.T. sehr ernsthafte und auch lebensbedrohliche psychische und physische Reaktionen (Delir, Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit, etc.) entwickeln können. Eine fundierte Beschreibung liefert Soyka (1997).

Die weiterführende Alkoholentwöhnungstherapie ist (aus den oben genannten Gründen) inhaltlich nicht einheitlich darstellbar.

Es lässt sich aber feststellen, dass eine moderne Rehabilitationskonzeption heute in der Regel immer einem bio – psycho – sozialen Behandlungsschema entspricht.

Das bedeutet, dass neben der Psychotherapie und Sozialberatung auch die Pharmakotherapie einen wichtigen Platz einnimmt.

Diese drei Elemente werden kurz dargestellt:

### **Zur medikamentösen Alkoholismustherapie**

Im Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie (Benkers & Hippus, 2004) wird explizit formuliert, dass eine pharmakotherapeutische Behandlung innerhalb der Alkoholentwöhnungstherapie lediglich als *ein* Aspekt innerhalb eines fundierten Behandlungsplans genutzt werden sollte.

Die medikamentöse Begleittherapie sollte die psychische Stabilität des Betroffenen, neben der Psychotherapie und evtl. Sozialberatung, stabilisieren und bei entsprechender Indikation auch helfen, den Suchtdruck zu reduzieren.

In diesem Kontext lassen sich drei Pharmakagruppierungen benennen:

- 1) Aversionstherapeutika, wie Disulfiram, sollen beim Betroffenen die positive Assoziationen zwischen Alkoholkonsum und Folgewirkungen reduzieren bzw. umkehren. Die Effektivität ist mittlerweile umstritten (Fuller, 1986).
- 2) Psychopharmaka, die insbesondere die psychische Verfassung zu stabilisieren versuchen. Eine grobe Skizze der Anwendungen sieht wie folgt aus: Anxiolytika zur Reduktion von Ängsten, Antidepressive zur Stimmungsaufhellung, Neuroleptika gegen wahnhaftige Symptome und zur psychischen Dämpfung, Phasenstabilisierer zur Dämpfung manisch-depressiver Symptome. Für eine differenziertere Beschreibung, siehe Soyka, 1997; Benkers & Hippus, 2004.
- 3) Die Antidipsotropika, z.B. Acamprosat ist seit etwa 1996 in Deutschland und seitdem bzgl. der Effektivität gut evaluiert (Saß et al., 1996). Das Medikament unterstützt die Therapiefähigkeit und hilft den Betroffenen nachweislich, in ihrem Bemühen um Abstinenz.

### **Exkurs: Die Entzugssymptome**

Es lassen sich unterschiedliche Kategorien von Entzugssymptomen klassifizieren:

- 1) Die psychovegetativen Entzugssymptome, die relativ kurzfristig (mehrere Stunden) nach der letzten Alkoholeinnahme entstehen können.
- 2) Der so genannte konditionierte Entzug, der auch lange (Wochen und Monate) nach der Entgiftung einsetzen kann. Littleton (1995) beschreibt einen psychophysischen Konditionierungsprozess auf Substanz und Setting. Er postuliert eine hirnganische Gegenreaktion auf die Alkoholfuhr, sodass es zur Erhöhung der Alkoholtoleranz kommt. Die psychophysischen Mechanismen zur Toleranzsteigerung werden assoziativ mit dem Setting verbunden. Das konditionierte Setting initiiert die hirnganische Gegenreaktion, die dann ohne den Alkoholkonsum zu Entzugssymptomen führen kann.

## **Alkoholismus und Psychotherapie**

Die Psychotherapie beinhaltet eine erhebliche Fülle von unterschiedlichsten Methoden und Konzepten. Eine speziell für die Alkoholentwöhnungstherapie bezogene Psychotherapieschule besteht nicht. Die psychotherapeutischen Interventionen sind oftmals eklektischer Natur und i. d. Regel an dem jeweiligen Behandlungskonzept der stationären oder ambulanten Einrichtung orientiert.

Generell kann aber festgestellt werden, dass eine suchtspezifische Psychotherapie deutliche Merkmale aufweist. Zentrale Aspekte sind z.B. verstärkt gruppentherapeutische Behandlungen, Erlernen von alternativen Selbstentlastungsressourcen, Konfliktmanagementtraining, Alltagsstrukturierung, Frustrationstoleranzsteigerung, Umgang mit Craving, Rückfallprophylaxe, Umgang mit einem möglichen Rückfall, Familien- und Systemische Therapiebausteine, etc.

Eine gute Übersicht der psychotherapeutischen Alkoholismustherapie bietet (Feuerlein, Kufner, & Soyka, 1998; Schlüter-Dupont, 1990)

### **Exkurs: Rückfall**

Der Rückfall sollte niemals ein Tabuthema darstellen. Ein offener Umgang mit der Thematik und die Entwicklung eines Notfallplans, für den Rückfall, erscheint relevant. Die Wahrscheinlich kann zwar therapeutisch reduziert, aber nie ausgeschlossen werden. Sodass eine gute Vorbereitung auf einen Rückfall die Zeit zwischen dem Ereignis und der nächsten Hilfsmaßnahme möglichst kurz ausfallen lässt. Ein Notfallplan könnte z.B. einen schriftlich strukturierten Verhaltensablauf beschreiben, den der Betroffene immer bei sich trägt. Dieser könnte Telefonnummern beinhalten, Kontaktpersonen und ansprechbare Institutionen.

### **Exkurs: Selbsthilfegruppe**

Der Besuch einer Selbsthilfegruppe (SHG) während und / oder nach der Entwöhnungstherapie ist als ein Qualitätsmerkmal einer fundierten Nachsorge zu interpretieren (Feuerlein, Kufner, & Soyka, 1998). Es gibt in Deutschland eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen (siehe Anhang). Eine der bekanntesten SHG sind die Anonymen Alkoholiker (AA).

Die Effektivität, z.B. bzgl. der Rückfallprophylaxe ist gut gesichert (Emrick et al., 1993)

### **Kosten – Nutzen – Analysen (KNA)**

Dieser Begriff taucht im Kontext der unterschiedlichen Bewertungen des Alkoholismusproblems immer wieder auf. (Derartige Überlegung wirken makaber, da es sich um eine Krankheit handelt)

Die Ergebnisse der unterschiedlichsten KNA lassen sich, nach Holder et al. (1992) wie folgt darstellen:

- Nichttherapierte Alkoholranke verursachen doppelt soviel Kosten, wie therapierte Alkoholranke.
- Ca. 2 bis 4 Jahre nach Therapieabschluss vermindern sich die Kosten auf ein Niveau unterhalb des Ausgangsniveaus der Patienten.
- Bei den KNA ist kein Geschlechtereffekt feststellbar.
- Der Nutzeffekt ist bei Patienten, die jünger als 54 Jahre sind, höher als bei älteren Patienten.

Ein anderer Aspekt der KNA relativiert das Verhältnis der gesellschaftlichen Belastungen gegen die Gewinne. Es werden Belastungen berechnet, wie z.B.: Kosten im Gesundheitswesen zur Behandlung, betriebswirtschaftliche Kosten und soziale Folgeschäden. Auf der Nutzenseite stehen Faktoren, wie z.B. Steuereinnahmen und Arbeitsplätze.

Die Berechnungsgrundlagen für die Kostenaufstellungen erscheinen nicht immer transparent oder kompatibel. Dementsprechend schwanken die Zahlen der Gesamtkosten, die auf Grund von Alkoholfolgeschäden auftreten zwischen 50 und 80 Milliarden DM (Bühringer & Simon 1992).

## **2.7. Exkurs: Nikotin, Medikamente, Essstörungen und Alkohol**

In der vorliegenden Studie werden, neben dem Schwerpunkt der Alkoholkonsumevaluation, auch verschiedene andere Variablen, erhoben: Z.B. auch Daten zum Nikotin- und Medikamentenkonsum und Essstörungen.

Es folgen nun epidemiologische Zahlen für den Nikotin- und Medikamentenkonsum. Die Daten stammen von der Website der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) unter: <http://www.dhs.de/veroeffentlichungen/epidemiologie.htm>

### **Nikotin**

Die Zentrale Informationsstelle Sucht (ZIS) (unter: <http://www.lzg-bayern.de/zis/online/index.htm>) veröffentlichte, dass der Tabak etwa Mitte des 19. Jahrhunderts nach Europa kam. Der Konsum steigerte sich sukzessive. Insbesondere im 20. Jahrhundert steigerte sich z.B. der Pro-Kopf-Konsum in Deutschland in den 30er Jahren von 570 auf 900 Zigaretten. In der Nachkriegszeit wurde der Tabak

rationiert, der Konsum sank um 50%. Zigaretten stellten zu der Zeit einen hohen materiellen Wert dar, es gab die so genannte „Zigarettenwährung“.

Erst in den 50er Jahren wurden Studien veröffentlicht, die die multiplen negativen Konsequenzen des Nikotinkonsums offenbarten.

Erst 1989 stuft die WHO das Rauchen als Tabakabhängigkeit nach der ICD ein.

Junge (1998) beschreibt, dass beispielsweise 1996 in Deutschland 136.244 Mio. Zigaretten, 1.359 Mio. Zigarren und Zigarillos geraucht wurden. Für selbstgedrehte oder -gesteckte Zigaretten wurden 16.671 Tonnen Tabak und für Pfeifen wurden 1.096 Tonnen Tabak verbraucht. 90% des Tabakverbrauchs ist auf den Zigarettenkonsum zurückzuführen.

Die Zentrale Informationsstelle Sucht (ZIS) (unter: <http://www.lzg-bayern.de/zis/online/index.htm>) veröffentlichte, dass Tabak neben dem Alkohol das am weitesten verbreitete Suchtmittel ist. Etwa 7,5 Millionen Menschen sind in Deutschland als starke Raucher (mehr als 20 Zigaretten tgl.) zu bezeichnen. Ca. 110.000 Menschen sterben jedes Jahr an tabakbedingten Krankheiten.

Die Zahl der Raucher in Deutschland ist in den letzten Jahrzehnten eindeutig rückläufig. ZIS: „Groß angelegte Studien der letzten Jahre weisen darauf hin, dass rauchfreie Krankenhäuser, Flüge, Bahnreisen, Arbeitsstätten usw. einen erheblichen Beitrag zur Reduzierung der Anzahl der "Nochraucher" leisten.“

„Hochgerechnet auf die erwachsene Bevölkerung (Altersgruppen 18 bis 59) ist in Deutschland von 17,8 Millionen Rauchern auszugehen (rund 37% der Befragten), wobei deutlich weniger Frauen (30%) als Männer (43%) rauchen (Kraus, Bauernfeind 1998; vgl. auch Statistisches Bundesamt 1996).

Von diesen Rauchern sind 6,7 Millionen als starke Raucher (durchschnittlich 20 und mehr Zigaretten täglich) einzuschätzen. Auch unter den starken Rauchern sind Männer deutlich häufiger als Frauen vertreten (Kraus, Bauernfeind 1998).

In der Repräsentativerhebung 1997 wurden keine Daten zu Missbrauch oder Abhängigkeit von Nikotin erhoben. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass mehr als die Hälfte der Raucher nikotinabhängig ist (Nelson, Wittchen 1998; Saß, Wittchen, Zaudig 1996).

Weiland & Keil (1995): schildern, dass sich in Deutschland über ein Viertel (26,7%) der Bevölkerung im Alter ab zehn Jahren als Raucher einstufen. Insgesamt gehörten 21,9% der Bundesbürger zu den regelmäßigen Zigarettenrauchern, 76,1% davon gaben an, durchschnittlich 5 bis 20 Zigaretten pro Tag zu rauchen, immerhin 16,2% rauchten zwischen 20 und 40 Zigaretten am Tag und 1,3% sogar mehr als 40 Zigaretten. Der höchste Nikotinkonsum (36,6%) wurde in der Altersklasse der 30- bis 35jährigen festgestellt. Mit zunehmendem Alter nahm die Zahl der Raucher dann wieder

kontinuierlich ab. Der Raucheranteil in der Gruppe der 15- bis 20jährigen betrug 13,9% und bei den 20- bis 25jährigen lag der Wert bei mehr als 30%.

Studien der Infratest (1997), die durch die Bayerische Staatsregierung initiiert wurde, veröffentlichten folgende Langzeitergebnisse: „Seit 1973 ist der Anteil der jugendlichen Raucher rückläufig. So rauchte 1973 noch fast jeder zweite Jugendliche, 1995 war es nur noch jeder Dritte. Eine Ausnahme hiervon stellt die Altersklasse der 15- bis 17jährigen Mädchen dar, hier gab es einen Anstieg der Raucherrate auf das Niveau der 80er Jahre.“

Diese Ergebnisse (Rückgang der Raucherquote bei Jugendlichen) wurden auch von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 1994) bestätigt.

Die BzGA (1994) listet die Motivation des Nichtrauchens für die Jugendlichen :	
-	82 %: Gesundheitsgefährdung durch das Rauchen.
-	56 %: weil es ihnen einfach nicht schmecke.
-	44 %: die finanzielle Belastung durch das Rauchen.
-	36 %: Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit.
-	17 %: Umweltschutzgedanken.

62% der ehemaligen jugendlichen Raucher nennen den hohen Preis als Grund für die Nikotinabstinenz.

Die Rückläufigkeit sollte aber nicht über die Problematik des tatsächlichen Konsums hinwegtäuschen.

In Deutschland konsumierten 1993/94 Jugendliche bzw. junge Erwachsene (12 bis 25 Jahre) durchschnittlich 14,1 Zigaretten pro Tag. 34% der befragten Raucher konsumieren 20 Zigaretten pro Tag oder mehr. Wenn die Gelegenheitsraucher (fünf Zigaretten tgl.) unberücksichtigt bleiben, erhöht sich der Durchschnittskonsum auf 17,6 (Zig. Tgl.), wobei der Anteil der starken Raucher auf 48% steigt.

Ein wichtiges Forschungsergebnis ist die Erkenntnis, dass das Risiko von körperlichen Folgeschäden in dem Maße zunimmt, wie das Erstkonsumalter abnimmt (Nordlohne, 1992).

Statistisches Bundesamt (1998) veröffentlichte folgende Daten zum Nikotinkonsum:	
- In Relation zur Bevölkerung sind	6% starke Raucher (> 20 Zig)
- Der Bundesdurchschnitt:	29% Raucher (22% Frauen, 36% Männer)
- In der Altersgruppe von 18 bis 59 Jahren:	37% Raucher (30% Frauen, 43% Männer)
- Auch unter den starken Rauchern sind Männer deutlich häufiger als Frauen vertreten.	

(Kraus, Bauernfeind 1998; vgl. auch Statistisches Bundesamt 1996).

In der Repräsentativerhebung 1997 wurden keine Daten zu Missbrauch oder Abhängigkeit von Nikotin erhoben. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass mehr als die Hälfte der Raucher nikotinabhängig ist (Nelson, Wittchen 1998; Saß, Wittchen, Zaudig 1996).

### **Sozialstatus und berufliches Umfeld**

Bezüglich der Bildung zeigen sich deutliche Nikotinkonsumunterschiede:

- ca. 50 % der Volks- und Hauptschulabsolventen (15- bis unter 40 Jahre),
- ca. 33 % der Realschulabsolventen und
- ca. 25% der Abiturienten rauchen.

(Nordlohne, 1992; Statistisches Bundesamt, 1996)

Die Extremgruppen bilden die Mädchen in Hauptschulen, mit einem Hochkonsum während die Mädchen in Gymnasien den geringsten Konsum aufweisen.

Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) belegte, dass Männer mit Abitur nur halb so häufig rauchen, wie Männer mit Hauptschulbildung (Infratest, 1997)

Generell lässt sich feststellen, dass in höheren sozialen Schichten weniger geraucht wird, als in niederen sozialen Schichten (Gohlke et al. 1998).

Für eine umfassende Übersicht bzgl. Nikotin und Folgeschäden, bietet das ZIS (Zentrale Informationsstelle Sucht) einen guten Überblick, unter: <http://www.lzg-bayern.de/zis/online/index.htm>

### **Alkohol und Nikotin**

Verschiedene Studien konnten belegen, dass etwa 70 % der Alkoholabhängigen Raucher sind (Münchener Evaluation der Alkoholismustherapie, MEAT – Studie von Kufner & Feuerlein 1989).

Zimdars, Lindenmeyer, Kolling (unter: <http://fdr-online.info/pdf/bdk-27-lindenmeyer.pdf>) beziffern den Prozentsatz rauchender Alkoholiker auf 80 % und benennen weitere Autoren mit ähnlichen Ergebnissen (Zemlin, 1996). Darüber hinaus merken die Autoren an, dass sich die gesundheitlichen Risiken im Kontext der Kombination Nikotin- und Alkoholkonsum nicht addieren sondern multiplizieren.

Longnecker & Enger (1996) veröffentlichten die Korrelationen zwischen geringem Alkoholkonsum (10g RA / Tag) und dem Krebsrisiko. Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ableiten, dass bei einem zusätzlichen Nikotinkonsum sich die Krebswahrscheinlichkeit potenziert (Singer & Teysen 2002).

Auch Junge (1998) stellt fest, dass Alkoholkonsum und Rauchen eine häufige Kombination darstellt. Es konnte belegt werden, dass drei von vier jugendlichen Rauchern regelmäßig oder gelegentlich Alkohol trinken, während nur drei von acht Nichtraucher regelmäßig oder gelegentlich Alkohol trinken

## **Medikamentenkonsument**

Die Medikamentenabhängigkeit ist, im Vergleich zum Alkoholismus oder der Sucht nach harten Drogen, eine (bzgl. ihrer öffentlichen Wirkung) eher unauffällige Erkrankung. Im Vergleich zu anderen Substanzabhängigkeiten lassen sich oftmals nur sehr subtile Signale und äußere Anzeichen erkennen. Dementsprechend wirken die Betroffenen eher angepasst-unauffällig, sind sozial integriert und häufig leistungsorientiert (Funke & Schickentanz, 2002). Eine der Funktionen des Medikamentenkonsumentes ist die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit (Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001), sodass auch auf Grund dieser Dynamik die Außenwirkung vermindert ist.

Nette (1998) schildert, dass Alkoholkonsum und Arbeitsfähigkeit von den meisten Verantwortlichen ausgeschlossen wird, während ein Medikamentenkonsument und Arbeitsfähigkeit sich nicht ausschließen, im Gegenteil, viele Medikamentenabhängige erhalten ihre Arbeitsfähigkeit mittels Medikament aufrecht.

Anmerkung: Der Unfallversicherungsschutz entfällt, wenn Schaden auf Grund von Medikamenteneinwirkung entsteht.

Die Zusammenhänge sind auch dadurch (im Vergleich zum Alkoholismus) komplizierter, da unterschiedliche Stoffgruppen und damit verbunden unterschiedliche Nebenwirkungen vorhanden sind.

Steinbach & Wienemann (1992) geben zu bedenken, dass die Arbeitssicherheit oftmals durch Medikamenteneinfluss deutlich gefährdet ist. Dabei handle es sich nicht selten um eine ärztlich verordnete Medikation.

Nette (1998) erwähnt Studien (Remien & Raber 1993) die belegen, dass „etwa 1,4 Millionen Menschen von ärztlich verordneten Medikamenten abhängig sind, und dass etwa 1,3 Millionen mittel- bis hochgradig gefährdet sind, eine Abhängigkeit zu entwickeln.“

Die Studie von Remien & Raber (1993) belegte den bedenklichen Tatbestand, dass eine Medikamentenabhängigkeit in der Regel durch die ärztlichen medikamentösen Verordnungen entsteht.

Poser & Wegerer (2001) belegen, dass von der Medikamentenabhängigkeit überwiegend Frauen um die 50 Jahre betroffen sind, die darüber hinaus unter weiteren Erkrankungen leiden.

Die DHS (2003) schätzt, dass es in Deutschland etwa 1,4 Millionen Medikamentenabhängige gibt. Ca. zweidrittel der Betroffenen sind Frauen.

Im Vergleich zu anderen Substanzabhängigkeiten liegt die Zahl der Medikamentenabhängigen damit nicht wesentlich unter der Summe der Alkoholabhängigen (siehe Kapitel 2.2.), aber deutlich über der Anzahl der Konsumenten von illegalen Drogen.

Zielke (1993) veröffentlicht Zahlen, die deutlich belegen, dass der Medikamentenkonsum mit zunehmendem Alter (insbesondere bei Frauen) signifikant zunimmt. Die Steigerung des Medikamentenkonsums betrifft sowohl die Psychopharmaka (insbesondere Tranquillianta), als auch Analgetika und Magen-Darm-Präparate. Beispielsweise werden Schmerzmittel von Frauen um mehr als das 7-fache, im Vergleich zum Konsum der Männer, eingenommen.

Nach der Repräsentativerhebung von 1997 konsumieren 7,4 Millionen Personen (11,5% Männer und 19,5% Frauen) mindestens einmal pro Woche Medikamente mit psychotroper Wirkung (Kraus, Bauernfeind 1998).

Im Gegensatz zu den anderen psychotropen Substanzen werden Medikamente von Frauen häufiger als von Männern und von Älteren häufiger als von Jungen konsumiert (Kraus & Bauernfeind 1998; Glaeske 1998).

Auch Nette (1998) stellt fest, dass vor allem Frauen und ältere Menschen bzgl. einer Medikamentenabhängigkeit betroffen sind. Frauen sind ab dem 40. Lebensjahr besonders gefährdet, Männer ab dem 50. Lebensjahr (Remien & Raber 1993).

Nette (1998) schildert, dass die Hauptgruppe der Betroffenen (Frauen) den Medikamentenkonsum als Kompensationshilfe gegen „psychische und physische Überlastung“ nutzen.

<b>Medikamentenkonsum</b>	<b>Bundesbürger</b>
Schmerzmittel	7,7 %
Aufputzmittel	0,8 %
Beruhigungsmittel	12,1 %
Schlafmittel	5,5 %
Naturheilmittel	7,9 %
Sonstige	24,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>58 %</b>

Tabelle 2.21.

Lauser (2005) listet (Tabelle 2.21.) den jährlichen bundesdeutschen Medikamentenkonsum auf, sodass das Ausmaß deutlich wird. Des weiteren veröffentlicht er Zahlen aus dem Jahre 1981, die belegen, dass Frauen in diesem Jahr 43,6 Mio. Rezepte für Beruhigungs- und Schlafmittel und Männer 20,4 Mio. Rezepte für Beruhigungs- und Schlafmittel erhielten.

Glaeske (2003): ca. 1,5 Millionen Deutsche sind Medikamentenabhängig, die Mehrzahl ist von Benzodiazepinen abhängig.

Trotz der hohen epidemiologischen Zahlen, findet die Problematik der Medikamentenabhängigkeit in der Fachliteratur (Vogt, 1998; Poser, 2002) und in der klinischen Entwöhnungstherapie (Welsch, 2001) im Vergleich zu anderen Süchten relativ wenig Beachtung.

Im Kontext der Medikamentenabhängigkeit kann zwischen Hoch- und Niedrigdosiskonsum und einfach- und polyvalentem Konsum unterschieden werden. (Latta, 1994).

Bei den Hochdosisabhängigen betrifft die Motivation eher Rausch- und / oder Substitutionskonsum. Bei den Niedrigdosisabhängigen stehen gesundheitliche Beschwerden als Motivation für die Medikamenteneinnahme im Vordergrund (Elsesser & Satory, 2001).

Die medikamentöse Behandlung von Erkrankungen ist in unserem Kulturkreis derart fest verankert, dass die Zusammenhänge nicht mehr (oder selten) hinterfragt werden. Dementsprechend ist die Einnahme von Medikamenten, insbesondere in Kontext von Beschwerdeschilderungen, ein gewohnter Vorgang. Die Medikamentenabhängigen definieren sich also eher als unter einer körperlichen Erkrankung leidend, als dass sie sich als süchtig erkennen.

Demzufolge können diese Patientengruppen eher über Informationen bzgl. psychovegetative Störungen (Schmerzempfindungen, Schweißausbrüche, Angstzustände, Schlafstörungen, etc.) erreicht werden, als über das Thema Abhängigkeit (Jeuck, 1999).

## **Essstörungen**

Unter dem Label Essstörungen subsumieren sich die Magersucht (Anorexia nervosa), die Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa) und die Esssucht (Binge Eating Disorder). Die deutschen Termini beinhalten zwar die Bezeichnung Sucht und in ihrer Dynamik weisen sie entsprechende Parallelen z.B. zu den Substanzabhängigkeiten auf, aber sie werden diagnostisch nicht als solche verschlüsselt.

Die Autoren Gerlinghoff & Backmund (2004) schildern, dass die Problematik der Essstörungen hauptsächlich Mädchen und junge Frauen betrifft. Männer erkranken deutlich seltener an den Essstörungen. Für Magersucht beträgt das Geschlechterverhältnis etwa eins zu zehn.

Die Prävalenz für Magersucht in der relevanten Altersgruppe (12 bis 25 Jahren) beträgt etwa 1%. Für die Bulimie wird ein Prävalenzwert mit etwa 4 % angegeben.

Die Autoren (Gerlinghoff & Backmund, 2004) unterstreichen, dass Essstörungen erhöhte Komorbiditäten aufweisen. Neben den zahlreichen körperlichen Folgestörungen, treten insbesondere

gehäuft psychische Folgekrankheiten auf, wie z.B. affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeiten (Alkohol oder Drogen).

Die Autoren Keel & Klump (2003) führten eine umfangreiche Metaanalyse durch, um zu testen, ob die Inzidenzrate für Essstörungen sich in den letzten 50 Jahren veränderte. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Inzidenzraten für Anorexia nervosa einen nur „mäßigen Anstieg“ erfuhren, bzgl. der Bulimia nervosa aber eine deutliche Zunahme registriert werden konnte. Während die Anorexia nervosa auch in anderen Kulturen auftritt, lassen sich signifikante Inzidenzraten für Bulimia nervosa nur in westlichen Kulturen finden. Die Autoren verweisen auf ätiologische Zusammenhänge mit dem westlichen Schlankheitsideal.

Für detailliertere Informationen bieten Gerlinghoff & Backmund (2000) einen guten Überblick.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) Sektion Baden-Württemberg (2003) beziffert das Ausmaß von Essstörungen (Anorexie oder Bulimie) auf ca. 5 % der Mädchen und jungen Frauen zwischen 12 und 35 Jahren. Es kann festgestellt werden, dass ca. 95 % der Essgestörten weiblich sind.

Der Erkrankungsbeginn für Anorexia nervosa liegt im Durchschnitt beim 14. bis 18. Lebensjahr, betroffen sind gehäuft die oberen sozialen Schichten.

Der Erkrankungsbeginn für Bulimie, die eher schichtunabhängig auftritt, liegt im Durchschnitt beim 16. bis 20. Lebensjahr.

Unter Bulimie leiden 2% - 4,5% der jungen Frauen (Frauen sind 10 x häufiger betroffen als Männer), der Erkrankungsklimax liegt bei dem 18. Lebensjahr (Hsu, 1990). Andere Zahlen: 0,5% – 1% der Gesamtbevölkerung liefert Hoek (1995)

Die DGE (2003) stellt fest, dass in Westeuropa ca. 50% der Mädchen zwischen 11. und 13. Lebensjahr Diäterfahrungen haben und 40% der zwischen 11 bis 19 Jährigen normal- bis untergewichtigen Mädchen sich zu dick fühlen.

Psychotherapie im Dialog (2004) stellte fest, dass ca. 20% der Bevölkerung als adipös einzuschätzen sind.

Der signifikante Zusammenhang zwischen Adipositas und geringer Schichtzugehörigkeit, geringerem sozioökonomischen Status und geringer Bildung ist (insbesondere für Frauen) gut belegt. Stuckard et al. (1986); Garn, S.M. (1985); Goldblatt et al. (1965).

## **2 B: Grundlagen zum Thema Alkoholismus im betrieblichen Kontext**

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die unterschiedlichen Facetten des Alkoholismus im gesellschaftlichen Kontext umfassend dargestellt. Es erfolgt nun die Fokussierung der Problematik auf den betrieblichen Kontext. Dies geschieht insbesondere im Hinblick auf den Schwerpunkt der vorliegenden Studie (Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum *im betrieblichen Kontext*).

### **2.8. Alkohol am Arbeitsplatz**

Der Ort, an dem der größte Alkoholkonsum stattfindet ist in der Regel *nicht* der Arbeitsplatz. Die Infrastruktur von betrieblichen Netzwerken kann aber für eine effektive Intervention nutzbar gemacht werden. Die Belegschaft ist eine konkret ansprechbare Zielgruppe. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1996) konnte nachweisen, dass die Rückfallquote von suchtkranken Arbeitnehmern geringer ist, als Vergleichszahlen von Arbeitslosen. Damit kann der betrieblichen Suchtprävention und Intervention eine besondere Bedeutung zugesprochen werden.

Henkel (1992) äußert plakativ, dass auf einen arbeitslosen Alkoholkranken 2 berufstätige Alkoholranke kommen.

Keup (1993) berichtet, dass 67% der Alkoholkranken und 58% der Mehrfachabhängigen den sozialen Status des Angestellten oder Arbeiters aufwiesen. Das bedeutet, dass 2 von 3 Alkoholkranken berufstätig sind. Dieses große Klientel wäre der betrieblichen Suchtprävention prinzipiell also zugänglich.

An dieser Stelle soll nochmals eindrücklich darauf hingewiesen werden, dass die multiplen betriebswirtschaftlichen und psychosozialen Schäden nicht alleine auf den relativ kleinen Prozentsatz (siehe Kapitel 2.2.) der Alkoholkranken rückführbar sind.

Rummel, Rainer & Fuchs (2004) bestätigen, dass nicht die Minorität der schwer Alkoholabhängigen die meisten betrieblichen Probleme erzeugen, sondern die größere Gruppe der Risikokonsumenten.

Das gesamte Spektrum des Alkoholkonsums, vom geringen bis zum süchtigen Konsum am Arbeitsplatz und die Problematik des Restalkoholspiegels, ist von enormer Bedeutung.

Also auch kleine Alkoholmengen und der Restalkoholspiegel sind ebenso ernsthaft zu betrachten, wie der pathologische Konsum.

Das „Brainstorming“ zum Thema Alkoholkonsum und Arbeitsumwelten führt quasi automatisch zu den so genannten Zusammenhangsmodellen.

Nach den Autoren Trice & Sonnenstuhl (1988) können die unterschiedlichen Modelle in 4 verschiedene Mustertypen subsumiert werden:

- |                                      |                                         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| - Das Arbeitskultur-Modell:          | Betr.: die betriebinternen Trinksitten  |
| - Das Modell der sozialen Kontrolle: | Soziale Integration als Schutzfaktor    |
| - Das Entfremdungs-Modell:           | Unbefriedigende Arbeit als Risikofaktor |
| - Das Arbeits-Stress-Modell:         | Arbeitsstressoren als Risikofaktoren    |

Die Autoren Klepsch & Fuchs (1998) fassen zusammen, dass die genannten Modelle die gemeinsame Annahme vertreten, dass spezielle Arbeitsbedingungen den Alkoholkonsum signifikant beeinflussen.

## **Alkohol und Stress**

Eine Studie, die sich mit Alkoholkonsum im *betrieblichen* Kontext auseinandersetzt, hat sicherlich auch das Thema der beruflichen Belastung und Zufriedenheit zu erörtern, bzw. deren mögliche Zusammenhänge mit dem Alkoholismus zu evaluieren.

Der Terminus Stress ist mittlerweile ein umgangssprachlich inflationär benutzter Begriff, der dementsprechend oftmals unscharf definiert wird.

Stress bedeutet für den hier beschriebenen Kontext zwei Dimensionen: Stress als externe Variable, in Form von beruflichen Belastungen (Lärm, Zeitdruck, Umstellungen, etc.) und Stress als interne Variable, in Form von psychischen Reaktionen (Angst, Nervosität, Depression, Aggression, etc.), physischen Reaktionen (vegetative Reaktionen: Hypertonie, Schwitzen, hoher Muskeltonus, etc.) und sozialen Reaktionen (Kompensationshandlungen: Substanzkonsum, etc.).

Badura & Pfaff (1989) konnten belegen, dass die 3 Reaktionsmuster (psychische, physische und soziale Reaktionen) ineinandergreifen und insbesondere auf psychosoziale Belastungen im betrieblichen Kontext reagieren

Prinzipiell muss festgestellt werden, dass der Zusammenhang zwischen spezifischen Arbeitsbelastungen und den daraus folgenden Erkrankungen / Symptomen und Reaktionen als nicht gesichert angesehen werden kann (Klotter, 1999; Bamberg, 2000). Das bedeutet, dass zwischen den externen und internen Stressmerkmalen entscheidende, zwischengeschaltete Moderatorvariablen existieren.

Die genannten Moderatorvariablen scheinen eine große Bedeutung zu haben. Sie beziehen sich hauptsächlich auf die Selbstwahrnehmung und die Kontroll- und Selbstbestimmungswahrnehmung. Diese sind in der Sozialpsychologie bestens evaluiert und betreffen die individuellen Attributionsstile (Locus of control) (Weiner, 1971).

Die Annahme, dass ein erhöhter Alkoholkonsum mit einem gesteigerten Stresslevel einhergeht, wird durch die Spannungs-Reduktions-Hypothese (SRH) (Lazarus, 1966) beschrieben.

Die Überwindung von aversiven Empfindungen (Stress, Angst, Unruhe, etc.) und die Wahrnehmung einer Selbststeuerungsfähigkeit (alkoholische Selbstmedikation), führt zu einem Lernprozess, der als (operante) Konditionierung gut dokumentiert ist (S. 45).

Während eine oberflächliche Betrachtung die Wirkungsweise des Alkohols als Stressbewältigungstechnik nachvollziehen kann, lieferten die empirischen Studien inkonsistente Ergebnisse (Rist & Watzl, 1999): Insbesondere führen Stressinduktionen nicht generell zu Konsumsteigerungen.

Das systemische Gefüge von externen Variablen (Arbeitsdruck, Interaktionsmöglichkeiten, Vielfalt der Arbeitsinhalte) und den internen Variablen (Wahrnehmung der Eigensteuerungsmöglichkeiten) zeigte signifikante Auswirkungen auf den Alkoholkonsum (Lausser et al., 1986).

Crum et al. (1995) konnten durch ihre Studie belegen, dass männlich Beschäftigte, die in einem Kontext arbeiten, der sich einerseits durch hohe *psychische* Anforderungen und andererseits durch einen geringen Entscheidungsspielraum auszeichnen, mit fast 28facher Wahrscheinlichkeit innerhalb eines Jahres Alkoholabhängigkeitssymptome entwickelten, im Gegensatz zu Beschäftigten, die an weniger belastenden Arbeitsplätzen arbeiten.

Die Kombination aus *körperlicher* Belastung und niedrigem Entscheidungsspielraum erzeugte dagegen ein „nur“ 3 bis 4fach erhöhtes Alkoholismusrisiko. Diese Zusammenhänge konnten für weiblich Beschäftigte nicht nachgewiesen werden.

Hemmingsson & Lundberg (1998) konnten in einer groß angelegten Studie (50.000 Männer im Zeitraum 1969/70 und 1976-1983) belegen, dass Personen, die ihre Arbeitsbelastungen als subjektiv hoch einschätzen, in Folge signifikant weniger alkoholbezogene Erkrankungen zeigen.

Anmerkung: Wählen Personen mit Alkoholproblemen schon im Vorfeld Berufe mit reduzierten Anforderungen, oder vermindern hohe Belastungen u.U. den Alkoholkonsum ?

Es kann also festgestellt werden, dass monokausale Verknüpfungen, wie z.B. die Hypothese, dass Zeitdruck zu erhöhtem Alkoholkonsum führt, nicht nachweisbar sind.

Das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek (in: Puls, 2003) belegt die dargestellte Dynamik: Stressreaktionen, die als gesundheitsgefährdend identifiziert werden, erfolgen in der Regel nicht als einfache Reiz-Reaktions-Abläufe, d.h. als Reaktionen auf Belastungen (Zeitdruck, Überstunden, Lärm, Ärger, etc.). Karasek postuliert für das Zustandekommen von gesundheitsbelastenden Stressreaktionen eine spezielle Kombination von Belastungen.

Insbesondere werden zwei Dimensionen identifiziert, die über das Stresslevel bestimmen:

- 1) Psychosoziale Anforderungen (job demands: Zeitdruck, Konflikte, etc.)
- 2) Kontrollmöglichkeiten (job control)

Dementsprechend entsteht das höchste Stresslevel bei hohen Anforderungen und geringer Kontrollmöglichkeit. Diese Kombination stellt ein hohes Risiko für psychische und körperliche Erkrankungen dar und erzeugt quasi den höchsten Kompensationsdruck.

In einer umfangreichen Studie mit über 1000 Probanden im betrieblichen Kontext, konnte Puls (2003) feststellen, dass die Wahrscheinlichkeit des Alkoholkonsums in Stresssituationen abhängig ist von:

- 1- den Bewältigungsfähigkeiten
- 2- den positiven Alkoholwirkungserwartungen
- 3- Motivation den Alkohol als Stressbewältigungsressource zu nutzen

Puls (2003) zieht u.a. das Fazit, dass Personenvariablen wichtiger sind als Umweltvariablen und dass nicht die Belastungen, sondern die individuellen Bewertungen der Belastungen, von großer Bedeutung sind.

Puls (2003) veröffentlichte Daten, die ein spezifisches Zusammenwirken der Faktoren nahe legen:

Die Tendenz, den Alkohol als einen Stressregulator zu benutzen, wird durch folgende Faktoren **verstärkt**:

- Depressivität
- Distanzierungsunfähigkeit
- Vermeidungsverhalten

Die Tendenz, den Alkohol als einen Stressregulator zu benutzen, wird durch den Faktor Anforderungen **vermindert**.

Die Tendenz, den Alkohol zur Leistungssteigerung zu benutzen, wird durch folgende Faktoren **verstärkt**:

- Bedrohung am Arbeitsplatz
- Distanzierungsunfähigkeit

### **Stress und Trinkmotive**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1992) (In: Puls, 2003) veröffentlichte folgende Trinkmotive für Personen, die täglich mehr als 40g RA trinken:

- 33% der Personen geben an: Alkohol ist eine angenehme Möglichkeit, sich zu entspannen
- 24% der Personen geben an: Durch Alkohol kann man Ärger leichter bewältigen
- 21% der Personen geben an: Alkohol hilft über Niedergeschlagenheit und Depression hinweg
- 17% der Personen geben an: Alkohol lässt eine starke Belastung leichter erscheinen.
- 15% der Personen geben an: Alkohol stärkt das Selbstvertrauen

Alkohol scheint als Stressmanagementhilfe missbraucht zu werden und könnte darüber hinaus als Quasi-Indikator für den Stresspegel identifiziert werden.

Kritische Anmerkung: Aus den bisherigen Schilderungen darf nicht der Schluss gezogen werden, dass die Verantwortung beim Individuum bleibt. Also überspitzt formuliert: Bewerte deine (stressige) Situation um, und die Stressreaktionen lösen sich auf. Natürlich sind *adäquate* Strategien des reframing therapeutisch wirksam, trotzdem gilt es, die gegebene Situation kompetent und kritisch zu analysieren.

Die relevanten zwei Dimensionen (Anforderungen und Kontrollmöglichkeit), die bzgl. des Ausmaßes der psychophysischen Reaktionen entscheidend einwirken, scheinen auch in ihrer Ausprägung gut ausgewogen sein zu müssen, um positive Resultate zu liefern.

Wenn z.B. die Kontrollmöglichkeiten, d.h. der Handlungsspielraum, als besonders groß wahrgenommen wird, scheinen die Konsequenzen ähnlich negativ, wie bei einem zu geringen Handlungsspielraum.

Schiedel (1993) konnte die Zusammenhänge evaluieren.

Es wurde nachgewiesen, dass alkoholkonsumfördernde Arbeitsbedingungen wie folgt aussehen:

- Hohe psychische Belastung und hoher Handlungsspielraum
- Psychische Unterforderung und geringer Handlungsspielraum
- Monotone Arbeitsabläufe und hohe Aufmerksamkeitsanforderung
- Schichtarbeit
- Wechsel zwischen hoher Belastung und Wartezeiten
- Soziale Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten
- Geringe kommunikative Anforderungen
- Neue Kommunikationstechnologien
- Fehlende Karrieremöglichkeiten
- Sorge um den Arbeitsplatz
- Betriebliche Trinksitten

Die Auflistung verdeutlicht die Komplexität und Unterschiedlichkeit der relevanten Faktoren.

Schiedel (1993) strukturiert die alkoholkonsumfördernden Faktoren wie folgt:

- |                                     |                                                       |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| - Getränkeverfügbarkeit im Betrieb: | (Getränkeautomaten, Kantinengetränke, Getränkepreise) |
| - Betriebliche Belastungen          | (Unter- oder Überforderung)                           |
| - Betriebliches Alkoholkonsumklima  | (Trinksitten, geringe Kontrolle und Aufmerksamkeit)   |
| - Betriebliche Ressourcen           | (Problemverständnis bei Vorgesetzte und Betriebsrat)  |
| - Frühere Lernprozesse              | (Umgang mit Alkohol, Bewältigungsstrategien)          |
| - Gesundheitlicher Status           | (Physische Ressourcen und Defizite)                   |
| - Lebenssituation                   | (Sozialer Rückhalt, Karrierechancen)                  |

Die alkoholkonsumhemmende Arbeitsbedingungen sehen dagegen wie folgt aus (Schiedel, 1993):

- Angemessene Anforderungen
- Nähe des Vorgesetzten
- Räumliche Zusammenarbeit mit mehr als 4 Kollegen
- Publikumsverkehr
- Regelmäßige Arbeitsbesprechungen

**Fazit :**

Arbeitsbelastungen und ihre Auswirkungen scheinen ein dynamisches Ineinandergreifen der verschiedenen externen und internen Variablen darzustellen.

Puls (2003) stellt fest, dass Stress eher zu Somatisierungen als zu gesteigertem Alkoholkonsum führt (Vgl. auch Born 1984 a + b)

**Krankenstand**

Zwischen 1998 und 2002 variierte die Zahl der arbeitsunfähigen (AU) Tage in Deutschland geringfügig. Der durchschnittliche Krankenstand variierte je nach Betriebsgröße zwischen den Durchschnittswerten 19,5 bis 21,6 Arbeitsunfähigkeits-Tagen (AU) im Jahre 2002, im Durchschnitt lag der allgemeine Krankenstand bei 19 AU-Tagen (Badura, Schellschmidt & Vetter, 2004).

Dabei ist anzumerken, dass für 80 % der AU-Tage nur 19% der Beschäftigten verantwortlich sind.

Der Unterschied zwischen West- und Ostdeutschland ist nicht signifikant.

Darüber hinaus variieren die AU-Tage deutlich in Abhängigkeit der Branchen: Körperlich und psychisch belastende Berufe, wie z.B. Gerüstbauer oder Polizisten weisen im Gegensatz zu akademischen Berufen einen bis zu 7fach erhöhten Krankenstand auf.

Der Krankenstand erhöht sich auch mit zunehmender Betriebsgröße.

Die Höhe des Krankenstandes nimmt mit zunehmendem Alter der Beschäftigten zu. Ältere Beschäftigte sind zwar seltener krank, wenn sie aber ausfallen, ist die Krankheitsdauer signifikant länger.

Der Krankenstand ist auch abhängig von der beruflichen Stellung: Arbeiter zeigten einen Durchschnittswert von 23 AU-Tagen, während der Durchschnittswert für die Angestellten bei nur 13,3 AU-Tagen lag (Badura, Schellschmidt & Vetter, 2004).

Im Gesundheits- und Sozialwesen lag der durchschnittliche Krankenstand 2002, je nach Betriebsgröße zwischen 21,2 und 22,7 Tagen (Badura, Schellschmidt & Vetter, 2004).

Für Betriebe mit einer Betriebsgröße von 200-499 Beschäftigten, lag der durchschnittliche Krankenstand bei 22,1 AU-Tagen. (Vergleichbar mit der Klinik Höhenried).

Der Anteil der AU-Tage, die auf Grund von Alkoholismus entstanden lag bei 14 % (Badura et al., 2004).

In einer Studie von Berger & May (1989) lag die durchschnittliche jährliche Arbeitsunfähigkeitszeit bei der Gesamtbelegschaft bei 23 Tagen, während die alkoholkranken Beschäftigten mit 61 Tagen den etwa 2,5fachen Wert aufwiesen.

Wenn die genannten Daten für die gesamten berufstätigen Menschen hochgerechnet werden, lassen sich die volkswirtschaftlichen Konsequenzen erahnen. Hüllinghorst (1996) errechnete, dass die Zahl der ausschließlich suchtbetragenen Arbeitsunfähigkeitstage (1993) der AOK-Pflichtmitglieder in Westdeutschland auf 1.900.000 Tagen und in Ostdeutschland auf 1.400.000 Tage zu beziffern sind.

Zielke (1993) veröffentlichte Daten, die zeigen, dass 42% der Alkoholkranken vor einer Rehabilitationsmaßnahme arbeitsunfähig waren. Nur bei Psychotikern lag der Wert höher (56%), bei allen anderen Erkrankungen waren die AU-Zeiten deutlich geringer: z.B.: Persönlichkeitsstörungen 33%, Funktionelle Störungen 25%, depressive Reaktionen 31%, Kreislaufkrankungen 34%.

Der Anteil der Alkoholkranken an den Gesamtfrührenten lag 1989 bei 2,2 %. Nach den psychotischen Erkrankungen ist damit der Alkoholismus die psychiatrische Erkrankung, die am häufigsten zur Frührente führt.

Zum Thema Arbeitsbedingungen und Suchtmittelkonsum liefern Greiner, Rummel & Fuchs (1998) eine differenzierte und detaillierte Beschreibung.

#### **Fazit:**

Im Fehlzeiten-Report (Badura, Schellschmidt & Vetter, 2004) wird der Krankenstand zusammenfassend als auf einem niedrigen Niveau befindlich interpretiert.

## **2.9. Epidemiologie des Alkoholkonsums am Arbeitsplatz**

Es werden unterschiedliche Autoren benannt, die belegen, dass das Spektrum des Alkoholkonsums vom kritischen bis zum abhängigen Bereich weitgefächert ist und dass dementsprechend 5 % bis zu 36 % oder 50 % der Beschäftigten direkt betroffen sind .

Im Auftrag der DHS führte Feuerlein (1974) eine Untersuchung durch, aus der hervorging, dass 8% aller Befragten täglich während der Arbeitszeit Alkohol trinken und ca. 4-7 % aller Berufstätigen alkoholabhängig sind.

Nach Schätzungen der betrieblichen Suchtkrankenhilfe muss mit einer Alkoholismusrate von etwa 5% im betrieblichen Kontext gerechnet werden (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1986); Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) (1996)).

Auch Schiedel (1993) schildert, dass mindestens 5% der Beschäftigten alkoholkrank sind.

Christians (1990) beziffert 8 % der Beschäftigten als alkoholkrank und 10% der Beschäftigten als alkoholgefährdet.

Fuchs, R. (1995): Die Zahl der Alkoholabhängigen wird in deutschen Betrieben auf mindestens 5% beziffert, die Zahl der Alkoholgefährdeten auf etwa 10-20%

Die BKK (1999) schreibt in ihren Informationen für betriebliche Entscheidungsträger: „Expertenschätzungen gehen davon aus, dass rund 5 bis 10 Prozent der Mitarbeiter eines Unternehmens suchtfährdet bzw. suchtkrank sind.“

In repräsentativen Umfragen (Reuter, 1986) geben 8% aller Erwerbstätigen an, dass sie tgl Alkohol am Arbeitsplatz konsumieren.

Die zentrale Informationsstelle Sucht (ZIS) bezeichnet ca. 10 % aller Werktätigen als alkoholkrank.

Der Alkoholkonsum am Arbeitsplatz wurde von der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) wie folgt beziffert: (DHS 1996): 11 % der Beschäftigten trinken täglich Alkohol am Arbeitsplatz. 23 % haben bei erhöhtem Arbeitsstress Alkoholika griffbereit. Mindestens 15 % aller Führungskräfte betreiben Alkoholabusus. Ca. 10 % aller Arbeitnehmer gelten als Alkoholgefährdet und ca. 5 % als behandlungsbedürftige Alkoholranke.

In einer Studie (Schmidt, 1986), in der 84 Betriebe mit etwa 47.000 Beschäftigten untersucht wurden, zeigten die Ergebnisse, dass 36% der Befragten täglich mindestens 3 Flaschen Bier (60 g Ethanol) tranken und 12% der Beschäftigten während der Arbeitszeit Alkohol in einer Menge konsumierten, dass ihre Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt war.

IGM (2001) veröffentlicht, dass bis zu 30 Prozent der Arbeitsunfälle, knapp eine halbe Million pro Jahr, sich unter Alkoholeinwirkung ereignen. Etwa 4,3 Millionen Menschen in Deutschland trinken regelmäßig Alkohol am Arbeitsplatz. Etwa zwei Millionen sind alkoholkrank, statistisch fünf Prozent einer Belegschaft. Die Dunkelziffer ist hoch.

Nimmt man insbesondere Medikamentenabhängigkeit mit reaktionsmindernder Wirkung dazu, wird deutlich, welches Problem alleine für die Arbeitssicherheit hier existiert.

Ziegler (1988) prognostiziert, dass bei einem höheren Durchschnittsalter mit vermehrten Alkoholismus zu rechnen und dass bei einem höheren Frauenanteil mit weniger Alkoholismus zu rechnen ist.

Schneider (1998) beziffert die Unfälle mit Personenschaden für das Jahr 1994 auf 526.000. Davon waren 55.230, also etwa 10 %, alkoholbedingt. Und es ließ sich feststellen, dass mit dem Schweregrad des Unfalls die Wahrscheinlichkeit für Alkohol als Kausalfaktor anstieg.

Ziegler (1991) beziffert die Berufstätigen, die gelegentlich Alkohol am Arbeitsplatz konsumieren auf 50 %. Allerdings kann Nordhaus (1994), bei gleicher Fragestellung nur einen Anteil von 25 % feststellen.

#### **Exkurs: Suchtmittelkonsum bei Führungskräften**

Anderer (1993) stellt fest, dass etwa 20% der Führungskräfte in Deutschland „unter Drogen“ stehe. Kastner (1993) attestiert den Führungskräften einen Anteil von 20 % Alkoholabhängigkeit, 80 % Alkoholmissbrauch und 16 % Medikamentenmissbrauch. Entsprechende Buchtitel plakativieren die Problematik: Vorgesetzte, führend an der Flasche (Drogen Report 1987), So manche Managemententscheidung fällt im Schnaps- und Tablettenrausch (Handelsblatt, 1989), Rauschende Triumphe – Business-Drogen (Forbes, 1993), Alkoholismus auf der Chefetage (Die Zeit, 1989), Alkohol in Nadelstreifen (SR, 1996).

Langecker (1989) veröffentlicht Daten, die den Schluss zulassen, dass etwa 15%-20% der Manager und Führungskräfte alkoholkrank sind.

Schanz et al. (1995) schätzt, dass der Prozentsatz der alkoholabhängigen bzw. der alkoholgefährdeten Führungskräfte bei etwa 20 % liegt.

Rummel, M. & Rainer, L. (1998) geben zu bedenken, dass es keine durchgängigen Bestätigungen und empirischen Belege für den überproportional hohen Alkoholismus bei den Führungskräften gebe. Die Autoren benennen spezifische Belastungen für Führungskräfte: Hohe Verantwortlichkeit, isolierte Position und geringer Sozialsupport, verminderte Sozialkontrolle, etc.

Die herausragende berufliche Position erschwert dementsprechend die notwendigen Kontrollmechanismen, die Konfrontationsgespräche und die Interventionsmaßnahmen und evtl. die Option einer Kündigung.

#### **Fazit:**

Die einzelnen Daten variieren, lassen aber die tendenzielle Aussage zu, dass im betrieblichen Kontext, mit etwa 5 % - 10 % Alkoholkranken und min. 20 % Alkoholgefährdeten zu rechnen ist.

#### **Die Altersverteilung bzgl. des Alkoholismus im betrieblichen Kontext**

Schieferstein, E. (1989) stellt fest, dass das Durchschnittsalter der Beschäftigten zum Zeitpunkt der Erstdiagnose (Alkoholismus) bei 40,4 Jahren lag.

Berger, K. & May, B. (1989) identifizierten Alkoholkranken mit einem Altersrange zwischen 36 und 50 Jahren.

Auch Ibler, E.S. (2003) berichtet, dass das Durchschnittsalter der befragten Alkoholkranken bei 41,6 Jahren lag.

Kleinsorge & Thies (1979) belegten in ihrer Studie zum Fehlzeitenverhalten diagnostizierter chronischer Alkoholiker in einem industriellen Betrieb, dass in der Altersgruppe der 40 - 50jährigen die größte Anzahl der Alkoholiker anzutreffen waren.

### **Fazit:**

Das kritische Alter für Alkoholismus kann für die Beschäftigten zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr festgelegt werden.

### **Branchenspezifischer Alkoholkonsum**

Ein überzeugendes Argument gegen personenzentrierte Ansätze, die hauptsächlich das betroffene Individuum für die Konflikte und Schäden verantwortlich macht, ist die Tatsache, dass es branchenabhängige Konsummuster gibt. Uhl, A. et al. (2001) hat den Alkoholkonsum nach Branchen (in Österreich) evaluiert. Ein hoher Konsum findet im Baugewerbe (Rang 1), im Sicherheitsdienst (2) und in der Gastronomie (3) statt. In den Branchen Unterricht, Forschung, Beratung (Rang 10), Handel (Rang 11), Sozial- und Gesundheitswesen (Rang 12) und Verwaltung (Rang 13) findet relativ gesehen weniger Alkoholkonsum statt.

Die Befragten sollten ihren Arbeitsplatz als „alkoholfreundlich“ oder „alkoholfeindlich“ einschätzen. Interessanterweise konsumieren Personen, die ihren Arbeitsplatz als „alkoholfeindlich“ einschätzen auch weniger Alkohol. Anzumerken ist aber, dass Arbeitnehmer in „alkoholfeindlichem“ Arbeitsmilieu immerhin noch 35,8 g RA / Tag durchschnittlich konsumieren. Im Gegensatz dazu liegt der Wert im „alkoholfreundlichen“ Milieu bei durchschnittlich 48,3 g RA / Tag. Die Struktur der Arbeitsumwelten scheint also einen zumindest dämpfenden Einfluss auszuüben.

Die Gruppen der Angestellten und Beamte weisen weniger Hochkonsumenten auf (< 40g/tgl) als die Gruppen der Facharbeiter und der angelernten Arbeiter (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1990)

Berger, K. & May, B. (1989) schildern, dass alkoholranke Mitarbeiter in allen Berufsgruppen und dementsprechend auch mit jedem Bildungsniveau anzutreffen sind.

In der genannten Studie war der Anteil der Facharbeiter unter den Alkoholkranken fast doppelt so stark vertreten wie in der Gesamtbelegschaft. In der untersuchten Alkoholikergruppe verfügten etwa 80% über eine Berufsausbildung, Weiterbildung oder Umschulung. Lediglich 20% der Befragten arbeiteten trotz Berufsausbildung als Angelehrte.

## **2.10. Ein kurzer historischer Rückblick**

Das Thema Alkohol am Arbeitsplatz durchlief seit dem Beginn der Industrialisierung eine sehr wechselvolle Geschichte.

Die frühen sozialistischen Autoren (Engels, 1845/1964) sahen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Alkoholkonsum.

Auch Schlüter-Dupont (1990) erkennt die signifikanten Zusammenhänge zwischen den sozialen Aspekten und dem Alkoholkonsum: „Die künstliche Manie des Rausches ermöglicht die Realitätsflucht, die bedeutsam ist für zum Verständnis des Elendsalkoholismus.“

Gegen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhundert war der Konsum von Alkohol in den Fabriken üblich. Es bestand das so genannte „Truck-System“: Der Lohn wurde zum Teil in Lebensmittelmarken ausgezahlt, die in den werkseigenen Lebensmittelläden eingetauscht werden konnten. Die Gutscheine beinhalteten generell, neben den Grundnahrungsmitteln auch immer einen Anteil an Alkohol. Darüber hinaus konnten sich die Vorarbeiter in den Fabriken durch ihr Privileg, Alkohol am Arbeitsplatz verkaufen zu dürfen, einen guten Nebenverdienst erwirtschaften. Im Jahre 1900 wurden durchschnittlich etwa 20 % des Arbeitslohnes für Alkohol ausgegeben. Der Elendsalkoholismus der Arbeiterklasse nahm bedrohliche Formen an.

Erschwerend kann hinzu, dass das Trinkwasser oftmals in den Städten eine schlechte Qualität aufwies, die Lagerungsmöglichkeiten für Fruchtsäfte waren noch nicht entwickelt, Kaffee und Tee waren sehr teuer.

Auf der Basis dieser schwierigen Situation wurde 1903 der „Deutsche Arbeiter-Abstinenz-Bund“ (DAAB) gegründet. Die Generalkommission der deutschen Gewerkschaften bezeichnete 1904 den Konsum von Alkohol am Arbeitsplatz generell als Missbrauch. Nach Meinung der Kommission haben die Gewerkschaften die Pflicht, die Arbeitnehmer diesbezüglich zu schulen und zu steuern. Diese Ausführungen verdeutlichen, dass den Gewerkschaften seit mehr als 100 Jahren die Probleme im Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum bewusst sind. (Feser, 1997)

## **2.11. Die betriebswirtschaftlichen Aspekte des Alkoholkonsums**

Die Zahlen schwanken zwar, je nach Autor und Messtechnik, sie zeigen aber einheitlich die Signifikanz der Problematik.

Die betriebswirtschaftlichen Kosten werden von der DHS (1996) wie folgt beziffert: Alkoholranke Beschäftigte fehlen sechszehnmal häufiger kurzfristig und sind 2,5mal häufiger krank als ihre gesunden Arbeitskollegen.

Drei bis sechs Jahre vor einer Suchtbehandlung fehlt ein Alkoholkranker etwa 40 bis 60 Tage pro Jahr. In dem Jahr vor der Behandlung weisen die Betroffenen eine Fehlzeit von durchschnittlich etwa 50 % der Arbeitszeit auf.

Auf Grund der multiplen, auch betriebswirtschaftlichen, Folgeschäden (verspätetes Erscheinen am Arbeitsplatz, Ausfälle und Fehlzeiten, Unfälle, verminderte Arbeitsleistung, Unzuverlässigkeit) können Alkoholranke nur etwa 75 % ihres Lohnes erwirtschaften. Anders ausgedrückt entsteht ein Schaden von 25 % nicht erbrachter Lohngegenleistung, der sich durch die Stanford-Formel ausdrückt. Die Berechnung erfolgte vom Stanford Research Institut 1975 (Rummel, Rainer Fuchs, 2004).

Bei ca. 30 % der Arbeits- und Wegeunfälle ist ein signifikanter Alkoholspiegel bei den Betroffenen festgestellt worden. Das Unfallrisiko steigt linear mit zunehmendem Blutalkoholspiegel. Jede 6. Kündigung steht im Zusammenhang mit Alkoholkonsum.

Als Berechnungsmodell der betrieblichen Alkoholfolgeschäden wird häufig das vom Stanford Research Institute (SRI) entwickelte Modell herangezogen. Die Besonderheit ist, dass die berufliche Position des Alkoholkranken, die er im Betrieb einnimmt, eingerechnet wird. Nach dem Berechnungsmuster erhält man einen globalen Minderungsfaktor von 25% des Gehaltes aus (Fuchs & Pletschler, 1998a). Die Autoren weisen aber darauf hin, dass die Berechnungen des SRI die schwerer quantifizierbaren Kosten, wie z.B. Konsequenzen von Fehlentscheidungen, geringere Arbeitsqualität, Störungen des Betriebsklimas, etc., nicht einbeziehen. Dementsprechend kann der Minderungsfaktor einen größeren Wert als 25 % annehmen.

Feuerlein, Kufner & Soyka (1998) schildern, dass es für Alkoholranke im Jahr vor einer stationären Alkoholtherapie zu 64 bis 116 Tagen Fehlzeit kommt und sie zitieren Wünschmann (1990), der belegen kann, dass bei 15 % der Kündigungen Alkohol eine Rolle gespielt hat.

Feser (1997) berechnet ein Kostenmodell für einen Betrieb mit 2000 Beschäftigten, von denen, dem Durchschnittswert entsprechend, 5 % Alkoholkrank sind. Nur unter Einbeziehung der alkoholbedingten Krankheitstage entsteht ein Schaden für den Betrieb von knapp 3 Millionen DM. Die Kosten für mangelnde Arbeitsleistung, Materialschäden und Unfälle sind noch nicht in der Berechnung enthalten, ebenso wenig sind die Kosten eingerechnet, die durch den Alkoholeinfluss bei den Nicht-Alkoholkranken (missbräuchlicher Konsum) entstehen.

Die BKK (1999) heben eine Schätzung der Arbeitgeberverbände (BdA) hervor, nach der die Schäden durch den Alkoholismus pro 1000 Beschäftigter bei jährlich etwa 150.000 bis 180.000 DM liegen.

Polli (1988) berechnete die Alkoholfolgeschäden für einen Betrieb mit einer Belegschaft von 100 Beschäftigten in den USA, der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz. Er ging von 4,3% Alkoholabhängigen in der Gesamtbelegschaft aus, bei denen er eine pauschale Leistungsmindesteinbuße von einem Drittel annahm. In seiner Berechnung kommt Polli zu einer Gesamtbelastung für den Betrieb von ca. 157.000.- Euro pro Jahr.

Nach den Berechnungen von Seidl (1989) betragen die jährlichen Alkoholfolgekosten (in Österreich) etwa 218.000 Euro pro 1000 Beschäftigte.

Auf Grund der uneinheitlichen Einbeziehung der relevanten Folgeschäden und der Komplexität und der oft schwer quantifizierbaren Faktoren, variieren die angegebenen Kosten deutlich.

Die Folgeschäden beziehen sich auf qualitative und quantitative Minderleistungen, Arbeits- und Wegeunfälle, Material- und Maschinenschäden, Auswirkungen von Fehlentscheidungen, Personal- und Ressourcenbindung auf Grund von Fehl- und Krankheitszeiten, Konsequenzen durch Verschlechterung des Betriebsklimas, Ausfallzeiten anderer Mitarbeiter auf Grund der Höherbelastungen, etc.

Wenn neben den Kosten, die durch Alkoholfolgeschäden entstehen, zusätzlich auch noch die Schäden, die durch den Konsum von Medikamenten, Tabak und Drogen entstehen, eingerechnet werden, lässt sich das Ausmaß der betrieblichen Belastungen nur noch erahnen.

Die ökonomische Relevanz für die Implementierung von Präventionsprogrammen erscheint dadurch allerdings nur noch plausibler. Insbesondere, da die Effektivität von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen dokumentiert sind. Lemmer (1988) konnte nachweisen, dass nach einer erfolgreichen Behandlung, die alkoholbedingten Ausfallzeiten um durchschnittlich etwa 60 % rückläufig waren.

Interessanterweise scheinen die Unternehmen diese Kosten kaum wahrzunehmen. So berichten Schackmann et al. (1995), dass bei einer Umfrage nur 10 % der Befragten Unternehmen davon ausgingen, alkoholbedingte Kosten zu haben, während etwa 20 % die Möglichkeit nicht ausschlossen. Auch bei der DIFA- Studie (1997) standen die Fürsorgepflicht an erster und Sicherheitsaspekte an zweiter Stelle der Motive für Präventivprogramme, wobei die Kosten durch Unfälle, Fehlzeiten, etc. von der Betriebsleitung als nicht so wichtig angegeben wurden.

Zum Thema betriebswirtschaftliche Kosten durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit liefern Fuchs & Petschler (1998) eine differenzierte und detaillierte Beschreibung.

## 2.12. Gesetzliche Regelungen

Eine übersichtliche Darstellung der verschiedenen gesetzlichen Regelungen in Bezug auf Alkoholkonsum, wird von Soyka dokumentiert (in: Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998).

Rechtliche Konsequenzen auf Grund von Alkoholkonsum beziehen sich auf zivilrechtliche Aspekte (Entmündigung, Vormundschaft und Betreuungsrecht, Geschäftsfähigkeit, Eherecht) strafrechtliche Aspekte (Schuldunfähigkeit, verminderte Schuldunfähigkeit, Vollrausch) Straßen- und Verkehrsrecht, rechtliche Grundlagen zur Testung der Beeinflussung durch Alkohol (Blutentnahme) Unterbringungsrecht und sozialrechtliche Bestimmungen (Versicherungsbestimmungen, Sozialhilferecht).

Einige besonders für den Arbeitskontext relevante rechtliche Aspekte werden exemplarisch dargestellt.

Alkoholabhängigkeit wird, im Sinne der Gleichstellung, von den Arbeitsgerichten im Einklang mit den Sozialgerichten als Krankheit anerkannt und als solche beurteilt. (Bundesarbeitsgericht, NJW 1987, 2956; Bundesarbeitsgericht, NZA 1995, 517 f., in Feser 1997)

Das bedeutet konkret, dass ein alkoholkranker Versicherter ein Anrecht auf dieselben Versicherungsleistungen hat (Behandlung und finanzielle Leistungen), wie ein Versicherter mit anderen Erkrankungen.

Die Fürsorgepflicht der Unternehmen ist nach § 38 der Unfallverhütungsvorschriften der Bundesgenossenschaften festgelegt. Die Unfallverhütungsvorschriften sind für den betrieblichen Ablauf von besonderer Bedeutung:

### **Unfallverhütungsvorschriften: (UVV VBG 1) § 38**

Abs.1: „Versicherte dürfen sich durch Alkoholgenuss nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst und andere gefährden können.“

Abs.2: „Versicherte, die infolge Alkoholgenusses oder anderer berauschender Mittel nicht mehr in der Lage sind, ihre Arbeit ohne Gefahr für sich und andere auszuführen, dürfen mit Arbeiten nicht beschäftigt werden.“

In: Rummel, Rainer & Fuchs (2004)

Der Vorgesetzte ist u.a. für die Arbeitssicherheit verantwortlich. Das bedeutet konkret die Haftbarkeit und die Mitverantwortlichkeit im Falle eines Schadens. Vorausgesetzt, der Vorgesetzte wusste vom Alkoholkonsum eines Beschäftigten oder hätte es wissen können.

Unfälle unter Alkoholeinfluss zählen zu den groben Fahrlässigkeiten. Rummel, Rainer & Fuchs (2004) schreiben: „Ein Arbeitnehmer haftet aus positiver Vertragsverletzung oder §823 BGB für Schäden am Arbeitsgerät oder Eigentum des Arbeitgebers sowie für eventuelle Folgeschäden, die er

infolge seiner Alkoholisierung verursacht. Weiter hat er für den Schadeneinzustehen, der durch den Ausfall seiner Arbeitskraft entsteht..... sowie für Schadensersatzansprüche von oder Schmerzensgeld für Kollegen. Ein alkoholisierter Arbeitnehmer verliert seinen gesetzlichen Unfallversicherungsschutz bei Wegeunfällen. Bei beruflichen Fahrten besteht kein Haftpflichtschutz des Fahrers. Wenn die Schäden vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, was bei Alkoholmissbrauch anzunehmen ist, entfällt der private Versicherungsschutz. Es besteht die Möglichkeit von Regressansprüchen durch die Berufsgenossenschaft..... Bei einem Alkoholkranken gestaltet sich dieser Sachverhalt komplizierter, weil nicht von einem Verschulden des Arbeitnehmers ausgegangen wird.“

Eine offensive und kompetente Herangehensweise an die Problematik der alkoholkonsumierenden Beschäftigten ist also nicht reduziert auf die Sorge um den Beschäftigten (Fürsorgepflicht) sondern ist ebenso notwendiger Selbstschutz des Vorgesetzten und Schutz des Unternehmens vor Folgeschäden.

#### **Offenbarungspflicht des Arbeitnehmers und Fragerecht des Arbeitgebers:**

Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, die ihm bekannten Probleme aufzudecken, die dazu führen können, dass die vertraglich festgelegten Arbeitsinhalte nicht bewältigt werden. Ist eine erfolgreiche Suchtbehandlung absolviert worden, ist der Arbeitnehmer nicht mehr verpflichtet, darauf hinzuweisen. Das Fragerecht des Arbeitgebers bezieht sich lediglich auf den akuten („nassen“) Alkoholismus. Fragen nach den Trinkgewohnheiten, früherem Alkoholismus oder Alkoholabusus, sind unzulässig und können dementsprechend vom Arbeitnehmer wahrheitswidrig beantwortet werden (Künzl 1993).

#### **Wer haftet bei suchtmittelbedingten Unfällen ?**

Es ist in jedem Einzelfall zu klären, ob die Alkoholkrankung oder die versicherte Tätigkeit der wesentliche Kausalfaktor im Unfallgeschehen ist.

Gegenüber Dritten haftet zwar der Arbeitnehmer, es besteht aber ein Freistellungsanspruch, falls es sich um eine betrieblich veranlasste Tätigkeit handelte. Wenn Betriebangehörige durch einen alkoholisierten Arbeitnehmer verletzt werden, haftet der Arbeitnehmer nicht prinzipiell. Der Arbeitnehmer haftet gegenüber dem Arbeitgeber nur eingeschränkt. Es ist also in jedem Einzelfall der Verschuldungsanteil zu berücksichtigen (Feser 1997).

Wird aber bzgl. eines Arbeits- oder Wegeunfalls festgestellt, dass der Alkoholkonsum der entscheidende Kausalfaktor war, so wird das Unfallgeschehen nicht als Arbeitsunfall klassifiziert. (Soyka in: Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M., 1998)

Rehwald (2000, In: IGM, 2001) berichtet, dass kein Beschäftigter sich laut berufsgenossenschaftlichen Vorschriften durch Alkohol, Medikamente oder Drogen in einen Zustand versetzen darf, in dem er sich selbst oder andere gefährdet. Kommt er trotzdem zur Arbeit, darf er nicht beschäftigt werden und der Vorgesetzte muss ihn von der Arbeit entfernen (lassen). Tut er dies nicht, obwohl die Beeinträchtigung erkennbar war, macht er sich mitschuldig. Das Gleiche gilt natürlich, wenn sich jemand während der Arbeit (z.B. mit Alkohol) in diesen Zustand versetzt. Bei arbeitsvertraglichen Verstößen oder Arbeitsunfällen drohen, je nach Umständen, Verwarnung, Abmahnungen, fristgerechte oder fristlose Kündigung.

Anders ist die Rechtslage bei einem abhängigkeitskranken Beschäftigten, der sich als solcher zu erkennen gibt. Es gelten die Regeln der krankheitsbedingten Kündigung.

### **Lohnfortzahlung**

Bei Alkoholabhängigkeit besteht der Anspruch auf Lohnfortzahlung im Falle von Arbeitsunfähigkeit, da das Bundesarbeitsgericht bei Trunksucht nicht mehr ein grundsätzlich schuldhaftes Handeln im Sinne des Lohnfortzahlungsgesetzes annimmt.

### **Zivil- und Strafrecht**

Gefährdung, Verletzung und Tötung im Straßenverkehr stehen unter Geld- oder Freiheitsstrafe, insbesondere nach Rauschmittelkonsum. Bei Medikamenten haben die Beschäftigten eine „Vergewisserungspflicht“, sie müssen sich informieren. Der Arzt hat sie zu beraten.

### **Abhängigkeit und arbeitsmedizinische Vorsorge**

Im Bereich der wenigen vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen auf Grund eines Gesetzes oder einer berufsgenossenschaftlichen Vorschrift gibt es keine arbeitsmedizinischen Untersuchungen, die Drogen- oder Alkoholtests rechtfertigen.

Der Einsatz von Alkomaten oder Drogentests im Betrieb ist nur auf freiwilliger Basis akzeptabel, ohne Einverständnis des Beschäftigten besteht keine rechtliche Handhabe, derartige Tests durchzuführen. Auch der Betriebsarzt kann derartige Untersuchungen nicht durchführen.

## **2.13. Umgang mit alkoholkranken Beschäftigten**

### **Die Ko-Abhängigkeit**

Es ist einerseits wichtig, das psychosoziale Umfeld des Alkoholauffälligen nicht zu pathologisieren, andererseits ist es unabdingbar, die systemischen alkoholbedingten Störungen und Mehrbelastungen aufzudecken, zu thematisieren und Lösungsalternativen zu konzipieren.

Die zentrale Figur im Umgang mit alkoholauffälligen Mitarbeitern ist in der Regel der Vorgesetzte. Eines der größten Probleme für viele verantwortliche Vorgesetzte ist der erste Schritt in den Dialog mit dem alkoholauffälligen Beschäftigten:

Eine Studie der Landesbank Berlin (1995) zeigte, dass die Majorität der Vorgesetzten (74 %) ihre Unsicherheit in der Einschätzung als Grund dafür angaben, was sie daran hindere, alkoholauffällige Mitarbeiter anzusprechen.

Diese Tatsache belegt einen Handlungsbedarf für das Coaching von Führungskräften.

Fuchs, Rainer & Rummel (1998) beschreiben einen Handlungsleitfaden für Vorgesetzte, mit den aufeinander folgenden Schritten:

- |                   |                                                                |
|-------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1) Wahrnehmen:    | Welche negativen Veränderungen sind wahrnehmbar ?              |
| 2) Bewerten:      | Welche Kausalitäten und Konsequenzen bestehen ?                |
| 3) Verantworten:  | Wer ist für welche Bereiche verantwortlich ?                   |
| 4) Intervenieren: | Handlungsplan und (personelle) Ressourcen                      |
| 5) Verankern:     | Sind die notwendigen Maßnahmen im Betriebskonzept integriert ? |

Fuchs, Rainer & Rummel (1998) dokumentieren den systemischen Charakter der Thematik. Eine völlig falsche Schlussfolgerung ist die Vorstellung, dass die Alkoholproblematik lediglich ein Thema zwischen dem direkt betroffenen, alkoholauffälligen Arbeitnehmer und dem Vorgesetzten wäre. Die dargestellten Auswirkungen verdeutlichen den systemischen Charakter des Alkoholismus. Jeder Beschäftigte ist davon (direkt oder indirekt) betroffen. Die Beschäftigten lassen sich in die Gruppe der Alkoholkonsumenten und in die Gruppe der Ko-Abhängigen subsumieren. Eine klare Abgrenzung ist nicht gegeben.

Der systemische Charakter des Alkoholproblems zeichnet sich insbesondere durch die wechselseitigen Abhängigkeiten aus. Dementsprechend sind auch die Verantwortlichkeiten für den Bestand des Systems nicht nur einer Subgruppierung zuzuordnen.

Verhaltensregeln, die Ko-Abhängige beachten sollten und eine exakte Beschreibung koabhängigen Verhaltens, werden von Schneider (1998) aufgelistet und beschrieben.

Ko-abhängiges Verhalten kann sehr vielfältig sein. Ein wesentliches Element ist die fehlende Konfrontation mit dem Abhängigen (Schweigen, Wegschauen).

Die verschiedenen ko-abhängigen Verhaltensweisen lassen sich in drei Phasen einteilen:

- 1) **Die Beschützer- und Verharmloser-Phase:** Das Problem wird von Mitarbeitern, Kollegen und Vorgesetzten verharmlost, rationalisiert aber auch mitgetragen, z.B. durch Gefälligkeiten, Unterstützung und falsche aber gutgemeinte Kollegialität.

Dem alkoholauffälligen Mitarbeiter gelingt es immer wieder, seine Lage als temporäre, von äußerlichen Umständen abhängende Situation glaubhaft zu machen.

Die dringend notwendige Konfrontation wird einem gut gemeinten Harmoniebedürfnis und einer falschverstandener Kollegialität geopfert. In diese Koabhängigen-Dynamik werden oftmals auch vermeidlich professionelle Helfer, wie z.B. Hausärzte, einbezogen.

Das Ergebnis ist die Konsolidierung eines pathologischen Systems, das zwar mittelfristig ein labiles Gleichgewicht entwickelt, aber in den meisten Fällen sukzessive zu einer Verschlechterung führt.

In der Folge finden vertrauliche Gespräche zwischen Betroffenen und Vorgesetzten statt, in denen der Betroffene scheinbar glaubhaft seine Motivation zur Abstinenz beteuert. Es entwickelt sich ein wiederholter Rhythmus aus Rückfall, Gesprächen, Abstinenzbeteuerungen, Rückfällen, etc. Die ausbleibenden Erfolge erzeugen sowohl beim Betroffenen aber auch bei den Vorgesetzten negative Emotionen und Kognitionen, wie z.B. versagt zu haben, etwas übersehen zu haben. Bei den Vorgesetzten entwickelt sich der Wusch nach verstärkter Kontrolle.

Damit entsteht die nächste Phase der Koabhängigkeit.

- 2) **Die Kontrollphase:** Die beim Abhängigen fehlende Kontrollfähigkeit wird nun vom Koabhängigen, meist dem Vorgesetzten, übernommen. Der Betroffene wird verstärkt überwacht, seine Pausen werden beobachtet. Es wird verstärkt auf Pünktlichkeit wertgelegt, auftretende Probleme werden hinterfragt. Das soziale Umfeld des Betroffenen bemüht sich, die Situation zu kontrollieren und damit den Abhängigen am Trinken zu hindern.

Die auftretenden Rückfälle werden zunehmend als persönlich Niederlagen aller involvierten Teilnehmer interpretiert. Mit immer mehr Engagement und Anstrengung wird versucht, eine schwere und / oder scheinbar gar nicht kontrollierbare Situation zu kontrollieren. Es werden auch schriftliche Abmahnungen ausgestellt.

Aber naturgemäß ist es nur eine Frage der Zeit, bis die Spannungssituation nicht mehr zu kompensieren ist und die Betroffenen sehr emotional reagieren.

Die dritte Phase der Koabhängigkeit beginnt.

- 3) **Die Anklagephase:** Der Betroffene wird mit den bislang zurückgehaltenen Emotionen der Vorgesetzten und Kollegen zunehmend ungefiltert konfrontiert. Oftmals wird die Problematik als Ventilfunktion von allen anderen genutzt, um ihren Ärger (auch bzgl. anderer Konflikte) „Luft zu machen“. Für das vorprogrammierte Scheitern der Bemühungen wird alleine der Abhängige verantwortlich gemacht.

Es kommt entweder zur Kündigung, oder zur Androhung einer Kündigung. Im letzteren Fall kommt es oft zu einer temporären Verbesserung der Situation. Der Betroffene scheint durch die Angst vor Arbeitslosigkeit scheinbar „geheilt“. Im weiteren Verlauf treten dann wieder erste Anzeichen eines Rückfalls auf, die anfangs gerne übersehen werden, da die Motivation für eine erneute Bemühung und Konfrontation gering ist. Damit kann der Kreislauf aus Verharmlosung, Kontrolle und Anklage erneut beginnen.

Schneider (1998) formuliert Verhaltensregeln für den Umgang mit alkoholauffälligen KollegInnen:

- Reden sie *mit* dem Betroffenen nicht *über* ihn.
- Überlegen sie sich vor dem Gespräch, was sie wie ansprechen wollen.
- Das Gespräch findet „unter 4 Augen“ statt.
- Führen sie das Gespräch nur, wenn der Betroffene nüchtern ist.
- Verdeutlichen sie ihre Motive: z.B. Sorge.
- Beschreiben sie ihre Beobachtungen.
- Fordern sie eine Verhaltensveränderung, trotz der „Begründungen“ , die sie hören werden.
- Geben sie dem Betroffenen evtl. Adressen mit Hilfsorganisationen.
- Gehen sie vertraulich mit den Informationen um, aber holen sie sich professionelle Hilfe, falls sie sich überfordert fühlen.
- Seien sie auf Verleugnungen, Erklärungen, Selbstmitleid, etc. gefasst.

Die Zentrale Informationsstelle Sucht (ZIS) veröffentlichte (unter: <http://www.lzg-bayern.de/zis/online/index.htm>) folgende Verhaltensregeln für den Vorgesetzten:

„Folgende Verhaltensregeln sollten im Umgang mit einem betroffenen Mitarbeiter beachtet werden:

- 1. Der Vorgesetzte ist kein Therapeut.** Er erstellt deshalb keine Diagnose und führt auch keine Behandlung durch. Er nimmt seine Führungsaufgaben und Fürsorgepflicht wahr, indem beobachtbare Auffälligkeiten im Arbeits- und Sozialverhalten des Mitarbeiters dokumentiert werden und konfrontiert diesen mit den gesammelten Erkenntnissen in einem ersten Gespräch.
- 2. Keine Hexenjagd auf gefährdete und abhängige Mitarbeiter.** Der Vorgesetzte stützt sich in seinem Vorgehen auf die Betriebs-/ Dienstvereinbarung. Diese soll ein konsequentes und transparentes Hilfeprogramm für den gefährdeten bzw. abhängigen Mitarbeiter darstellen sowie Nachsorgemaßnahmen anbieten. Sie soll darüber hinaus durch ihre Nähe und niedrige Zugänglichkeit präventive Eigenschaften haben. Sie stellt somit ein Hilfeprogramm dar und ist keine Verfolgungsanleitung für gefährdete Mitarbeiter.
- 3. Früherkennung als Chance zum Neubeginn.** Das Erlernen von Früherkennungssymptomen in entsprechenden Führungsseminaren für Vorgesetzte soll diese befähigen, ihre Wahrnehmung zu sensibilisieren, um rechtzeitig objektive Daten im Arbeits- und Sozialverhalten des betroffenen Mitarbeiters zu erfassen. Nicht der Mensch als solcher soll abqualifiziert werden, sondern es soll gelernt werden, den Mitarbeiter mit dokumentierten Verhaltensbeobachtungen zu konfrontieren.
- 4. Zusätzliche Handlungshilfen annehmen.** Der Vorgesetzte sollte die betriebsinternen Hilfsnetze (z.B. Arbeitsgruppen) kennen und diese frühzeitig in Anspruch nehmen, um somit eine innere Distanz zum Betroffenen herzustellen. Darüber hinaus sollte er auch über die zahlreichen Angebote der externen ambulanten und stationären Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten Bescheid wissen, um dem Betroffenen entsprechende Hilfsalternativen anbieten zu können.

5. **Leistungsprofil transparent gestalten** Der Vorgesetzte soll mit dem Betroffenen klären, welche beruflichen Leistungen er von diesem in der Zukunft erwartet. Er macht sich kundig, ob es hierfür entsprechende Stellenbeschreibungen gibt und inwieweit der Abhängige den erwartenden Anforderungen entspricht.
6. **Interventionen.** Wenn der Vorgesetzte Verhaltensauffälligkeiten bemerkt hat, ist er derjenige, der einen Schritt zur Veränderung mit einem Gespräch herbeiführen kann. Dieses Gespräch wird von dem Betroffenen leichter akzeptiert, wenn der Vorgesetzte seinem Gegenüber signalisiert, dass er ihn als Mensch und als Mitarbeiter schätzt, jedoch bestimmte Verhaltensweisen nicht toleriert.“

Des Weiteren empfiehlt die Zentrale Informationsstelle Sucht (ZIS), dass der Vorgesetzte bei einem geplanten Erstgespräch nachfolgende Aspekte berücksichtigen sollte: „,....

1. **Schriftlich vorbereiten**
  - Konkrete Auffälligkeiten des Betroffenen bezüglich Arbeitsleistung, Arbeitsverhalten und Anwesenheit jeweils mit Ort, Datum und Uhrzeit sollten klar formuliert werden.
  - Dokumente (Stempelkarten; Leistungsaufzeichnungen etc.) sollten vorbereitet werden
  - Schon vorher sollten die Auflagen und der Folgetermin schriftlich festgelegt werden.
  - Eine Liste von Beratungsstellen sollte zur Verfügung stehen.
2. **Nur betriebliche Aspekte einbringen**
  - Der Vorgesetzte hat nur das Leistungsprofil und das Arbeitsverhalten des betroffenen Mitarbeiters zu beurteilen.
  - Solange der private Konsum keine Auswirkungen auf die Arbeitssituation hat, sollte dieser keine Erwähnung finden.
3. **Tatsachen und keine Gerüchte thematisieren**
  - Das Gespräch sollte mit dem Betroffenen geführt werden, nicht über ihn!
  - Der Aufbau von Vertrauen sollte im Vordergrund stehen. Deshalb:
    - kein Tribunal mit Zeugen und Angeklagten!
    - Der Betroffene wird mit Tatsachen auf Grund von Aufzeichnungen und den schon angeordneten Konsequenzen konfrontiert.
4. **Klare Vereinbarungen treffen**
  - Sanktionierende Konsequenzen können sein: schriftliche Abmahnung, Streichung von Zulagen, Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle etc. (Vorherige Absprache mit Arbeitnehmervertretung und Personalabteilung)
  - Dem Mitarbeiter muss unmissverständlich klar gemacht werden, dass in einem zu vereinbarenden Folgetermin die gemachten Vereinbarungen (z.B. absolute Nüchternheit) überprüft und dass gegebenenfalls die geplanten Sanktionen erfolgen werden.

## 5. Ein Folgegespräch terminieren

- Der Vorgesetzte verdeutlicht, dass der Termin auf jeden Fall wahrgenommen werden muss, auch wenn alle Auflagen erfüllt werden.“

### **Fazit:**

Erfahrungsgemäß ist das pseudokollegiale Schweigen der Koabhängigen schwer aufzulösen. Das gutgemeinte, aber falsche Bild des zu schützenden Abhängigen, ist ein wesentlicher Faktor, der die labile Stabilität des alkoholkranken Systems aus Abhängigen und Koabhängigen, aufrecht erhält.

Ein übergeordneter Faktor ist in der gesellschaftlichen Trinkkultur zu finden (S. 49 f.)

Viele indirekt Betroffene (Angehörige, Hausärzte, Vorgesetzte, Arbeitskollegen, etc.) beschäftigen sich (zu) lange mit der Frage beschäftigen, ob der Alkoholauffällige nun krank sei oder „nur eine Phase durchmache“. Damit geht viel kostbare Zeit verloren für die möglichst frühe Behandlung. (Russland, 1986) schreibt: „Trinken oder abhängig Trinken, das ist die Frage.“ Damit wird nochmals betont, dass diese Frage zu unproduktiven Verzögerungen führt. Das Motiv ist oftmals der Wunsch nach absoluter Sicherheit der Diagnose Alkoholabhängigkeit und bedeutet, dass die konkreten Leistungsdefizite und Verhaltensänderungen aus dem Blickfeld geraten.

Die Suche nach den möglichen Ursachen und die Konzepte, wie z.B. krank, alkoholabhängig, etc., erschweren das notwendige direkte Vorgehen des Vorgesetzten (der für diese Hintergründe auch nicht ausgebildet ist).

Fuchs, Rainer & Rummel (1998) schlagen vor, dass Interpretationsschema zu wechseln und mit der Arbeitshypothese: „möglicherweise mit Suchtmittelmissbrauch verbunden“ die Konzentration wieder auf Themen zu lenken, die dem Kompetenzbereich der Vorgesetzten entsprechen: Arbeitsleistungen und Sozialverhalten.

Die dringend notwendige Implementierung von betrieblichen Präventionsprogrammen und einem Expertenteam kann die Dynamik der „Teufelskreisläufe“ lindern, bzw. auflösen.

### **Die Dienstvereinbarung**

Ein wesentlicher „Eckpfeiler“ im Umgang mit alkoholauffälligen Mitarbeitern ist die Betriebs- bzw. Dienst-Vereinbarung. Dieses Dokument wird vom Arbeitgeber (Geschäftsführung) und der Arbeitnehmervertretung (Betriebsrat) entworfen. Es wird dort ein strukturierter Prozessablauf geschildert, der beschreibt, welche Schritte und Konsequenzen im Falle einer Suchtauffälligkeit eintreten. Damit ist der Ablauf für alle Beschäftigten transparent und als Handlungsorientierung nachvollziehbar. (siehe S. 139 und Anhang S. 281)

Die Zentrale Informationsstelle Sucht (ZIS) veröffentlichte Zahlen (unter: <http://www.lzg-bayern.de/zis/online/index.htm>) zur Effizienz von Betriebs-/ Dienstvereinbarungen

- Fehlzeitenreduktion um 50 % bei Betroffenen
- über 60 % Verringerung der Aufwendungen für Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall
- 48 % Abnahme von verlorenen Arbeitsstunden
- 67 % Abnahme der Disziplinprobleme
- 82 % Abnahme von Unfällen

### **Die Vorgesetzten:**

Die IGM (2001) informiert, dass die Problematik der Substanzabhängigkeit (insbesondere Alkohol und Medikamente) von vielen Vorgesetzten und Arbeitgebern auf Grund ihrer *eigenen* Betroffenheit und / oder auf Grund von Unsicherheiten und mangelnder Kompetenz weitgehend ignoriert wird. Ähnliche Hintergründe werden auch bei kollegialen Koabhängigkeit vermutet.

### **Der Hausarzt:**

Ein Aspekt im Kontext der Koabhängigkeit ist die Verantwortlichkeit des Hausarztes. Der Großteil der Alkoholauffälligen (80 %) kontaktieren ihren Arzt und etwa 25 % der Menschen mit Alkoholproblemen werden mindestens einmal im Jahr in einem Allgemeinkrankenhaus behandelt (Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof & John, 2000; Wienberg, 2001).

### **Betriebsinterner Hilfsstrukturen:**

Ein interessantes und in Nordamerika häufig angewendetes Präventiv-Programm, das u.a. auch das Problem der Ko-Abhängigkeit indirekt berücksichtigt, ist das Employee Assistance Programm (EAP) (zu den Präventiv-Programmen siehe Kapitel 2.14. S. 113), dessen Kernelement die so genannte "konstruktive Konfrontation" darstellt.

### **Kritische Anmerkung:**

Die professionellen Hilfssysteme (Suchtberatungsstellen, Entzugs- und Entwöhnungskliniken, etc.) werden nur von einer relativ geringen Menge Betroffener genutzt, während ein Großteil der Menschen mit Alkoholproblemen entweder durch den Hausarzt (ca. 10 %) oder im Krankenhaus (15 – 20 %) behandelt werden (Reker & Arolt, 2000).

Weitere Orientierungshilfen für Vorgesetzte zur Gesprächsführung mit alkoholkranken Mitarbeitern, sind z.B. zu finden bei: Mühlbauer 1986, Lausser 1986, Lenfers 1988, Lorenz 1988,

**Fazit:**

Ein Ko-abhängiger sollte sich bei einer kompetenten Institution (intern: Betriebsarzt, Suchtbeauftragter; extern: Suchtberatungsstelle) bzgl. der notwendigen Maßnahmen und Verhaltensregeln beraten lassen.

**Wie erkenne ich den übermäßig alkoholkonsumierenden Mitarbeiter ?**

Trotz der Tarnungs- und Verleugnungsversuche der Alkoholkranken, sind die Symptome doch recht auffallend. Mühlemann & Sommerauer (1978) konnten beispielsweise feststellen, dass 60 % der Alkoholiker im Betrieb als solche bemerkt wurden. Das bedeutet, dass die multiplen Symptome der Alkoholkrankung im Betrieb schlecht zu verbergen sind.

Von besonderem Interesse ist dabei das Ergebnis, dass etwa in etwa 40 % der Fälle, der Vorgesetzte die Problematik erkennt, während die Arbeitskollegen in weniger als 40 % der Fälle, die Problematik aufdecken, obwohl diese in der Regel den engeren Kontakt zum Betroffenen haben. Dieser Umstand lässt sich wohl durch die Dynamik der Koabhängigkeit erklären (siehe S. 106 f.).

In der folgenden schematischen Auflistung werden typische Merkmale aufgeführt, die als Indizien für eine Alkoholauffälligkeit sprechen.

<b>Alkoholspezifische Merkmale</b>	<b>Betriebsspezifische Merkmale</b>	<b>Individuelle Merkmale</b>
Häufiger Konsum	Häufige Fehlzeiten	Familiäre Konflikte
Alkoholgeruch	Häufiger Materialschaden, Verlust von Material und Werkzeug	Finanzielle Probleme
Atemreiniger	Geringere Arbeitsqualität und -quantität	Gesundheitliche Probleme
Entzugssymptome	Kurzfristiges Entfernen vom Arbeitsplatz, längere Pausen	Impulsive Reaktionen
Pausen: Alkohol statt Nahrung	Vermeidung von Vorgesetztenkontakten	Negative äußerliche Veränderungen
Trunkenheitssymptome		Gesteigerter Argwohn
		Führerscheinverlust

(Ein weiteres Schaubild liefert Lindenmeyer (1999) in Kapitel 2.5. S. 61)

Bilitza (1985) unterscheidet drei Gruppen von Mitarbeitern:

- 1) Die erste Gruppe besteht aus abstinenten Personen und Genusstrinkern. Diese Gruppe entspricht etwa 60 – 65 % der Belegschaft. Bilitza empfiehlt für diese Gruppe primäre Präventionsangebote.
- 2) Die zweite Gruppe, etwa 25 – 30 % der Belegschaft, zeichnet sich durch einen risikohaften Konsum aus (mehr als 80 Gramm reinen Alkohols pro Tag). Hier sind sekundäre Präventionsmaßnahmen indiziert.
- 3) Die dritte Gruppe, etwa 5 % der Mitarbeiter, beinhaltet die Alkoholkranken. Bilitza empfiehlt tertiäre Präventionsmaßnahmen.

Jeder der 3 Gruppen kann von spezifischen Präventiv-Programmen profitieren.

Mühlbauer, H. (1986) schildert ein Verlaufsmodell:

- 1) Einpassungsphase: Integrationsprobleme führen zum Konsumzwang. Die Phase zeichnet sich durch Aktivität aus.
- 2) Abwehrphase: erste Auffälligkeiten führen zu Konflikten. Der Betroffene wehrt diese ab, er verdrängt die Problematik.
- 3) Überlebensphase: der Betroffene erkennt seine problematische Lage. Die Leistungsdefizite sind offenkundig. Der Betroffene versucht durch Unterwürfigkeit und Übernahme ungeliebter Tätigkeiten seine schwache Position zu halten

Die Einpassungsphase scheint besonders sensible zu sein. Sie kann, wie geschildert, den Einstieg in den Alkoholismus bedeuten, oder aber sie kann effektiv für primäre Prävention genutzt werden (Rummel, Rainer & Fuchs, 2004).

#### **Fazit:**

Bezüglich eines professionellen, adäquat-konsequenten Umgangs mit der Alkoholismusproblematik im betrieblichen Kontext, scheinen bis in die Gegenwart deutliche Defizite zu bestehen. Ein Indikator für diesen Sachverhalt ist die Tatsache, dass nur 7% der Betroffenen, die eine Suchtberatungsstelle aufsuchen, dieses auf Veranlassung ihres Arbeitgebers tun (Hüllinghorst, 1996b).

## **2.14. Die betrieblichen Alkoholpräventionsprogramme (BPP)**

Rummel, Rainer & Fuchs (2004) definieren BPP wie folgt: „Mit dem Begriff Betriebliche Suchtprävention bzw. Betriebliche Alkohol- und Drogenprävention werden betriebliche Maßnahmen umschrieben, die Alkohol- und Suchtmittelmissbrauch und seine Auswirkungen im Arbeitsleben betreffen.“

## **Die Tradition betrieblicher Präventionsprogramme**

Die Tradition klinisch-psychologischer Beratungs- und Behandlungsansätze geht in den USA bis in die zwanziger und dreißiger Jahre des 20. Jahrhundert zurück. Die präventiv orientierten Maßnahmen dieser ersten „industriellen Gesundheitsaktivisten“ reichten von der Beratung des „fehl angepassten Mitarbeiters“, bis zur breit gefächerten Abteilungsanalyse (Arbeitsplatzbedingungen, Führungsstil, etc.)

Mit Ausnahme der traditionellen Beratungseinrichtungen für Firmenangehörige, haben diese Reformprogramme die nächsten Jahre nicht überstanden.

Erst am Anfang der vierziger Jahre kam es dann erstmals zu einer Koalition zwischen den betriebsärztlichen Abteilungen einiger Großkonzerne und dem Anonymen Alkoholikern (AA). Auf Grund dieser Vorbildprojekte vermehrten sich die Programme zur Alkoholismusprävention in den fünfziger und sechziger Jahren sukzessive (Rummel, Rainer & Fuchs, 2004).

Mit der Unterstützung des National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) und dem national Council on Alcoholism (NCA) verfügten 1985 mehr als die Hälfte der 500 größten Unternehmen der USA über spezielle Programme zur Alkoholismusprävention. Das bedeutet, dass etwa 12% der amerikanischen Arbeiter ein derartiges Programm nutzen konnten.

In Deutschland hat sozialpolitisches Engagement seitens der Industrie eine weit zurückreichende Tradition. Werner von Siemens begründete z.B. Ende des 19. Jahrhunderts seine sozialen betrieblichen Maßnahmen mit der „wohlverstandenen Interessengemeinschaft von Arbeitgebern und Arbeitnehmern“ und er Überlegung, dass jede „Hebung des Menschen im Arbeitnehmer auch den Wert seiner wirtschaftlichen Leistung steigere.“

Aus dieser Tradition ging die frühe Werksfürsorge (heute Sozialberatung) hervor, deren Schwerpunkt bis in die siebziger Jahre allerdings bei individualisierten Einzelmaßnahmen und Sachleistungen lag. Hilfsprogramme zur Alkoholismusprävention entwickelten sich seit den siebziger Jahren in Deutschland sukzessive.

Ein signifikanter Meilenstein der betrieblichen Alkoholprävention ist die Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) von 1978. Dort wurde erstmals mit dem Arbeitsthema "Alkohol am Arbeitsplatz" die Gesamtproblematik umfassend erörtert. Insbesondere standen die Themen der Arbeitssicherheit, des Alkoholkonsums am Arbeitsplatz, der Konsequenzen für den Betrieb, aber auch die Möglichkeiten der betriebliche Prävention im Vordergrund (Fuchs, Rainer & Rummel 1998).

In Deutschland wurden derartige Programme in den 80er Jahren erprobt und kultiviert. Mittlerweile haben sie einen festen Platz in der modernen Gesundheitspolitik und im Personalmanagement eines Unternehmens (Rummel, Rainer & Fuchs, 2004).

Gröben, F & Szibor, D. (2000) beschreiben, dass das deutsche Arbeitsschutzrecht, das seit 1996 in Kraft getreten ist, Gesundheit nicht mehr nur als die Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern als ein ganzheitliches (körperliches, seelisches und soziales) Wohlbefinden. Dementsprechend verlangt die Richtlinie eine präventive Arbeitsschutz- und Gesundheitspolitik, die dem ganzheitlichen Aspekt der Problematik gerecht wird.

### **Wieviele deutsche Unternehmen können Alkoholpräventionsprogramme vorweisen:**

In etwa 800 deutschen Betrieben existierte 1988 ein internes Präventionsangebot gegen den Alkoholismus (Ziegler 1989). Schon wenige Jahre später ging man von 1200 Betrieben aus, die ihren Beschäftigten derartige Programme anbieten konnten (Ziegler 1991). Autoren, wie z.B. Längle (1995), Fuchs, Rainer & Rummel (1998) gehen davon aus, dass seit den neunziger Jahren die Zahl der Betriebe, die über Präventionsprogramme verfügen, sich über 2000 beziffert.

Die Deutsche Initiative zur Förderung eines verantwortlichen Umganges mit alkoholhaltigen Genussmitteln (DIFA Forum e.V.) initiierte 1997 eine groß angelegte Studie, um die Existenz von Präventionsprogrammen in deutschen (Groß-)Unternehmen aufzudecken. Das Ziel der Studie war es, „festzustellen, wie verbreitet heute nach zwanzig Jahren diese Alkoholpräventionsprogramme in bundesdeutschen Betrieben und in der öffentlichen Verwaltung sind.“ Und „welche Bedeutung seitens der Unternehmen den betriebswirtschaftlichen Auswirkungen von Alkoholmissbrauch am Arbeitsplatz zugemessen wird.“

Da eine Vielzahl von (Groß-)Betrieben an der Studie teilnahmen, werden die Ergebnisse detaillierter betrachtet:

Für die Untersuchung wurden 250 der größten deutschen Unternehmen, sowie „230 Betriebe aus der alkoholproduzierenden und –vertreibenden Industrie und des weiteren die 34 zentralen Behörden des Bundes und der Länder,“ 1996 angeschrieben und um Angaben bzgl. der innerbetrieblichen Handhabung mit dem Thema Alkohol und Alkoholprävention gebeten.

Die Rücklaufquote bei den 250 (240 existierten nur noch) größten Unternehmen lag bei 54 %, effektiv waren 41 % verwertbar. Das bedeutet, dass 98 Großunternehmen geprüft werden konnten. Bei der alkoholproduzierenden und –vertreibenden Industrie (221 Unternehmen) lag die Quote bei nur 31 %. Das bedeutet, dass 68 Unternehmen aus dieser Branche geprüft werden konnten. Die Antworten der Behörden konnten auf Grund von geringer Resonanz und fehlenden Daten, nicht ausgewertet werden. Die 34 zentralen Behörden des Bundes und der Länder zeigten sich also nicht kooperativ.

Die Repräsentativität der 221 mittleren Unternehmen bleibt fraglich (31% Rücklauf). Die Auswertung deren Daten kann aber zumindest als Trend verstanden werden.

**Ergebnisse:** Die 98 Großunternehmen verfügen zu 68 % über betriebliche Präventionsmaßnahmen. Es wurden 67 Präventionsprogramme festgestellt. In 30 % der Großunternehmen wird in den Kantinen Alkohol verkauft. 41,8 % der Betriebe haben spezielle Dienstvereinbarungen, die den Umgang mit alkoholbedingten Auffälligkeiten regelt. 30 % der Betriebe verfügen über ein generelles Alkoholverbot.

Die errechneten Durchschnittswerte der 98 befragten Unternehmen für den Anteil an alkoholkranken Mitarbeitern lagen bei 5 %, einem Wert, der sich in der Literatur weitgehend einheitlich als typische Durchschnittswert feststellen lässt (Ziegler 1991).

Die 68 deutschen (alkoholproduzierenden und –vertreibenden) Unternehmen verfügen nur zu 31 % über ein Präventionsprogramm. Also wurden 43 Präventionsprogramme festgestellt. In 35,3 % der Kantinen wird Alkohol verkauft. 36,6 % der Unternehmen verfügen über spezielle Dienstvereinbarungen. Ein Alkoholverbot für das gesamte Unternehmen oder für Teilbereiche war in 30 % der Betriebe zu finden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Großunternehmen, die auf die Befragung kooperativ reagierten, in der Regel auch über Präventionsprogramme verfügen. In den kleineren und mittleren Unternehmen ist die Chance schon deutlich geringer.

Ein interessantes Detail ist die eher unspezifische Begründung seitens der Unternehmen für Präventionsprogramme. Es werden eher Aspekte der allgemeinen Fürsorge oder generelle Sicherheitswünsche genannt, als z.B. konkrete Kostenberechnungen, die durch alkoholbedingte Folgeschäden entstehen. Der Kostenfaktor wird trotz empfindlicher Summen nach wie vor ignoriert. (Für Details siehe im Kapitel 2.11. unter „Die betriebswirtschaftlichen Kosten und Schäden durch den Alkoholkonsum“)

DIFA (1997): Die vorgefundenen Alkoholpräventionsprogramme lassen sich in drei Kategorien einteilen:

- 1) Präventionsmaßnahmen, die sich auf Informationsvermittlung beschränken.
- 2) Präventionsmaßnahmen und Interventionen für alkoholauffällige Mitarbeiter.
- 3) Präventionsmaßnahmen, DIFA (1997): „die die Erhöhung der Kompetenz aller Mitarbeiter zur Lösung möglicher Probleme mit Alkoholmissbrauch in den Mittelpunkt stellen und dabei Verhältnisprävention mit Verhaltensprävention verbinden.“

**Anmerkung:** Ein bemerkenswertes Ergebnis der DIFA-Studie (1997) ist die Tatsache, dass sich 50 % der Präventionsprogramme in deutschen Großbetrieben speziell an die Auszubildenden richten!

Die Befragung bzgl. der Motive und Ziele die mit den Hilfsangeboten angestrebt wurden, ergab, dass die Wahrnehmung der sozialen Verantwortung durch den Unternehmer im Vordergrund stand. DIFA (1997): „Hierbei handelt es sich um eine allgemeine Verpflichtung des Arbeitgebers, die in einzelnen Bereichen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes auch durch Gesetze bzw. Verordnungen konkret geregelt wird. Bei der Umsetzung dieser sozialen Verantwortung aber in Alkoholpräventionsprogramme handelt es sich um eine Selbstverpflichtung des Arbeitgebers.“ Ein weiteres Motiv bestand darin, die Alkoholprobleme der Mitarbeiter möglichst früh erkennen zu können. An dritter Stelle der Prioritäten stand die Erhöhung der Arbeitssicherheit.

Mit der Realisierung von betrieblichen Präventiv-Programmen werden unterschiedliche Ziele verfolgt:

- Kostensenkung durch Risikominimierung in den Sektoren Gesundheit, Unfall und Leistung.
- Kompetente Hilfe für Menschen. (Führsorgepflicht)
- Führungskräfteentwicklung und Organisationsmanagement

Das bedeutet u.a., dass der Suchtmittelkonsum positiv beeinflusst wird, dass konkrete Interventionen entwickelt werden und die Kommunikationsstrukturen, Führungsstile und Personalmanagement hinsichtlich notwendiger Innovationen kritisch analysiert werden.

### **Kritische Anmerkungen:**

Rummel, Rainer & Fuchs (2004) kommen zu dem Fazit, dass in den Betrieben hauptsächlich sekundäre Präventionsprogramme etabliert sind, die sich auf die Alkoholkranken beziehen.

Dementsprechend wird nicht selten die Majorität der Alkohol(risiko)konsumenten und der Beschäftigten, die „nur“ Alkoholmissbrauch betreiben, vernachlässigt.

Weitere kritische Ergebnisse konnte durch eine Studie von Schlegel (2004) vorgelegt werde. Es wurden 91 Alkoholranke aus den verschiedensten Berufsschichten (Arbeiter, Angestellte, Akademiker) untersucht. Etwa 50 % der Befragten gaben an, dass es keinen Ansprechpartner für suchtgefährdete Mitarbeiter in ihrem Betrieb gibt.

Von den anderen 50 %, bei denen ein Ansprechpartner im Betrieb vorhanden war, kam die Rückmeldung, dass dieser von 60 % der Betroffenen nicht kontaktiert wurde. Die Wahl des Gesprächspartners der verbleibenden 40 % der Betroffenen, fiel unterschiedlich aus:

Es wurden folgende Ansprechpartner aufgesucht:

- 22% einen Sozialarbeiter
- 11% den Betriebsarzt
- 5% einen Suchthelfer
- 5% einen Betriebspsychologen.
- 72% einen anderen Ansprechpartner, wie z.B. einen Vorgesetzten

Die Liste verdeutlicht, dass Betroffene vermutlich eher eine Person ihres Vertrauens ansprechen (72%) als die dafür professionelle ausgebildeten Fachkräfte.

Die Darstellungen sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Suchtproblematik in den Betrieben nach wie vor ein Randthema darstellt, dem sich die Verantwortlichen eher auf Grund von gegebenen Krisensituationen stellen.

Fuchs, Rainer, Rummel & Schönherr (1998) stellen fest: „Betriebliche Suchtprävention ist nach wie vor kein „Top-Thema“ in den Betrieben.“ Obwohl mittlerweile eine große Datenmenge zur Verfügung steht, die die Kosten der Problematik dokumentieren und Effektivität von Präventionsprogrammen belegen (Kapitel 2.11.).

Beispielweise berichtet Hoegg, U. (1988), dass ca. 70 % - 90 % der behandelten alkoholgefährdeten Beschäftigten von Präventionsprogrammen profitieren. Weniger als 10 % der alkoholgefährdeten Beschäftigten verlieren, trotz Behandlung den Arbeitsplatz.

Fleming et al. (2002) unterstreichen, dass die Implementierung sekundärer Präventionsprogramme aufgrund der geringen Kosten (Seminare, Schulungen, Fortbildungen und die Durchführung von Intervention, etc.) einerseits und dem hohen Bedarf, insbesondere wegen der beträchtlichen sozialen und gesundheitlichen Folgeschäden andererseits, in hohem Maße ökonomisch und sinnvoll sind.

### **Das Konzept eines modernen betrieblichen Präventionsprogramms (BPP)**

Neben einer professionellen Konzeption ist insbesondere der Kontext, in dessen Rahmen das BPP implementiert werden soll, zu berücksichtigen.

Als Prämisse für die Implementierung eines BPP ist der Konsens zwischen Geschäftsführung und Betriebsrates bzgl. der inhaltlichen und formalen Strukturen des BPP unumgänglich. Eine einheitliche Gesundheits-, Kommunikations- und Organisationspolitik sind die wesentlichen Rahmenbedingungen, die als Erfolgskriterien für die BPP angesehen werden können.

### **Die 3 „Kernbestandteile“ moderner betrieblicher Präventionsprogramme (BPP)**

(in Anlehnung an: Fuchs, Rainer, Rummel & Schönherr, 1998)

Neben der Etablierung eines multiprofessionalen Arbeitskreises und der schriftlichen Niederlegung einer Dienstvereinbarung „Sucht“, werden im folgenden 3 „Kernbestandteile eines modernen BPP“ erläutert.

Das Diagramm 2.1. zeigt die 3 Kernelemente der BPP, die von dem multiprofessionellen Arbeitskreis entwickelt und implementiert werden.

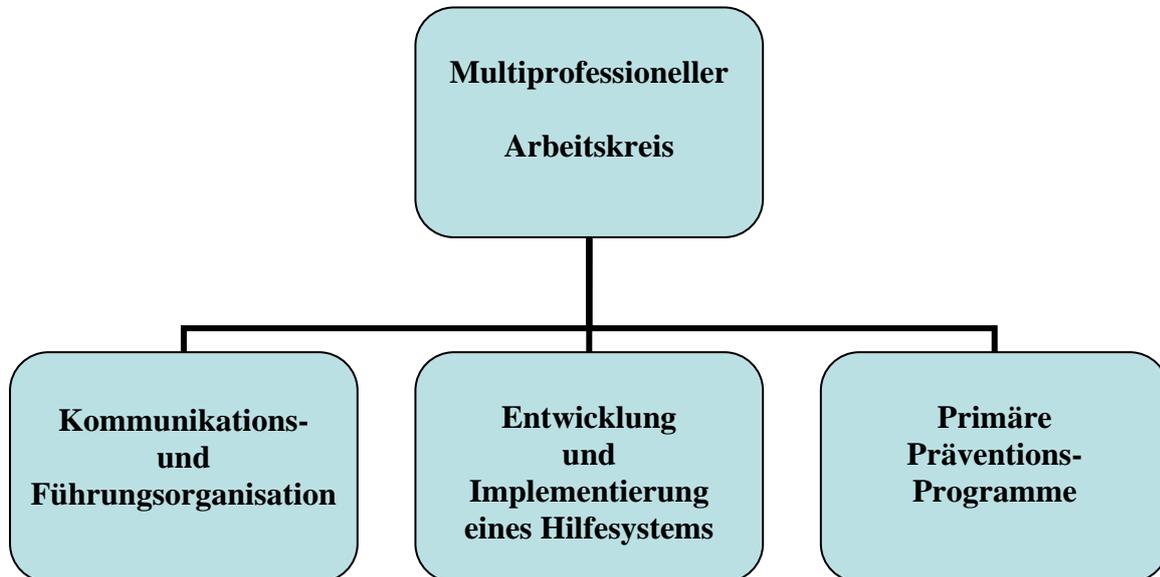


Diagramm 2.1.

### **Der multiprofessionelle Arbeitskreises**

Die Gründung eines betrieblichen Arbeitskreises wird als ein fundamentaler Faktor für die Implementierung und Umsetzung eines BPP angesehen (Lausser, 1986; Fuchs, Rainer, Rummel & Schönherr, 1998).

Der Arbeitskreis integriert die Belange des Betriebes und die der Alkoholgefährdeten und -abhängigen.

Schiedel (1993): „Der Arbeitskreis ist also in erster Linie Initiator, Organisator und Koordinator aller betrieblichen Präventionsaktivitäten.“

Schiedel (1993) schlägt folgende personelle Zusammensetzung des Arbeitskreises vor:

- Geschäftsführung / Personalabteilung
- Sozialberatung
- Betriebsrat
- Betriebsarzt
- Öffentlichkeitsarbeit
- Arbeits- und Betriebsorganisation
- Trockene Alkoholiker
- Langjährig dem Betrieb angehörige Vertrauenspersonen
- Als Gäste sollten Vertreter anderer betrieblicher Arbeitskreise eingeladen werden.

Der Arbeitskreis sollte evtl. noch durch spezielle Suchtexperten (Suchtbeauftragter, Suchthelfer, etc.) ergänzt werden.

## **Die Dienstvereinbarung**

Eine Dienstvereinbarung „Sucht“, die zwischen der Geschäftsführung und der Mitarbeitervertretung vereinbart wurde, macht den strukturierten Prozessablauf transparent, der durch die Auffälligkeit eines Beschäftigten in Gang gesetzt wird (Kapitel 2.20.)

## **Die 3 „Kernbestandteile“ betrieblicher Präventionsprogramme (BPP)**

### **1) Kommunikations- und Führungsorganisation:**

Dieser Baustein umfasst z.B. die Fortbildung, Beratung und das Training für Vorgesetzte und Multiplikatoren. Für die unterschiedlichen Zielgruppen werden Informationsveranstaltungen durchgeführt, um psychosoziale Kompetenzen und Ressourcen zu reflektieren und zu trainieren. Insbesondere das Kommunikationstraining dient als Sicherung des Konfliktmanagements.

In diesem Kontext werden betriebsinterne Leitbilder und Konzepte, aber insbesondere auch die Operationalisierung des BPP als integrativer Bestandteil der Gesundheitspolitik für eine notwendige Konsensbildung erarbeitet.

### **2) Entwicklung und Implementierung eines Hilfesystems:**

Dieser Baustein umfasst die professionelle Suchtberatung und -hilfe, die von betriebsinternen Fachleuten (Betriebsarzt, Suchtbeauftragte, Suchthelfer, Sozialberater, etc.) getragen wird. Diese beschäftigen sich mit den im Betrieb aufgefallenen Alkoholkonsumenten, mit Arbeitnehmern, die einen Alkoholmissbrauch betreiben und mit den Alkoholkranken. Die Aufgabe der betriebsinternen Fachleute bezieht sich auf die Handhabung der Problematik im Betrieb und *nicht* auf die Therapie oder Behandlung der Betroffenen.

Der Arbeitskreis bemüht sich um eine Netzwerkentwicklung mit externen Therapieeinrichtungen, sodass alkoholauffällige Mitarbeiter schnell und sicher an bekannte und kompetente Einrichtungen in der Region verwiesen werden können.

### **3) Primäre Präventionsprogramme:**

Dieser Baustein umfasst z.B. die Regelungen zum Verbot bzw. zur Verfügbarkeit von Alkohol. Diese Elemente zeigen nachhaltige Wirkungen auf den Alkoholkonsum (s.u.).

Die betriebsinternen Arbeitsplätze werden regelmäßig bzgl. der Arbeitsplatzgestaltung unter gesundheitsbezogenen Gesichtspunkten kritisch von Fachleuten (Betriebsärzte, Behindertenbeauftragte, Betriebsräte, etc.) geprüft.

Die Informations- und Risikovermittlung als primäre Intervention (erreicht weniger ältere und bereits alkoholranke Beschäftigte) ist eine erfolgreiche Intervention für jüngere Angestellte, Auszubildende, interessierte Mitarbeiter und neu eingestellte Kollegen (Kapitel 2.2., S.28 ).

Fuchs, Rainer, Rummel & Schönherr (1998) erwähnen, dass diese 3 Kernelemente in der „Fachdiskussion inzwischen allgemein als grundlegend anerkannt“ werden.

Besonders erwähnenswert ist der Tatbestand, dass die Alkoholprävention eher als ein integraler Bestandteil einer übergeordneten betrieblichen Gesundheitspolitik interpretiert wird. Die gesundheitspolitischen Maßnahmen bilden wiederum mit den Elementen der betrieblichen Organisationsentwicklung eine einheitliche Struktur.

Anmerkung von Puls (2003): Eine suchtspezifische betriebliche Prävention scheint nur eingeschränkt sinnvoll. (Überblick: Klepsch & Fuchs, 1998) Die vorhandenen Interventionen sollten bzgl. der suchtspezifischen Aspekte ergänzt werden.

Die Studien zur betrieblichen Alkoholismusprävention beziehen sich in ersten Linie auf Alkoholranke und weniger auf den größeren Anteil von Beschäftigten die einen erhöhten Konsum tätigen und / oder Alkoholmissbrauch betreiben (Schuhler & Baumeister, 1999).

### **Zur Differenzierung der betrieblicher Präventionsprogramme (BPP)**

Caplan (1964) entwirft eine Differenzierung der BPP in primäre, sekundäre und tertiäre BPP. In Kürze lassen sich die drei Varianten wie folgt zusammenfassen:

<b>Betriebliche Präventionsprogramme (BPP):</b>	
<b>Primäre BPP:</b>	Prophylaxe, um Gesunde vor Erkrankung zu schützen
<b>Sekundäre BPP:</b>	Gefährdete / Erkrankte sollen früh erkannt und behandelt werden
<b>Tertiäre BPP:</b>	Rückfallprophylaxe und Schadensbegrenzung

Die unterschiedlichen Schwerpunkte der Präventionsprogramme führten zu einer dreigeteilten Klassifizierung:

#### **Primäre Prävention:**

Die primäre Prävention hat das Ziel der generellen Verhütung einer Erkrankung. Im betrieblichen Kontext sind damit in der Regel Informations- und Aufklärungsmaßnahmen gemeint, die ein Problembewusstsein und eine Sensibilisierung für den allgemeinen Alkoholkonsum erzeugen sollen. Auch konkrete Maßnahmen, wie z.B. das Verbot oder die Reduzierung der Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken und das Angebot von alkoholfreien Getränken wirken präventiv.

Zu den präventiven Maßnahmen zählt auch, dass Risikoarbeitsplätze identifiziert und modifiziert werden. Darüber hinaus werden die Sozialkompetenzen der Vorgesetzten und Mitarbeiter gefördert

#### **Sekundäre Prävention:**

Die sekundäre Prävention dient der Früherkennung, d.h., dass ein bereits auffälliger Konsum frühzeitig aufgedeckt und thematisiert werden sollte. In diesem Zusammenhang bestehen viele

Unsicherheiten, diese werden auch von Vorgesetzten thematisiert (Kapitel 2.13.). Ein psychosoziales Kompetenztraining ist eine effektive Maßnahme. Ein strukturierter und transparenter Verfahrensablauf (Dienstvereinbarung) ist für alle Beteiligten eine große Hilfe (siehe Kapitel 2.20.).

Aufklärung, adäquate Konfrontation und die Information bzgl. vorhandener Hilfsmöglichkeiten sollten zur Deeskalation beitragen. Die Entwicklung eines regionalen Netzwerkes dient der professionellen effektiven Vermittlung von Alkoholauffälligen.

### **Tertiäre Prävention:**

Die tertiäre Prävention dient der Schadensbegrenzung, d.h., dass die vorhandenen pathologischen Alkoholkonsummuster kompetent behandelt werden. Eine Kontakt Konstanz während / nach der Entwöhnungsbehandlung wird mit dem Betroffenen aufrechterhalten. Nach der erfolgreichen Entwöhnungstherapie erfolgen Wiedereingliederungsmaßnahmen (evtl. auch Arbeitsplatzmodifikationen).

Ein wesentliches Element der tertiären Prävention ist die Verhütung von Verschlechterungstendenzen und alkoholbedingten Spätfolgen, aber auch die Rückfallprophylaxe und der Umgang mit möglichen Rückfällen wird berücksichtigt. Die Etablierung und Förderung von inner- und / oder außerbetrieblichen Selbsthilfegruppen wird ernstgenommen.

Entsprechend der jeweiligen Dienstvereinbarung sollten die Verantwortlichen (Vertreter der Geschäftsführung, des Betriebsrates, Betriebsarzt / Suchtbeauftragter und der betroffene Mitarbeiter) kooperieren.

Bilitza (1985) entwirft ein Drei-Gruppen-Modell, das die Präventionsklassifizierungen, die Zielgruppen, die Ziele und die Maßnahmen integriert:

### **Das Drei-Gruppen-Modell von Bilitza (1985):**

#### **Risiko-Gruppe 1: Primäre Prävention.**

- Zielgruppe: - Abstinente und Geringkonsumenten  
- Schätzung: ca. 60-65% der Beschäftigten
- Ziele: - Prophylaxe, Minderung der Inzidenz
- Maßnahmen: - Entwicklung eines Kompetenzteams  
- Identifikation der Konsumkultur im Betrieb  
- Entwicklung risikomindernder Konsumnormen  
- Wissensvermittlung  
- Einbeziehung von Multiplikatoren (Vorgesetzte)

#### **Risiko-Gruppe 2: Sekundäre Prävention**

- Zielgruppe: - Problemtrinker und starke Konsumenten (> 80g/tgl.)  
- Schätzung: ca. 25-30% der Beschäftigten
- Ziele: - Beratungsmotivation stärken  
- Teilnahme an innerbetrieblichen Programmen

- Früherkennung von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit
- Maßnahmen:
  - Professionelle Beratungsangebote
  - Suchtnotruf im Betrieb
  - Schulung bzgl. Umgang mit gefährdeten Mitarbeitern.
  - „Entschärfung“ von Risikoarbeitsplätzen
  - Entwicklung risikomindernder Konsumnormen

### **Risiko-Gruppe 3: Tertiäre Prävention**

- Zielgruppe:
  - Pathologische Trinker
  - Schätzung: ca. 5% der Beschäftigten
- Ziele:
  - Krankheitseinsicht des Betroffenen
  - Motivierung zum Entzug und zur Entwöhnung
  - Aufrechterhaltung des Beschäftigungsverhältnisses
- Maßnahmen:
  - identisch mit Maßnahmen der Gruppe 2
  - Einbeziehung von „Paten“ (trockenen Alkoholikern)
  - Selbsthilfegruppen im Betrieb.

Die Überlegungen zur Prävention sollten eng mit den ätiologischen Fakten korrespondieren. Da im Kontext ätiologischer Untersuchungen die Faktoren Individuum, Umwelt und Substanz im Mittelpunkt stehen (Kapitel 2.3.), sollten die Präventionsprogramme die genannten unterschiedlichen Schwerpunkte berücksichtigen.

- Der Faktor **Individuum** konzentriert sich auf die Reduktion der persönlichen Vulnerabilität.
- Der Faktor **Umwelt** konzentriert sich auf konsumfördernden Faktoren in den Arbeitsumwelten.
- Der Faktor **Substanz** konzentriert sich auf betriebliche Regelungen im Umgang mit Suchtmitteln (Alkohol). Moskowitz (1989) konnte nachweisen, dass Veränderungen der Verfügbarkeit, Preiserhöhungen, Einschränkungen der Verkaufszeiten, und Gesetzesverschärfungen signifikante Reduktionen in den Bereichen Gesamtkonsum, Fälle von Leberzirrhose und Verkehrsunfälle zur Folge hatte.

Müller (1991) stellt eine praxisnahe Programmliste zusammen. Sowohl primäre als auch sekundäre und z.T. tertiäre Interventionen werden berücksichtigt:

#### **Typen von Programmen nach Müller (1991):**

- Einschränkung des Alkoholangebotes im Betrieb: Auch Moskowitz (1989) wies die Relevanz nach.
- Aufklärende Präventionsprogramme: zur primären Prävention
- Auf Einzelfälle gerichtete Interventionsprogramme: für sekundäre und tertiäre Prävention
- Früherkennungsprogramme: sekundäre Prävention

- **Employee Assistance Programs (EAP):** Die EAP's entwickelten sich in den 60er Jahren in Nordamerika. (Näheres zur Entstehungsgeschichte der EAP in: Fuchs, Rainer & Rummel, 1998).

Das EAP ist ein sekundär präventives Programm, das insbesondere in Nordamerika vielfältig eingesetzt wird. Das Programm dient damit weniger der Vorbeugung, als vielmehr der Offenlegung bekannter Auffälligkeiten. Die EAP's zeichnen sich u.a. dadurch aus, dass die Vorgesetzten motiviert werden, sich eher auf das Leistungsverhalten und die Arbeitsinhalte der Arbeitnehmer zu konzentrieren und sich weniger auf die fraglichen Alkoholerkrankungen zu beziehen. Im Falle einer Auffälligkeit, wird der Betroffene an die professionellen und / oder semiprofessionellen Beratungshilfen verwiesen.

Die EAP's sind für die Problematik der Ko-Abhängigkeit relevante Interventionsprogramme. Roman & Blum (1993) und Klepsch & Fuchs (1998) unterstreichen die Bedeutung der EA Programme in Nordamerika. Für das EAP ist das Indikationsspektrum relativ weitgefächert: nicht nur suchtspezifische Themen werden berücksichtigt, sondern auch ein großer Range der unterschiedlichsten, psychosozialen Konflikte. EAP ist quasi ein allgemeines Label für eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Bemühungen, die bzgl. der Schwerpunkte, des Aufwandes und der Konzepte voneinander variieren. Ein Kernelement des Programms ist die so genannte "konstruktive Konfrontation". Der auffällige Mitarbeiter wird bzgl. seines Fehlverhaltens (Leistungsabnahme, Fehlzeiten, etc.) angesprochen und konfrontiert. Die Offenlegung sollte hilfreich und konstruktiv verlaufen. Z.B. auch durch die Vermittlung von Hilfsangeboten.

Employee Assistance Programs (EAPs) sind in den USA gut evaluiert (Csiernik, 1995; Campbell & Langford, 1995)

Es bestehen **4 EAP Grundtypen**, die von den Autoren Klepsch & Fuchs (1998) wie folgt charakterisiert werden:

1) Das prototypische EAP: 70% der EAP's folgen diesem Konzept (Roman, 1988)

- Ein betriebsinterner Fachmann steht als Ansprechpartner zur Verfügung
- Zur weiteren Therapie werden Mitarbeiter an externe Einrichtungen verwiesen
- Es besteht eine suchtspezifische Betriebsvereinbarung
- Es wurden Führungskräfte für den Umgang mit Alkoholauffälligen geschult
- Die gesamte Belegschaft wurde über Interventionsprogramme informiert
- Es bestehen für alle bekannte Ansprechpartner
- Es besteht eine Regelung bzgl. von Behandlungskosten

2) Es besteht ein Kooperationsvertrag mit einer externen Beratungsstelle, die im Betrieb zu bestimmten Zeiten präsent ist („Sprechstunden-Modell“)

3) Das Gewerkschafts-Modell: Die Gewerkschaftsmitglieder unterstützen sich gegenseitig. (Member assistance programs MAP).

4) Modell der Berufsverbände: ähnelt von der Struktur dem MAP.

Die Autoren Klepsch, R. & Fuchs, R. (1998) listen folgende Elemente eines erfolgreichen EAP's auf:

- Dienst- oder Betriebsvereinbarung Sucht
- Grundlegende Dienstleistungen (Kompetente Information und Problemeinschätzung)
- Professionelle Berater
- Datenschutz
- Vermittlung von Dienstleistungen (Netzwerk)
- Angemessene örtliche Anbindung
- Finanzielle Unterstützung
- Unterstützung durch Gewerkschaften
- Unterstützung durch Führungskräfte
- Information der Mitarbeiter
- Zielgruppenspezifische Angebote
- Einhaltung gesetzlicher Rahmenbedingungen
- Evaluation und Qualitätskontrolle

### **Zur Ökonomie der Programme:**

Rummel, Rainer & Fuchs (2004) konnten belegen, dass sich die Investitionen für betriebliche Präventionsprogramme deutlich amortisieren. Es wird ein Return of Investment von 1:4 angenommen.

Interventions- und Präventionsprogramme lassen sich als ökonomisch bezeichnen. Beispielsweise führten EAP bei General Motors zur Reduktion von Ausfallzeiten um 40 % und zur Reduktion von Krankheits- und Unfallkosten von 60 %. Die Arbeitsunfälle wurden um 50 % verringert (Klepsch & Fuchs, 1998). Des weiteren berichten die Autoren von einer Studie des Oldsmobile-Programms, die eine 49 %ige Reduktion von Ausfallstunden, die 29 %ige Verminderung der Arbeitsunfähigkeitskosten und eine Senkung der Arbeitsunfähigkeitstage um 56 %.

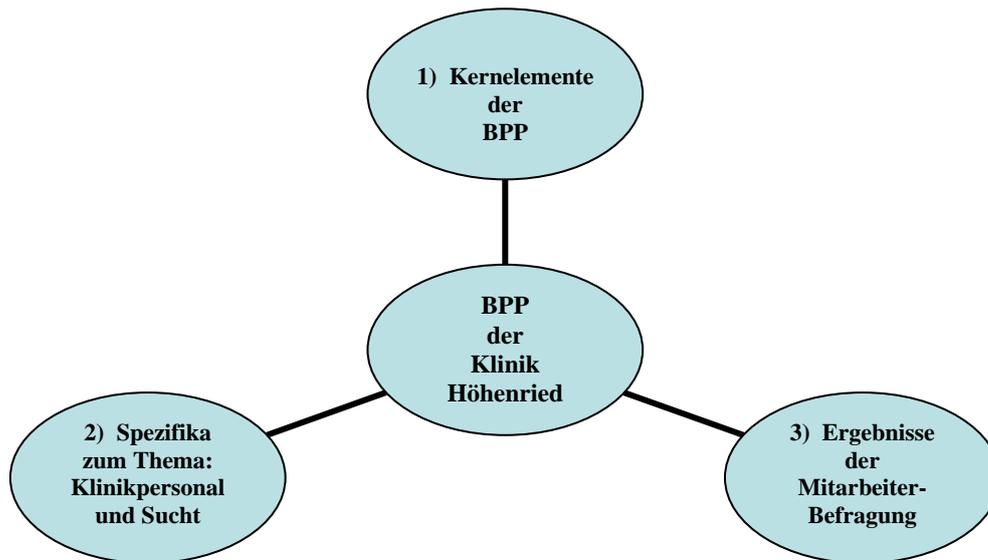
Fuchs (1992) weist kritisch darauf hin, dass insbesondere primärpräventive Maßnahmen, die vor allem prophylaktisch wirken sollten, in den Betrieben wenig Beachtung finden. Das könnte bedeuten, dass die Problematik des betrieblichen Alkoholismus immer noch relativ fest mit der Minorität der alkoholkranken Beschäftigten assoziiert wird. Die Majorität delegiert damit die Verantwortung an die Minorität.

Bellarbarba & Schnappauf (1996) stellen fest, dass eine kompetente Gesundheitsförderung im Klinikkontext signifikant positive Effekte auf das Gesundheitsverhalten der Arbeitnehmer bewirkt. Die Zusammenhänge definieren die Autoren als „gut belegt“.

Es wurden die von den Experten als grundlegende Kernelemente der betrieblichen Präventionsprogramme (BPP) dargestellt und beschrieben. Des weiteren wurden wichtige Aspekte der BPP dokumentiert.

Diese beschriebenen grundlegenden Strukturen werden durch die Erkenntnisse der Suchtprävention, speziell der Suchtprävention im Klinikkontext, modifiziert und unter Einbeziehung der Ergebnisse der vorliegenden Studie für die exakten Bedürfnisse der Klinik Höhenried konzipiert.

Dementsprechend basiert das noch zu konzipierende **betriebliche Präventions-Programm (BPP)** für die Klinik Höhenried auf 3 wesentlichen Quellen:



Das noch zu konzipierende betriebliche Präventionsprogramm für die Klinik Höhenried wird sich aus 3 Ressourcen entwickeln:

- 1) Die in der Fachliteratur beschriebenen und gut erprobten Kernelemente der betrieblichen Präventionsprogramme werden aufgegriffen.
- 2) Die zu berücksichtigenden Aspekte für die Umsetzung dieser Elemente in einen Klinikkontext werden berücksichtigt: Die Spezifika der Hilfsmaßnahmen für helfende Berufe sind gemeint (Kapitel 07.)
- 3) Die erhobenen Daten und Fakten, die im Rahmen der Mitarbeiterbefragung aufgedeckt wurden, bestimmen die maßgeblichen Schwerpunkte des Präventionsprogramms der Klinik Höhenried.

## **2 C: Der Untersuchungsgegenstand**

### **2.15. Die Klinik Höhenried**

Die Klinik verfügte zum Zeitpunkt der Datenerhebung (August 2004) über 410 Betten. Die Behandlungsschwerpunkte sind sowohl kardiologische und orthopädische Rehabilitation und Anschlussheilverfahren (AHB), als auch psychosomatische Heilverfahren.

Die Belegschaft der gesamten Klinik bestand zum Zeitpunkt der Datenerhebung aus insgesamt 301 Beschäftigten. Die Arbeitsbereiche im Klinikum sind: Ärzte, Fahrdienst, Gärtnerei, Hauswirtschaft, Küche / Diätassistentinnen, Pflegedienst, Physikalische Therapie, Psychologen, Schreibdienst, Sozialarbeit, Speisesaal / Service, Technischer Dienst / Werkstatt, Verwaltung / Betriebsrat. (Details siehe S. 128)

#### **Die Besonderheiten der Klinik Höhenried:**

Die Klinik Höhenried besteht seit 30 Jahren und ist in der Region ein wichtiger Wirtschaftsfaktor und Arbeitgeber. Ein Großteil der Mitarbeiter bewohnt klinikeigene, kostengünstigere Apartments, Wohnungen oder Häuser, z.T. auch auf dem Klinikgelände. Dementsprechend eng ist das psychosoziale Netzwerk Höhenried.

Ein wichtiger, zu berücksichtigende Aspekt, insbesondere auf Grund der Thematik der vorliegenden Studie, ist die Tatsache, dass der Frauenanteil der Beschäftigten der Klinik knapp 70 % beträgt (S. 131).

Ein weiteres signifikantes Element stellt der groß angelegte Umbau der Klinik dar. Von 2002 bis 2005 wurden etwa 75 % der Klinikgebäude (2 Häuser mit 7 Stationen, der Zentralbau mit Eingangsbereich und Behandlungsräumen) vollständig grunderneuert. In dieser langen Bau- und Umstrukturierungsphase wurden mehrmals Behandlungsorte und Arbeitsplätze gewechselt. Es gab zwischenzeitlich immer provisorische Lösungen. Es wurden in dieser Zeit etwa 80 neue Mitarbeiter eingestellt. Darüber hinaus wurden zahlreiche neue Behandlungsgeräte angeschafft und die Therapiesteuerung computerisiert.

Darüber hinaus veränderten sich die Behandlungsschwerpunkte. Bis Feb. 2003 war die kardiologische Rehabilitation der Behandlungsschwerpunkt (7 Stationen) die psychosomatischen Heilverfahren stellten eine Minorität dar (1 Station). Nach Fertigstellung einzelner Bauabschnitte und der Bereitstellung weiterer Stationen, kamen ab 2003 die orthopädische Rehabilitation und die

orthopädischen Anschlussheilverfahren als Behandlungsinhalte dazu. Ab Juli 2004 wurde die psychosomatische Rehabilitation ausgeweitet.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung verfügte die Orthopädie über ca. 125 Betten, die Psychosomatik über ca. 75 Betten und die Kardiologie über ca. 210 Betten.

Nach Beendigung der Bauphasen (Oktober 2005) sollten die drei Behandlungsschwerpunkte jeweils über ein Drittel der Gesamtbettenzahl verfügen.

Diese Dynamik stellte an alle Beschäftigten hohe Anforderungen. Die Integration vieler neuer Kollegen, neuer Arbeitsplätze, die Nutzung neuer Behandlungsgeräte und die verstärkte Nutzung des Computers stellen Belastungen dar, die zusätzlich zu den bislang vorhandenen Arbeitsstressoren hinzu kamen.

Diese Sachverhalte wurden im Design der Studie berücksichtigt. Z.B. durch die Befragung bzgl. der beruflichen Zufriedenheit und der psychischen und somatischen Beschwerden.

### **2.16. Die Beschäftigten der Klinik als Probanden - Die Stichprobe**

Die Probanden der vorliegenden Studie waren sämtliche Beschäftigte aller Berufsgruppen und sämtlicher Abteilungen des Klinikums, die sich wie folgt den verschiedenen Berufsgruppen zuordnen lassen. (Die Listen wurden mir freundlicherweise von der Verwaltung der Klinik Höhenried zur Verfügung gestellt. Es wurden verschiedene Berufsgruppen in den Listen z.T. unterschiedlich zusammengefasst. Beispielsweise differenzieren die Listen Gärtnerei, Technischer Dienst, Fahrdienst, während diese in einer anderen Liste (S. 130), unter dem Label Facility Management zusammengefasst sind. Die Unterschiede haben für die Studie keine Bedeutung.)

<b>Berufsgruppen</b>	<b>Anzahl der Beschäftigten</b>
Ärzte	31
Ärztlicher Schreibdienst	17
Fahrdienst	10
Gärtnerei	8
Hauswirtschaft	32
Küche / Diätassistentinnen	20
Pflegedienst	61
Physikalische Therapie	47
Psychologen	8
Sozialarbeit	3
Speisesaal / Service	23
Technischer Dienst / Werkstatt	12
Verwaltung / Betriebsrat	29
<b>Summe</b>	<b>301</b>

Tabelle 2.22

Aus den 2 folgenden Tabellen (2.23 und 2.24.) wird ersichtlich, dass fast exakt 50 % der Beschäftigten einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt haben und 50 % einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt.

Berufsgruppe ohne Patientenkontakt	Anzahl der Beschäftigten
Technischer Dienst / Werkstatt	12
Fahrdienst / Haus + Hof	10
Küche	20
Verwaltung / Betriebsrat	29
Gärtnerei	8
Ärztlicher Schreibdienst	17
Hauswirtschaft	32
Speisesaal	23
<b>Summe</b>	<b>151</b>

Tabelle 2.23

Berufsgruppe mit Pat-Kontakt	Anzahl der Beschäftigten
Sozialarbeiter	3
Pflegedienst	61
Ärzte	31
Physikalische Therapie	47
Psychologen	(9)8
<b>Summe</b>	<b>150</b>

Tabelle 2.24.

<b>Gesamtsumme</b>	<b>301</b>
--------------------	------------

Es folgt eine Aufstellung der Arbeitsunfähigkeitstage (AU – Tage) für die einzelnen Berufsgruppen (Tabelle 2.25.) für das Jahr 2003. Das Ausmaß des arbeitsplatzspezifischen Krankenstandes dient für die Studie als Indiz für das Ausmaß der Arbeitsbelastungen.

Arbeitsplatz		Mittelwerte AU-Tage	Mittelwerte AU-Tage 2003
<b>Mit</b> Patienten- Kontakt	Ärzte	11,0	<b>m = 14,25</b> <b>(s = 6,22)</b>
	Psychologen	4,9	
	Therapie	17,6	
	Pflege	21,8	
	Diagnostik	11,5	
	Empfang	18,7	
<b>Ohne</b> Patienten- Kontakt	Schreibdienst	5,9	<b>m =14,28</b> <b>(s = 9,83)</b>
	Küche	10,0	
	Hauswirtschaft	19,0	
	Verwaltung	7,2	
	Facility Managem.	29,3	

Tabelle 2.25.

Die Kategorie *mit* / *ohne* Patientenkontakt zeigte keine signifikanten Differenzen:

Die Beschäftigten *mit* Patientenkontakt hatten 2003 durchschnittlich 14,25 AU-Tage.

Die Beschäftigten *ohne* Patientenkontakt hatten 2003 durchschnittlich 14,28 AU-Tage.

Die Rangplätze der Arbeitsplätze in Relation zum Krankenstand werden in der Tabelle 2.26 ersichtlich.

Krankenstand	Arbeitsplatz	AU-Tage 2003
Sehr hoher Krankenstand	Facility Management	29,3
Hoher Krankenstand	Pflegedienst	21,8
	Hauswirtschaft	19,0
	Empfang	18,7
	Therapie	17,6
Mittlerer Krankenstand	Diagnostik	11,5
	Ärzte	11,0
	Küche	10,0
Geringer Krankenstand	Verwaltung	7,2
	Schreibdienst	5,9
	Psychologen	4,9

Tabelle 2.26.

Die Tabelle 2.26. verdeutlicht eine sehr große, berufsgruppenspezifische Varianz bzgl. der AU-Tage. Die höchste Zahl der AU-Tagen findet sich unter der Bezeichnung Facility Management (Technischer Dienst, Werkstatt, Fahrdienst, Haus- und Hofdienst), die Arbeitnehmer dieser Berufsgruppen sind pro Jahr durchschnittlich 29,3 Tage arbeitsunfähig.

Der Pflegedienst ist mit 21,8 AU-Tagen pro Jahr in der Tabelle 3.5. auf Platz 2 aufgeführt.

Die Tabelle 2.27. dokumentiert die Altersverteilung der 301 Beschäftigten:

Altersrange in Jahren	Anzahl der Beschäftigten	Relative Verteilung
bis 30	27	9,0 %
31 – 40	68	22,6 %
41 – 50	96	31,9 %
51 – 60	93	30,9 %
61 und älter	17	5,6 %
<b>Summe</b>	<b>301 Beschäftigte</b>	<b>100 %</b>

Tabelle 2.27.

Die jüngeren (bis 30 Jahre) und die älteren (ab 61 Jahren) Beschäftigten gehören in der Klinik zu den Randgruppen (9 % und 5,6 %), sie sind im Verhältnis zu den mittleren Altersgruppen weniger vertreten.

Am stärksten sind die 2 Altersgruppen 41-50 Jahre (31,9 %) und 51-60 Jahre (30,9 %) vertreten. Die 31-40 Jährigen sind zu 22,6 % in der Belegschaft vertreten. Das berechnete Durchschnittsalter der Beschäftigten liegt bei 48 Jahren.

Eine wesentliche Besonderheit der Klinik Höhenried ist der relativ hohe Anteil des weiblichen Personals. Diese Tatsache ist auf Grund des Themenschwerpunktes (Alkoholkonsum) von Bedeutung, da in dem Kontext signifikante Geschlechterunterschiede zu erwarten sind (siehe Kapitel 2.2.).

<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl der Beschäftigten</b>	<b>Prozent</b>
Männlich	92	30,6 %
Weiblich	209	69,4 %
<b>Gesamt</b>	<b>301</b>	<b>100</b>

Tabelle 2.28.

Die Tabelle 2.28. verdeutlicht, dass das Klinikpersonal aus 69,4 % Frauen und 30,6 % Männern besteht.

In der folgenden Tabelle 2.29. wird die Geschlechterverteilung zgl. des Arbeitsplatzes dokumentiert:

<b>Arbeitsplatz</b>	<b>Männer</b>		<b>Frauen</b>		<b>Summe</b>	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Mit Patientenkontakt</b>	44	<b>47,8 %</b>	106	<b>50,7 %</b>	150	<b>49,8 %</b>
<b>Ohne Patientenkontakt</b>	48	<b>52,2 %</b>	103	<b>49,3 %</b>	151	<b>50,2 %</b>
Summe	92	100 %	209	100 %	301	100 %

Tabelle 2.29.

Die Tabelle 2.29. verdeutlicht, dass es keine signifikanten Differenzen bzgl. der Arbeitsplätze und der Geschlechterverteilung gibt.

Männer und Frauen arbeiten also, relativ zur Gesamtzahl ihrer Geschlechtsgenossen, gleich oft *mit* und *ohne* Patientenkontakt.

## **2.17. Suchtmittel im Klinikalltag - Erfahrungswerte**

### **Exkurs: Den Helfern helfen**

Die Autorinnen Rummel, M. & Bellabarba, J. (1998) merken kritisch an, dass es kaum vergleichbare andere betriebliche Arbeitsumwelten gibt, in denen der Substanzkonsum für die Arbeitnehmer so nahe liegen ist, wie der Klinikkontext.

Die Autorinnen unterstreichen, dass sich die Behandler, trotz Fachkompetenz, nicht selber helfen können und dass es ihnen besonders schwerfällt, Hilfsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

In diesem Zusammenhang wird die Tatsache wieder einmal mehr verdeutlicht, dass das relevante Wissen keine protektiven Effekte besitzt. Es bestehen sogar Befunde (Loevenich et al., 1996), die zeigen konnten, dass insbesondere die Behandler hoch gefährdet sind.

Das Ausmaß der Gefährdung scheint deutlich über dem der Durchschnittsbevölkerung zu liegen und wird von Experten (Loevenich et al., 1996) auf das 30 bis 100fache Risiko taxiert. (!)

Insbesondere die spezifischen Arbeitsbelastungen können als suchtfördernde Indizien interpretiert werden (Rummel & Bellabarba, 1998). Die Autoren (Loevenich et al., 1996; Rummel & Bellabarba,

1998) betonen die psychischen und somatischen Beschwerden als häufige Symptome für das Medizinalpersonal.

Die Thematisierung der Alkoholproblematik ist, nach Meinung vieler Experten (Rummel, Rainer & Fuchs, 2004), insbesondere im Krankenhaus- und Klinikkontext erschwert. Menschen in helfenden Berufen sind oftmals in besonderem Maße belastet. Einerseits lastet die Verantwortung für andere Menschen auf sie, andererseits wird von ihnen ein besonders vorbildhaftes, ethisch-moralisches und gesundheitsbewusstes Verhalten erwartet. Das Eingeständnis einer Suchterkrankung ist für diese Berufsgruppe besonders schwer.

### **Die Erfahrungswerte:**

Die Arbeitsabläufe des Suchtbeauftragten geschehen in Kooperation mit den auffälligen Suchtmittelkonsumenten, den indirekt betroffenen Mitarbeitern (oftmals Ko-Abhängige), der Betriebsärztin, den Abteilungsleitern und den Damen und Herren des Betriebsrats und der Geschäftsführung.

Auf Grund der mehr als zweieinhalbjährigen Tätigkeit als Suchtbeauftragter in dem beschriebenen Netzwerk, besteht ein relativ guter quantitativer und qualitativer Überblick über die Stichprobe der Studie. (Wie gut die Einschätzung wirklich ist, sollte die vorliegende Studie klären.)

### **Verfügbarkeit und Alkoholverbot**

Die seit Januar 2002 offiziell als Abmahnung aufgetretenen Probleme mit Suchtmitteln bezogen sich ausschließlich auf alkoholische Getränke. Dementsprechend besteht seit Mai 2004, in Absprache zwischen Geschäftsleitung, Betriebsrat und Suchtbeauftragten ein generelles Alkoholverbot in der Klinik. Die Hintergründe für das allgemeine Verbot waren die Fürsorge für alkoholgefährdete Mitarbeiter, die Arbeitssicherheit und versicherungsrechtliche Gründe. Betriebswirtschaftliche Gründe, z.B. die Reduzierung von Folgekosten, die im Kontext von Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz entstehen, wurden bei den Überlegungen, die sich auf das Verbot bezogen, nicht angeführt. (Siehe dazu auch Kapitel 2.11.)

Eine alkoholfreie Getränkealternative ist kostenlos jederzeit erhältlich (Mineralwasser). Die Klinik verfügt über einen Kiosk, in dem Fruchtsäfte, Limonaden, Kaffee, Tee, etc zu moderaten Preisen verkauft werden. Die Getränkeautomaten, die in erster Linie für die Patienten angebracht wurden, sind natürlich auch für die Beschäftigten zugänglich. Dort ist nach wie vor, neben Kaffee, Tee und Säften auch alkoholfreies Bier und Weißbier light (1,5 %) im Angebot. (Die alkoholreduzierten Biere werden 2005 aus dem Angebot genommen.)

Die Reduktion der Verfügbarkeit hilft nicht in erster Linie den Abhängigen, die ihren Konsum in jedem Fall praktizieren, sondern eher der größeren Zahl der Betroffenen, die Substanzmissbrauch betreiben und an der Grenze zur manifesten Abhängigkeit stehen (IGM, 2001)

Janes & Ames (1993) konnten beweisen, dass ein bestehendes Alkoholangebot auch verstärkt genutzt wird. Die Verfügbarkeit steigerte den Konsum. Dementsprechend reduziert eine fehlende Verfügbarkeit den Konsum.

Das DIFA FORUM e.V. (1997) veröffentlichte eine Studie, die belegen konnte, dass von 98 deutschen Großbetrieben etwa 30 % über ein Alkoholverbot im Betrieb verfügen und in ungefähr gleicher Größenordnung ein Alkoholausschank in der Kantine stattfindet.

Der missbräuchliche Konsum von Medikamenten in der Klinik Höhenried wurde bislang zwar in vertraulichen Gesprächen (gelegentlich) thematisiert, führte bislang aber noch zu keinerlei offiziellen Sanktionen. Im Klinikkontext erscheint Alkohol als Suchtmittel erheblich offensichtlicher zu sein und dominanter im Vordergrund zu stehen als der missbräuchliche oder süchtige Konsum von Medikamenten oder anderer Drogen.

Dementsprechend steht auch für diese Studie der Alkohol als Suchtmittel im Vordergrund.

Die Zahl der auffälligen Alkoholkonsumenten beläuft sich auf 15 von den insgesamt 301 Beschäftigten des Klinikums. Das entspricht einem Relativwert von etwa 5 %. Diese Beschäftigten weisen 3 oder mehr der von den Klassifikationssystem (ICD-10) geforderten Symptome, über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr, auf. (Details zur Diagnostik im Kapitel 2.1.).

Diese Personengruppe (9 Männer, 6 Frauen) erhielt entweder bereits eine Abmahnung wegen unterschiedlicher Folgen des Alkoholkonsums, z.B. Leistungsnachlass, unentschuldigtes Fernbleiben vom Arbeitsplatz oder wurde vom jeweiligen Abteilungsleiter zu einem Gespräch bei dem Suchtbeauftragten geordert. Spätestens durch die offizielle Abmahnung trat die Dienstvereinbarung „Sucht“ in Kraft (S. 136 und Anhang S. 281).

Die alkoholauffälligen Betroffenen sind keiner speziellen Berufsgruppe zuzuordnen, sie verteilen sich über sämtliche Abteilungen. Der Altersrange variiert zwischen 40 bis 60 Jahren.

Im Rahmen der Beratungsgespräche zwischen dem alkoholauffälligen Mitarbeiter und dem Suchtbeauftragten (SB) wurden gemäß der „Dienstvereinbarung Sucht“, die konkreten nächsten Schritte thematisiert, die es dem Betroffenen ermöglicht, seinen Arbeitsplatz zu sichern. D.h. welche konkreten Leistungen (Nüchternheit, Leistungsbereitschaft und / oder gegebenenfalls Nachweis bzgl. einer Alkoholentwöhnungstherapie) vom betroffenen Arbeitnehmer erwartet wurden.

Da die Tätigkeiten des SB rein beratender Natur sind, wurden keine therapeutischen Interventionen vorgenommen.

Bislang (seit 2002) kam es nur zu einer alkoholbedingten Kündigung. Die genannte Kündigung wurde erst ausgesprochen, nachdem sämtliche Schritte der Dienstvereinbarung (siehe Anhang) durchlaufen wurden und der Betroffene keine Verhaltensänderung zeigen konnte.

Die Situation entspricht der Sichtung der „Spitze des Eisberges“. Die Zahl der bislang offiziell unauffälligen Alkoholkonsumenten, die evtl. Substanzmissbrauch betreiben oder gar alkoholabhängig sind, dieses aber gut tarnen bzw. kompensieren können, ist weitgehend unbekannt.

Eine Klassifizierung oder Dichotomisierung der Beschäftigten in die pathologische bzw. in die nicht pathologische Kategorie ist eine unproduktive Eingrenzung.

In Bezug auf die Leistungsfähigkeit, die Arbeitssicherheit und Qualitätssicherung muss das gesamte Spektrum des Alkoholkonsums betrachtet werden. Nur die alkoholsüchtigen Mitarbeiter identifizieren zu wollen entspräche der Suche nach der Spitze des Eisberges während der erheblich größere Anteil der Arbeitnehmer, die „nur“ Alkoholmissbrauch betreiben unberücksichtigt bleiben würde.

Der Deutsche Verkehrssicherheitsrat schätzt, dass etwa 50% der Berufstätigen gelegentlich Alkohol am Arbeitsplatz konsumieren.

Dementsprechend liegt der Schwerpunkt dieser Studie bei der Erfassung des vorhandenen Alkoholkonsums und nicht bei der Identifikation von einzelnen Alkoholkranken.

Auf dieser Basis, des quasi „gewachsenen“ Überblicks, entwickelten sich die Fragestellungen und die Hypothesenbildungen der vorliegenden Studie.

## **2.18. Aktueller Stand der Alkoholismusprävention in der Klinik**

Die Funktion des Suchtbeauftragten der Klinik Höhenried besteht seit Anfang 2002. In den folgenden 2 Jahren wurden relativ schnell einige wesentliche Strukturen entwickelt, um die vorhandene Situation zu entlasten. Dies geschah bislang ohne wissenschaftlich fundierte Evaluation der gesundheitlichen und suchtbefugten Verfassung aller Beschäftigten.

Die Autoren Klepsch & Fuchs (1998) beschreiben unterschiedliche Employee Assistance Programms (EAP's), u.a ein EAP, das als ein prototypisches EAP definiert wird, dessen Konzept etwa 70 % der EAP's folgen (Roman, 1988):

- Ein betriebsinterner Fachmann steht als Ansprechpartner zur Verfügung
- Zur weiteren Therapie werden Mitarbeiter an externe Einrichtungen verwiesen
- Es besteht eine suchtspezifische Betriebsvereinbarung

- Es wurden Führungskräfte für den Umgang mit Alkoholauffälligen geschult
- Die gesamte Belegschaft wurde über Interventionsprogramme informiert
- Es bestehen für alle bekannte Ansprechpartner
- Es besteht eine Regelung bzgl. von Behandlungskosten

Die bislang konstruierten Hilfsmaßnahmen, die haltgebenden Strukturen und Interventionen, die für die Klinik Höhenried entwickelt wurden, entsprechen den Merkmalen dieses beschriebenen Employee Assistance Programs.

Damit verfügte die Klinik nach ca. 2 Jahren über ein Hilfssystem, welches zu einer Verbesserung der personalpolitischen Handlungsalternativen im Falle einer alkoholbedingten Auffälligkeit führte.

Die Transparenz für die Konsequenzen und den Ablauf von alkoholbedingten Problemen wurde für alle Arbeitnehmer deutlicher. Darüber hinaus wurde von allen Beschäftigten bemerkt, dass die Klinikleitung das Thema Gesundheit und Suchtmittelkonsum ihrer Angestellten fokussierte.

Es bestanden aber zwei deutliche Defizite:

Erstens arbeitete das Programm hauptsächlich reaktiv und weniger präventiv.

Zweitens existierte keinerlei Datenmaterial, welches Aufschlüsse über die gesundheitlichen und suchtbefindlichen Störungen aller Beschäftigten zuließ. Konkret bedeutete dies, dass es keine Angaben über die Anzahl der Suchtmittelrisikokonsumenten gab und bislang keinerlei präventive Bemühungen unternommen wurden.

## **2.19. Der Suchtbeauftragte**

Seit Januar 2002 ist der Versuchsleiter der vorliegenden Studie für die LVA (Oberbayern), speziell für die Klinik Höhenried in Bernried am Starnberger See, als Suchtbeauftragter beschäftigt.

Die Tätigkeit als Suchtbeauftragter (SB) ist eine ausschließlich beratende und unabhängige Funktion. Sie kann von allen Beschäftigten in Anspruch genommen werden, die Fragen bzgl. des Suchtmittelkonsums in betrieblichen Alltagssituationen haben, Konflikte und / oder Unsicherheiten im Umgang mit suchtmittelgefährdeten Arbeitskollegen haben, oder selber Suchtmittel gefährdet sind, bzw. süchtigen Konsum eingestehen.

Darüber hinaus wird der Suchtbeauftragte von Beschäftigten konsultiert, die eine offizielle Abmahnung auf Grund von Suchtmittelkonsum und deren negative Auswirkungen auf die Arbeitsleistung erhalten haben. Die Tätigkeit des SB ist vertraulich und ausschließlich beratend, es werden keine Entzugs- und / oder Suchttherapien durchgeführt. Es werden keinerlei Diagnosen gestellt. Die Betroffenen erhalten vom SB detaillierte Information über die notwendigen nächsten Schritte, insbesondere bzgl. der zu erwartenden Sanktionen durch den Arbeitgeber, die vom

Betroffenen erwarteten Leistungen und Verhaltensmodifikationen und über die regionalen Hilfsangebote. Der gesamte Ablauf ist in der Dienstvereinbarung zwischen dem Betriebsrat und der Geschäftsführung festgelegt.

Die Gesprächsmöglichkeiten, die der Suchtbeauftragte zur Verfügung stellte, wurden (seit 2002) von fast 20 % der gesamten Belegschaft genutzt. Die Majorität der Mitarbeiter thematisierte aber eher koabhängige Schwierigkeiten im Betrieb oder in der Familie, es wurden aber auch suchtspezifische betriebsinterne Probleme und Konflikte angesprochen.

Direkt Betroffene, d.h. Beschäftigte mit missbräuchlichem oder abhängigen Suchtmittelkonsum suchten die Beratung erst nach dem Erhalt einer Abmahnung auf.

Koabhängige suchen die Beratung deutlich eher als Abhängige.

**Anmerkung:** Die allgemeine Gesprächsbereitschaft sicherte dem Suchtbeauftragten sukzessive eine Vertrauensposition im Betrieb, die sich für die Durchführung der geplanten Studie (Mitarbeiterbefragung) als sehr hilfreich herausstellte.

## **2.20. Die Dienstvereinbarung**

Seit den 70er Jahren bestehen in deutschen Unternehmen Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen bzgl. Suchtmittelkonsum (Wienemann, 2000).

### **Die Dienstvereinbarung der Klinik**

Falls ein Beschäftigter suchtspezifische Auffälligkeiten zeigt, sollte eine standardisierte Verfahrensweise einsetzen, die in einer seit 1. November 2000 bestehenden Dienstvereinbarung (DA) (siehe Anhang) festgelegt ist. Die DA beschreibt eine fünfstufige Verhaltensvorgabe, die eine konsequente, strukturierte und für alle Beteiligten (für den Suchtmittelauffälligen, den Vertreter des Betriebsrates, dem Vertreter der Geschäftsführung, dem Vorgesetzten, der betroffenen Kollegen und dem Suchtbeauftragten) transparente Vorgehensweise im Falle von suchtmittelbezogenen Auffälligkeiten, vorgibt.

So logisch und notwendig dieser geschilderte, formale Ablauf auch ist, so idealtypisch ist er auch. Der schwierigste Schritt, ist dabei immer der erste, d.h., die Offenlegung und damit die erste Konfrontation des Vorgesetzten oder der Kollegen mit dem Betroffenen. Die notwendigen richtigen Schritte im richtigen Moment zu unternehmen, und sich nicht koabhängig zu verhalten, ist ein wesentlicher Aspekt in den bereits durchgeführten Informationsgesprächen mit den Abteilungsleitern. Eine falschverstandene Loyalität mit den betroffenen Arbeitskollegen steht dabei immer im Mittelpunkt der

interpersonalen Konflikte. Hier offenbaren sich u.a. auch die negativen Seiten der gesellschaftlichen Trinkkulturen. (Ausführungen dazu im Kapitel 2.3. und 2.13.)

DIFA FORUM e. V (1997) konnte belegen, dass in 41,8 % der untersuchten deutschen Großbetriebe eine Betriebsvereinbarung / Dienstvereinbarung zum Alkohol im Betrieb besteht. Weis & Heublein (1991) beziffern das Vorhandensein von Betriebsvereinbarungen / Dienstvereinbarungen in Deutschland auf 49 % der Betriebe. Hölz et al. (1994) beziffert dagegen nur 13 %.

### **2.21. Das Genehmigungsverfahren für die Studie**

Um die gesamte Belegschaft der Klinik per Fragebogen zu evaluieren, war das Einverständnis und die Unterstützung der Damen und Herren der Geschäftsführung und des Betriebsrates notwendig.

Der Umgang mit dem Thema Alkoholkonsum (am Arbeitsplatz) ist in der Regel durch psychische Abwehrreaktionen, wie z.B. Verdrängung und Verleugnung gekennzeichnet, die sich u.a. durch mangelnde Kooperation und / oder Bagatellisierung offenbaren. So konnten Studien, wie z.B. die DIFA Studie, die per Fragebogen den Alkoholkonsum im öffentlichen Dienst abfragen wollte, auf Grund der mangelnden Resonanz, nicht ausgewertet werden.

Für die erste Hürde der vorliegenden Studie, die Genehmigung durch den Betriebsrat und die Geschäftsführung, wurde eine positive Resonanz erwartet, da der Versuchsleiter kein externer, unbekannter Forscher war, sondern den Verantwortlichen seit Jahren gut bekannt ist.

Die Beschreibung des Vorhabens und die Wünsche für die Umsetzung fanden eine einstimmige, uneingeschränkte Zustimmung und Unterstützung von allen Verantwortlichen.

Es gab vom Betriebsrat die Auflage, dass die Daten der Untersuchung anonym bleiben, d.h. im Klinikum nicht veröffentlicht werden.

### **2.22. Vorbereitung der Stichprobe**

Im Rahmen einer Betriebsvollversammlung am 23. Juni 2004, bei der etwa 130 Beschäftigte (von insgesamt 301) aus sämtlichen Abteilungen und aus allen Berufsgruppen der Klinik anwesend waren, erhielt der Versuchsleiter die Möglichkeit die geplante Studie darzustellen und Motivationsarbeit für die Kooperation zu leisten.

Ein Aspekt von zentraler Bedeutung für die Aussagekraft der Befragung war es, den Beschäftigten glaubhaft ihre Anonymität zu versichern und an das gegenseitige Vertrauen zu appellieren. Die Ausführungen wurden von den Mitarbeitern sehr wohlwollend aufgenommen. Es wurden lediglich Nachfragen zum Umfang des Fragebogens gestellt.

Der Geschäftsführer und die vorsitzende Betriebsrätin haben, nachdem das Projekt vorgestellt wurde, vor der gesamten Belegschaft ihre Zustimmung und Unterstützung zugesagt und ebenfalls für die Kooperation geworben.

## **3. Methodik**

### **Die Studie**

Der Schwerpunkt der vorliegenden Studie bezieht sich auf die Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum im betrieblichen Kontext einer Rehabilitationsklinik vor der Implementierung eines wissenschaftlich fundierten Präventions- und Interventionsprogramms.

Die Evaluationsstudie diente also im ersten Schritt der Analyse des aktuellen Zustandes der Klinikbelegschaft, bzgl. unterschiedlicher Merkmale (Alkohol-, Nikotin- und Tablettenkonsum, psychischer und physischer Beschwerden, etc.) Diese Ist-Analyse sollte u.a. das Fundament für das im zweiten Schritt zu implementierende Präventionsprogramm darstellen.

Eine Evaluation bzgl. der Konsumgewohnheiten von Suchtmitteln (Alkohol-, Nikotin- und Tablettenkonsum) wurde bislang in der Stichprobe noch nicht durchgeführt.

### **3.1. Das Grundkonzept**

Einerseits bestand das Anliegen und die Notwendigkeit, den gegenwärtigen Status Quo des Suchtmittelkonsums der Beschäftigten der Klinik zu evaluieren, andererseits sollte die Datenerhebung der geplanten Entwicklung eines betrieblichen Präventionsprogramms als Grundlage dienen

Dementsprechend wird in der vorliegenden Studie sowohl der Alkoholkonsum von 301 Beschäftigten einer Reha-Klinik, als auch folgende, weitere Variablen evaluiert: Nikotinkonsum, psychische und somatische Beschwerden (u.a.: unterschiedliche Schmerzempfindungen, psychovegetative Symptome, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Depressionen, Ängste, Konzentrationsprobleme, Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit, etc.). Des Weiteren Kooperationsbereitschaft und Offenheit, Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich), Medikamentenkonsum, Essstörungen, Therapiewunsch, soziale Integration, Arbeitsplatz und soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand).

(Screening-Instrumente s.u., in Kapitel 3.5.)

Diese Variablen werden, gemäß den Hypothesen (s.u., in Kapitel 3.3.) getestet und statistisch ausgewertet, um Häufigkeiten, Relativdaten (Prozentwerte), Mittelwerte, Korrelationen, Profile und Cluster aufzudecken.

Um der Komplexität des Phänomens -Alkohol im Betrieb- gerecht zu werden, wurden in der vorliegenden Studie zahlreiche relevante Variablen (s.o.) einbezogen.

Dies geschieht im Hinblick auf die Konzeption eines speziell für die Klinik zu entwickelnden Alkoholpräventionsprogramms.

### **3.2. Thematischer Hintergrund**

In Relation zu vergleichbaren Dissertationen (s.u. im nächsten Absatz), wird die vorliegende Studie erheblich differenzierter und umfangreicher die relevanten Variablen zum Thema -Alkohol im Betrieb- berücksichtigen, erheben und berechnen, und damit die Datenbasis für die Konzeption eines betrieblichen Alkoholpräventionsprogramms schaffen.

Die Erhebung von suchtrelevanten Daten, speziell im Klinikkontext, wird von Experten heute als ein schwieriges Projekt interpretiert (Fuchs, Rainer & Rummel, 1998). Die Autorinnen Rummel & Bellabarba (1998) schreiben: „Für die Bundesrepublik Deutschland existiert nur rudimentäres Datenmaterial für die Verbreitung von Suchtkrankheiten in medizinischen Berufen...“ Und das „...exakte Daten noch fehlen...“ Die Autorinnen stellen des weiteren fest, dass es im klinischen Arbeitsumfeld bislang nur eine geringe Zahl von Präventionsprojekten gibt. Insbesondere sei auffällig, dass die vorhandenen Projekte und Studien, die im Klinikkontext durchgeführt wurden und gesundheitsbezogene Themen evaluierten, speziell das Thema Sucht ignorierten.

Rummel & Bellabarba (1998) schreiben, dass ihnen keinerlei Mitarbeiterbefragungen im Klinikkontext zu den Themen Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum bekannt sei.

Prof. Wichard Puls kam in seiner Habilitationsschrift (2003) mit der Thematik -Arbeitsbedingungen und Alkoholkonsum- zum gleichen Schluss, dass nämlich die Implementierung von Präventionsprogrammen hauptsächlich auf Grund von spektakulären Einzelschicksalen und Entlassungen zustande kommen und nicht auf der Basis einer fundierten Ist-Analyse des Gesundheitsstatus der Beschäftigten.

Puls stellt weiter fest, dass vor einer Implementierung von Präventionsprogrammen kaum Evaluationsstudien durchgeführt wurden. Es werden zwar häufig Mitarbeiterbefragungen, als Teil des Personalmanagements oder als Studie zum Status-Quo durchgeführt, diese führen aber nicht zu entsprechenden Konsequenzen (Interventionsprogrammen). Und die vorhandenen Präventionsprogramme wurden, so bemerkt Puls (2003), ohne vorherige Evaluation implementiert.

Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die von den Autoren (Rummel & Bellabarba, 1998) beschriebenen Forschungsdefiziten, indem eine (schriftliche) Mitarbeiterbefragung zum Substanzkonsum durchgeführt wurde. Darüber hinaus versucht die vorliegende Studie die von Puls (2003) beschriebene Lücke zu füllen, in dem sie die Mitarbeiterbefragung mit der Konzeption eines, auf den erhobenen Daten basierenden, Alkoholpräventionsprogramms verbindet.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Studie liegt in der Ist-Analyse. Die Konzeption und das Design des Präventivprogramms wird ebenfalls im Rahmen dieser Studie vorgestellt. Die über einige Jahre hinweg geplanten, langfristigen Entwicklungsschritte zur Ausreifung und Integration des Präventionsprogramms in das Klinikgefüge werden nicht mehr Bestandteil dieser Studie sein, sondern den Inhalt neuer Studien bilden.

Puls (2003) veröffentlichte u.a. Studien, die den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Stressoren am Arbeitsplatz evaluierten.

Puls kam zum Ergebnis, dass es eine Reihe vermittelnden Faktoren gibt: z.B. Depressivität, Distanzierungsunfähigkeit, Vermeidungsverhalten, Anforderungen, Bedrohung am Arbeitsplatz

Ein weiteres interessantes Ergebnis ist die Tatsache, dass Stress eher zu Somatisierungen als gesteigertem Alkoholkonsum führt (Puls 2003, aber auch repräsentative Studie von Born 1984 a + b)

Weitere wissenschaftliche Studien zum Thema Alkoholkonsum im betrieblichen Kontext wurden von Ißler, E.S. (2003), Schlegel, U.S. (2004) und Knäbel, H. (1990) veröffentlicht. In den Studien von Ißler und Schlegel wurden (n=148 und n=91) Alkoholranke zu ihren Arbeitsbedingungen befragt.

Die Studie von Knäbel (1990) beinhaltet eine Befragung von 82 KrankenhausbetriebsärztInnen zum Substanzmissbrauch im Betrieb.

Schulz M., Töpfer M., Behrens J. et al. (2004) untersuchen in einer Studie das Rauchverhalten von Mitarbeitern (und Patienten) der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses in Bielefeld. Eine Transparenzstudie, die den Ist-Zustand erhebt, aber zu keinen Konsequenzen (z.B: Präventiv- oder Interventionsprogramm) führte.

Die DIFA - Studie (1997) (Deutsche Initiative zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit alkoholischen Getränken) unter Leitung von Prof. Bergmann, Pforzheim, befragte die ca. 250 größten deutschen Unternehmen und ca. 230 kleine und mittelständische Unternehmen (aus der Alkoholproduktion) bzgl. ihrer Präventionsprogramme. Die Studie zeigt relativ überschaubare Ergebnisse zum Status-Quo der Präventionsprogramme in Deutschland (Details S. 115 f.).

Auch die DIFA-Studie kommt zu dem Fazit, dass die bestehenden Präventionsprogramme ohne vorausgegangene Evaluation des Ist-Zustandes, implementiert wurden.

Gröben, F & Szibor, D. (2000) beschreiben eine repräsentative Transparenzstudie zur betrieblichen Gesundheitsförderung und –schutz, die der Bundesverband der Unfallkassen e. V. im Bereich der öffentlichen Verwaltung in der Länder Hessen und Thüringen 1999/2000 durchführte. Die Transparenzstudie konzentrierte sich auf die 3 Schwerpunkte: Analyse des Status Quo, Problemanalyse und Analyse der Perspektiven. Die sehr umfangreiche repräsentative Stichprobe bestand aus ursprünglich 569 Dienststellen. Die Datenerhebung richtete sich an die Führungskräfte der Dienststellen, sie erfolgte entweder durch ein telefonisches Kurzinterview von etwa zehnminütiger Dauer bzw. mittels schriftlicher Befragung.

**Ergebnisse:** Von den 569 Dienststellen zeigten sich 356 (= 62,6%) kooperativ. In den Dienststellen, die an der Studie teilnahmen waren 178.294 Personen beschäftigt.

Die Autoren stellen fest, „dass der Umsetzungsstand der gesetzlichen Vorgaben zur Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsbedingungen auch in der öffentlichen Verwaltung noch völlig unbefriedigend bleibt.“

Insbesondere wurde aufgedeckt, dass es, trotz Kenntnisse des neuen Arbeitsschutzgesetzes, in etwa 40% der untersuchten Einrichtungen keine Analyse der Arbeitsbedingungen gibt. Falls Analysen vorliegen, werden nur von 25% der Dienststellen die psychischen Stressoren einbezogen.

Besonders bezeichnend ist die Tatsache, dass weniger als 2 % der Dienststellen über ein qualitativ gutes Niveau der Gesundheitsförderung verfügen.

Dem gegenüber steht ein Beratungs- und Handlungsbedarf, den 45,5 % der Dienststellen anmelden.

Ein wichtiger Faktor war die Betriebsgröße: Bei kleineren und mittleren Einrichtungen sind die notwendigen Strukturen, die für eine qualifizierte Durchführung von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen unabkömmlich sind sehr unzureichend. Es ist anzumerken, dass die Defizite insbesondere bzgl. der verhaltensorientierten Maßnahmen zu sehen sind.

In etwa 66% der Betriebe bestehen gute Weiterbildungsstrukturen bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung. Die Autoren nennen die Interventionen „in der Reihenfolge ihrer Bedeutung das Kommunikationstraining, die Konfliktbewältigungsseminare, Umgang mit Gefahrstoffen, Seminare zu Teamwork, Führungskräfte-seminare zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Seminare zum Übergang in den Ruhestand und die Bewältigung von Schichtarbeit.“

### **3.3. Die Hypothesen**

Auf der Basis der im Theorieteil aufgeführten Fakten und Daten und unter Einbeziehung von gut abgewogenen Erfahrungswerten wurden folgende 22 Hypothesen für die vorliegende Studie entwickelt:

#### **H0-Hypothesen zur Testung der Kooperationsbereitschaft:**

H0-1: Die **Kooperationsbereitschaft** (gemessen an der Ausschöpfungsquote) der Beschäftigten der Klinik Höhenried entspricht den Werten von vergleichbaren Studien.

H0-2: Die **Kooperationsbereitschaft** ist unabhängig vom Geschlecht, Alter und Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt).

#### **H0-Hypothesen zur Testung der Häufigkeiten:**

(→ H0-3 ist die zentrale Hypothese der vorliegenden Studie)

**H0-3:** Der Alkoholkonsum der Beschäftigten der Klinik Höhenried entspricht den bislang bekannten Alkoholkonsumwerten in anderen Betrieben (Daten aus anderen Kliniken liegen bislang noch nicht vor), in einem Range zwischen 5 % und 20 % (Siehe S. 97). Die Spannbreite ist weitgefächert, da das gesamte Spektrum vom alkoholgefährdeten bis zum alkoholkranken Arbeitnehmer im Blickpunkt steht.

H0-4: Auch folgende Ergebnisse werden Durchschnittswerten (von vergleichbaren Studien) entsprechen: der Nikotinkonsum, die psychischen und somatischen Beschwerden, die Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich), die Offenheit, der Medikamentenkonsum, die Essstörungen, der Therapiewunsch und die soziale Integration.

#### **H0-Hypothesen zur Testung der Zusammenhänge:**

(Anmerkung: Die Hypothesen der Zusammenhänge beziehen sich sowohl auf positive (+) als auch auf negative (-) Korrelationen.)

H0-5: Es lassen sich zwischen den **Alkoholismuszahlen** und folgenden Variablen Korrelationen feststellen: den Nikotinabhängigkeitswerten (+), den psychischen und somatischen Beschwerdewerten (+), der Offenheit (-), dem Schulabschluss (-), der Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich) (-), dem Medikamentenkonsum (+), der sozialen Integration (Familienstand, soziales Netz) (-), den Essstörungen (+), dem Therapiewunsch (-), dem Geschlecht ( $m > w$ ).

H0-6: Die **Alkoholismuszahlen** werden bei Beschäftigten im mittleren Alter am höchsten sein.

H0-7: Die **Alkoholismuszahlen** werden unabhängig vom Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt) sein.

H0-8: Es lassen sich zwischen dem Ausmaß der angegebenen **psychischen und somatischen Beschwerden** und folgenden Variablen Zusammenhänge feststellen: der Nikotinabhängigkeit (+), der Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich) (-), dem Medikamentenkonsum (+), dem Therapiewunsch (+), der sozialen Integration (Familienstand, soziales Netz) (-), dem Alter (+), dem Schulabschluss (-) und dem Geschlecht ( $w > m$ ).

H0-9: Das Ausmaß der angegebenen **psychischen und somatischen Beschwerden** werden mit dem Faktor Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt) nicht korrelieren.

H0-10: Es lassen sich zwischen dem Ausmaß der **Nikotinabhängigkeit** und folgenden Variablen Zusammenhänge feststellen: der Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich) (-), dem Medikamentenkonsum (+), den Essstörungen (+), dem Geschlecht ( $m > w$ ), dem Schulabschluss (-), dem Therapiewunsch (+).

H0-11: Das Ausmaß der **Nikotinabhängigkeit** wird mit dem Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt) und der sozialen Integration keine Zusammenhänge zeigen.

H0-12: Die **Nikotinabhängigkeit** wird bei Beschäftigten im mittleren Alter am höchsten sein.

H0-13: Es lassen sich Korrelationen feststellen zwischen dem Ausmaß der **Zufriedenheit** (beruflich, privat, körperlich) und folgenden Variablen: dem Medikamentenkonsum (-), den Essstörungen (-), der Therapiemotivation (-), der sozialen Integration (+) und der Offenheit (+).

Die berufliche, private und körperliche Zufriedenheit wird hohe Interkorrelationen zeigen.

- H0-14: Die **Zufriedenheit** (beruflich, privat, körperlich) ist von folgenden Variablen unabhängig: dem Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt), dem Schulabschluss, dem Geschlecht und dem Alter.
- H0-15: Der **Medikamentenkonsum** korreliert mit folgenden Variablen: dem Therapiewunsch (-), der sozialen Integration (+), dem Geschlecht ( $w > m$ ), der Offenheit (-), dem Alter (+), den Essstörungen (+), dem Arbeitsplatz (mit > ohne Patientenkontakt) und dem Schulabschluss (-).
- H0-16: Die **Essstörungen** korrelieren mit den Variablen: Therapiewunsch (-), dem Alter (-), dem Geschlecht ( $w > m$ ), dem Schulabschluss (-) und der Offenheit (-).
- H0-17: Essstörungen korrelieren nicht mit den Variablen: soziale Integration und Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt).
- H0-18: Der **Therapiewunsch** korreliert mit den Variablen: der sozialen Integration (-), dem Geschlecht ( $w > m$ ), dem Schulabschluss (+) und der Offenheit (+).
- H0-19: Der **Therapiewunsch** korreliert nicht mit dem Alter und dem Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt).
- H0-20: Die **soziale Integration** korreliert mit Offenheit (+).
- H0-21: Die **soziale Integration** (Familienstand, Zurückgezogenheit, soziales Netz) ist unabhängig von folgenden Variablen: dem Alter, dem Geschlecht, dem Schulabschluss und dem Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt).
- H0-22: Es lassen sich multifaktorielle **Cluster** oder **Profile** nachweisen, die gesundheitsförderlicher und gesundheitsschädlicher sind.

### **Aus- und Eingrenzung von Themenbereichen**

Die inhaltliche und quantitative Auswahl der Themen, die abgefragt werden sollten, stellen eine „Gradwanderung“ dar zwischen dem Anspruch einer möglichst umfangreichen Befragung der relevanten Bezüge und andererseits auch die Realisierung und Akzeptanz der Belastbarkeit und Motivation der Probanden und den Spezifika des Kliniksettings.

Durchaus interessante und auch relevante Themen, die aber keine Berücksichtigung erfuhren, waren z.B. der mögliche Konsum anderer Drogen (Cannabis, Kokain, Extasy, etc.), mögliche Süchte und detailliertere Items zur Ernährung, Übergewicht (BMI), Sport und Freizeitverhalten. Des Weiteren wurden auch detailliertere Angaben zum Arbeitsplatz, den spezifischen Arbeitsbelastungen, der Vollzeit- oder auch Teilzeittätigkeit nicht erhoben.

Es scheint aber plausibel, dass eine vollständige anamnestische Erhebung in diesem Rahmen nicht realistisch ist.

Die zu testenden Hypothesen und dementsprechend auch die Items, beinhalten für die Probanden sehr persönliche Themen (Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenkonsum, psychische und somatische Beschwerden, Essstörungen, etc.), die im gesellschaftlichen Kontext und insbesondere im Klinikkontext tabuisiert werden.

Auf Grund dieser Sachverhalte wurden die zu testenden Hypothesen selektiert.

### **3.4. Spezifika der Datenerhebung von Alkoholkonsum**

Eine Befragung von Versuchspersonen zum Konsum von Suchtmitteln muss sich naturgemäß mit dem Problem der Compliance auseinandersetzen, da unerwünschte Ergebniskonfundierungen, z.B. durch Soziale Erwünschtheit (Rüttinger & Harris, 1985) und Verleugnungsimpulse und Verdrängungstendenzen (Feuerlein, Kufner, Ringer & Antons, 1979) entstehen können

Rehm & Spuhler (1993) haben sich der Problematik der Reliabilität der Datenerhebung im Bereich Alkoholkonsum angenommen. Die interessante Frage lautet: Variiert die von den Probanden angegebene Alkoholkonsummenge in Abhängigkeit von der Befragungsmethode? (Fragebogen vs. Interview) Eine repräsentative Stichprobe aus der Schweiz bestätigte, dass die angegebene Alkoholkonsummenge im Interview deutlich höher ausfiel, als in der Fragebogenerhebung.

Gmel (1996) empfiehlt diese Besonderheit nicht zu sehr zu gewichten, da die Mediane der Häufigkeitsverteilungen identisch sind.

Frick, Rehm, Thien & Spuhler (1996) stellten fest, dass bzgl. der Fragen zum Bereich „Alkoholprobleme und Alkoholfolgeerscheinungen“ der gegenteilige Effekt zu beobachten war. Die Probanden gaben im Interviewverfahren weniger Alkoholprobleme zu, als bei Fragebogenerhebung.

Glöckner-Rist et al. (EHES) heben hervor, dass sich Selbstaussagen in ihren Gütekriterien (Reliabilität und Validität) positiv bestätigt haben. Insbesondere Selbstaussagen erzielen eine bessere diagnostische Genauigkeit, als Studien mit Laborparameter (Beresford et al., 1990) oder verdeckten Screening – Tests (Rumpf et al., 1998).

Ist ein erhöhter Alkoholkonsum bei Personen zu erwarten, die bei einer Befragung nicht kooperieren? In einer Bundesstudie von 1990 veränderte sich die Prävalenz für Alkohol bei wiederholten Nachfragen nur unwesentlich. (Herbst, Schumann & Kraus, 1994). Die Autoren postulieren, dass der Alkoholkonsum relativ sicher erhoben werden kann.

Herbst, Schumann & Kraus, 1994 zeigten, dass die Ausschöpfungsquote bei schriftlichen Befragungen zum Thema psychoaktive Substanzen in Deutschland zwischen 54% und 66% variiert

Die Einbeziehung der FPI – Subskala für Offenheit dürfte in dem Kontext vielleicht auch klärende Impulse beisteuern.

### 3.5. Die Messinstrumente

Eine zusammenfassende Darstellung der Messinstrumente erfolgt vor der detaillierten Darstellung.

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT ): Alkohol-Screening, 10 Items
- Fagerström Test for Nicotin Dependency (FTND), (Deutsche Version : Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA) 6 Items
- Beschwerdeliste (B-L und B-L') von Zerrsen, für psychische und somatische Beschwerden, 48 Items
- Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI -R) Skala Nr.10 „Offenheit“ 12 Items
- Zusätzliche Items: zur Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich), zum Medikamentenkonsum, zu Essstörungen, zum Therapiewunsch, zur sozialen Integration und
- Demografische Items: Familienstand, Alter, Geschlecht, Schulabschluss

Im Mittelpunkt der Studie steht, wie ausführlich beschrieben, der Alkoholkonsum von Beschäftigten des Klinikums Höhenried.

Eine aktuelle und gut strukturierte Übersicht der adäquaten suchtspezifischen Messverfahren ist im EHES dargestellt (Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) (Glöckner-Rist, A., Rist, F. & Kufner, H., Hrsg.: 1974 - 2003).

Da die zentralen Aspekte der vorliegenden Studie sich auf den Alkoholkonsum beziehen, wurde der AUDIT, als wichtigstes Erhebungsinstrument ausgewählt. Der AUDIT bewährte sich auch in der Bundesstudie 2000 (Kraus L. & Augustin, R., 2001) wo er als Instrument zur Früherkennung alkoholbedingter Störungen, neben anderen Screeningverfahren, wie z.B. dem CAGE und dem LAST, erfolgreich eingesetzt wurde.

Dementsprechend wird der AUDIT nun genauer vorgestellt:

#### **Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT )**

(Deutsche Version: AUDIT-G-L und AUDIT-G-M)

Der AUDIT ist „ein Fragebogen zur Screening-Diagnostik von alkoholbezogenen Störungen. Er wurde im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation entwickelt, um speziell eine Entdeckung von Personen mit riskantem Alkoholkonsum zu ermöglichen.“ (Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) (Glöckner-Rist, A., Rist, F. & Kufner, H., Hrsg. ZUMA: 1974 - 2003).

Babor et al. (1989, 1993) schildert, dass der AUDIT durch Stichproben aus 6 Ländern (Norwegen, Australien, USA, Kenia, Mexiko und Bulgarien) validiert wurde.

Ausgewählt wurden jene Fragen, die am besten zwischen Personen mit riskantem bzw. schädlichem Alkoholkonsum und unauffälligen Konsum differenzierten.“ (Zu den ursprünglichen Versionen des AUDIT siehe Babor et a. 1989, 1993 und Saunders et al. 1993). Zu den Gütekriterien des AUDIT siehe auch Allen et al. (1997)

Fiellin et al. (2000) von der Yale University School of Medicine schildert, dass „ Formal screening instruments, such as ..... the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ..... are the most effective methods for screening for alcohol problems in primary care. These instruments focus on the social and behavioral aspects of alcohol problems and provide greater accuracy than quantity and frequency questions, laboratory tests, or clinical detection. Among common screening instruments, AUDIT seems to have the best operating characteristics for identifying patients with hazardous drinking.“

Nach Bohn (1995) korreliert der AUDIT Score auch mit biochemischen Markern: „GGT and AST levels were correlated significantly with scores on the AUDIT.“

EHES: „Damit stellt er (AUDIT) eine Weiterentwicklung gegenüber älteren Testverfahren dar, die zum Ziel hatten, Personen mit manifesten Störungen (Abhängigkeit, Missbrauch, Alkoholismus) zu identifizieren.“

Der AUDIT ist also ein Instrument, das eine internationale und großflächige Erprobung durchlaufen hat und insbesondere (neben Alkoholabusus und –abhängigkeit) auch riskanten Alkoholkonsum erfasst. Eine zu beachtende Besonderheit ist es, dass das Screeningverfahren im klinischen Kontext, allgemeinmedizinischer Einrichtungen, also an nicht-repräsentativen Stichproben, entwickelt wurde (Barbor et al.1992).

#### **AUDIT – G – L:**

Der AUDIT wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts der Universität Lübeck (Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Dilling, H., & John, U., 1998) in die deutsche Sprache übersetzt. Das entstandene Messverfahren wurde dann AUDIT – G – L genannt.

Der AUDIT – G – L umfasst 10 Items mit 3 Subskalen (3 Items erfassen die Trinkgewohnheiten (Menge und Häufigkeit), 3 Items erfragen Alkoholabhängigkeitssymptome und 4 Items beziehen sich auf Alkoholfolgeschäden. Die Items 1 bis 8 sind auf einer fünfstufigen Skala zu beantworten, die Items 9 und 10 auf einer dreistufigen.

Bei jedem der 10 Items ist ein Punktwert zwischen 0 und 4 erreichbar. Dementsprechend kann das Ergebnis zwischen 0 und 40 Punkten variieren.

Die Lübecker Arbeitsgruppe (Rumpf et al. 2001) kommt zu dem Schluss, dass, „wenn zusätzlich oder insbesondere Patienten mit einem Risikokonsum herausgefiltert werden sollen, so ist z.B. der Alcohol-Use-Disorders-Identification Test (AUDIT) ein geeignetes Verfahren.“ Die Autoren unterstreichen die Sensitivität des AUDIT.

#### **AUDIT – G – M:**

Unabhängig vom Lübecker Projekt wurde der Fragebogen auch in Münster als Deutsche Version überarbeitet (Rist et al. 2003).

## **Sensitivität und Spezifität**

Die Ärztezeitung (2000) veröffentlichte, dass die diagnostische Sensitivität des AUDIT mit 80 % und die Spezifität mit 78 % einzuschätzen sei.

Die Mehrzahl der Studien, die den AUDIT nutzte, konnten eine Sensitivität zwischen 0,70 und 0,90 und eine Spezifität zwischen 0,74 und 0,97 feststellen (Reinert & Allen, 2002).

Die Sensitivität und Spezifität des AUDIT sind abhängig von den jeweiligen Cut-Off-Werten.

### **Zum Cut-Off-Wert:**

Der ursprüngliche Cut-Off-Wert des AUDIT (Score = 8) unterscheidet zwischen Personen mit auffälligem und unauffälligem Alkoholkonsum. Babor et al. (1989, 1993) „A cut-off score of 8 produced sensitivity in the mid-0.90's for this group.“

EHES: „Eine Schwäche des AUDIT liegt in der Bestimmung des Trennwertes (Cut-Off).“  
Verschiedene Studien machen dazu aufgrund der in ihnen erhobenen Daten deutlich unterschiedliche Angaben, die vom empfohlenen Schwellenwert von 8 Punkten z.T. erheblich abweichen (Bohn et al., 1995; Schmidt, Barry & Fleming, 1995; Volk et al., 1997).

Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2004) kritisiert ebenfalls, dass es „problematisch ist bei AUDIT und AUDITC, dass keine Empfehlungen zu Cut-Off-Werten aufgrund mangelnder Daten in Deutschland gemacht werden können.“

Spies, C. et al. (2003) von der Universitätsklinik Charité in Berlin, haben im Rahmen des Förderprojekts "Computergestützte interaktive Risikoanalyse bei alkoholkranken Patienten nach einem Trauma" (= nicht repräsentative Stichprobe), das vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Rahmen der Förderung "Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess" finanziert wurde, folgende Auswertungsscores genutzt:

Eine Punktzahl von größer-gleich 8 für Männer und Punktwert größer-gleich 5 bei Frauen weist auf einen gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum hin. Auch eine Punktzahl von 5 oder mehr bei Männern kann, nach Meinung der Berliner Arbeitsgruppe unter Umständen mit einem erhöhten Risiko einhergehen.

Der AUDIT wurde, wie schon beschrieben, im Kontext klinischer (nicht repräsentativer) Stichproben entwickelt, sodass z.B. Hapke et al. (1998) von der Lübecker Universität argumentieren, dass für die Allgemeinbevölkerung, bzw. einer repräsentativen Stichprobe, ein Cut – Off – Wert von 5 als angemessen anzusehen ist. Die Lübecker Arbeitsgruppe erprobte den AUDIT (G-L) an einer großen repräsentativen Stichprobe der Gemeinde Lübeck.

Rist et al. (2003) von Universität Münster differenzieren, dass eine optimale Relation von Sensitivität und Spezifität bei einem Cut – Off – Wert von 4 bei Frauen, ein Cut – Off – Wert von 7 bei Männern

und gehen mit der Lübecker Arbeitsgruppe konform, indem auch sie einen Cut – Off – Wert von 5 für die Gesamtstichprobe festlegen.

Eine erhöhte Sensitivität könnte mit einer Erhöhung des Cut-Off-Wertes erreicht werden. Für die vorliegende Studie ist aber eine möglichst hohe Spezifität wichtiger.

Da die Gesamtstichprobe der vorliegenden Studie aus nicht-klinischen Probanden besteht, wird der Auswertungsmodus der Lübecker- und Münsteraner Arbeitsgruppe auch die Grundlage der Ergebnisauswertung dieser Studie bilden:

**Die AUDIT – Cut – Off – Werte wurden für dieser Studie wie folgt festgelegt:**

Cut – Off – Wert für Frauen: 4

Cut – Off – Wert für Männer: 7

Der Cut – Off – Wert 4 für die weiblichen Probanden bedeutet beispielsweise, dass die betroffenen Frauen 2 bis 4 mal pro Woche über ihren Konsumgrenzwert (20g / tgl.) hinaus Alkohol konsumieren, oder bei einer Gelegenheit mehr als 10 alkoholische Getränke konsumieren, etc.

Der Cut – Off – Wert 7 für die männlichen Probanden bedeutet beispielsweise, dass die betroffenen Männer 4 mal oder mehr pro Woche über ihren Konsumgrenzwert (40g / tgl.) hinaus Alkohol konsumieren, oder einmal pro Woche den Alkoholkonsum nicht mehr kontrollieren können plus den Konsum von täglich mehr als 6 alkoholischen Getränken.

Die beschriebenen Merkmale sind Beispielskombinationen für das untere Limit (Cut-Off), ab dem ein Alkoholismusrisiko beginnt.

**Zur Trinkmenge:**

Das 2. Item wird sicherlich von Bedeutung sein, da nach den konsumierten Standarddrinks pro Tag gefragt wird. Ein Standarddrink entspricht, seit 1998 (International Center for Alcohol Policies) 10 Gramm Ethanol (Rehm & Bondy, 2000). Die Antwortmöglichkeiten sind: 1-2, 3-4, 5-6, 7-9, 10 oder mehr Standarddrinks pro Tag. So lassen sich Konsummengen zwischen 10-20, 30-40, 50-60, 70-90 und >100 Gramm reinen Alkohols festlegen. (Zum Thema Grenzwerte, siehe S. 15 f.)

Cyr (1988) stellt zu dem Thema Trinkmenge fest: „... that a cutoff score of four drinks per day resulted in a sensitivity of 47 % an a specificity of 96 % for a diagnosis of alcohol abuse and dependence.“ Das bedeutet, dass bei einem Konsumwert ab 40 Gramm Äthanol täglich noch keinesfalls sicher (nur 47 %) ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit vorliegt. Das entspricht dem Verständnis der Problematik. Interessanterweise lässt sich, nach Cyr (1988), bei Probanden, die einen Konsum unter 40 Gramm Äthanol täglich angaben, zu 96 % ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit ausschließen.

Also bleibt die Trinkmenge nur eines von mehreren Indizien zur Identifizierung von Probanden mit Alkoholkonsumstörungen, während die Feststellung einer geringeren Trinkmenge (unter 40g) hochwahrscheinlich einen Probanden ohne Alkoholproblem identifizieren kann.

### **Fazit:**

Mit diesem Hintergrund erscheint der AUDIT für die Zielsetzung der vorliegenden Studie gut kompatibel, insbesondere da das ganze Spektrum des Alkoholkonsums kritisch betrachtet wird und nicht nur die wenigen manifest süchtigen Trinker.

### **Zur Komorbidität:**

Neben dem zentralen Anliegen (die Erfassung von Alkoholkonsummustern) dieser Studie, sollten auch verschiedene komorbide Aspekte evaluiert werden, z.B. Nikotin- und Medikamentenkonsum, körperliche und psychische Merkmale, etc.. Regier (1990) folgert aus den Daten der Epidemiological Catchment Area Study, dass auf Grund einer hohen Komorbiditätsrate bei Alkoholstörungen, im Kontext der Evaluationen, immer auch komorbide Aspekte miterhoben werden sollten.

Darüber hinaus schien es für die geplante Entwicklung eines fundierten Präventivprogramms sehr naheliegend, die vorhandenen komorbiden Merkmale zu erheben.

### **Fagerström Test for Nicotin Dependency (FTND)**

(Deutsche Version : Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA))

Der Nikotinkonsum wurde mit der deutschen Version (FNNTA) des originalen Fagerström Test for Nicotin Dependency (FTND) evaluiert. Der FTND ist eine Weiterentwicklung des Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) von Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström (1991). Professor Karl-Olov Fagerström ist Vorstand des Smokers Information Centre in Helsingborg in Schweden.

Der FTNA besteht aus 6 Fragen, die auf 2 bis 4 stufigen Skalen beantwortet werden können. (Für Details, siehe Bleich et al. 2002) (zum Fragebogen, siehe Anhang)

### **B – L – und B – L´ - Beschwerdeliste**

Die Erfassung von psychischen und somatischen Beschwerden wurde u.a. auch erhoben, weil z.B. Autoren wie Loevenich et al. (1996) und Rummel & Bellabarba (1998) betonen, dass das Medizinalpersonal häufig psychische und somatische Symptome zeigen.

Zur Erfassung der (überwiegend) körperlichen und psychischen Befindlichkeit wurden die beiden Parallelformen B – L und B – L´ der Beschwerdeliste genutzt. Der Ergänzungsbogen B – L<sup>o</sup>, dessen Test-Scores bei der Auswertung nicht zu den Werten der beiden anderen Parallelformen eingerechnet werden kann, wurde nicht genutzt.

Die Beschwerdelisten sind Fragebögen zur quantitativen Erhebung des subjektiven Befindens. Die Auswertung ermöglicht neben der Aufdeckung der individuellen Ausprägungen von Beschwerden

auch die Berechnung eines Summen-Scores. Für diese Summen-Scores liegen Referenzwerte sowohl aus der Durchschnittsbevölkerung als auch aus verschiedenen klinischen Gruppen vor (Zerssen & Koeller, 1976).

Die beiden Paralleltestformen sind Bestandteil der Klinischen Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). Die einzelnen Subtests können eigenständig, mit anderen Subtests der Reihe oder auch in Kombination mit anderen Messinstrumenten angewendet werden.

Neben körperlichen Beeinträchtigungen werden auch psychische Störungen abgefragt. Der Fragebogen mit den zwei Paralleltestformen besteht aus 2 mal 24 Items, die auf einer vierstufigen Skala beantwortet werden. Die Beschwerdeliste wurde von D.v. Zerssen unter Mitarbeit von D.-M. Koeller (1976) entwickelt. (zum Fragebogen, siehe Anhang)

### **Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI -R) Skala Nr.10 „Offenheit“**

Die Beantwortung von Fragen per Fragebogen zu Themen wie z.B. Alkohol- und Zigarettenkonsum wird von vielen Autoren kritisch eingeschätzt (Feuerlein). Ein Fragenkomplex sollte daher die Offenheit der Befragten veranschaulichen. Die Skala Nr. 10 „Offenheit“ des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) wurde dafür genutzt. Die Subskala besteht aus 12 Items, die auf einer zweistufigen Skala beantwortet werden. Ein hoher Skalenwert entspräche einem größeren Maß an Offenheit, sodass z.B. Schwächen und Fehler eher eingestanden werden. Probanden mit einem niederen Skalenwert verhalten sich eher angepasster und orientieren sich stärker an die soziale Erwünschtheit.

Die Autoren der 6. ergänzten Auflage des FPI – R (Fahrenberg et al. 1994) formulieren explizit, „Offenheit als Persönlichkeitsmerkmal (im Sinne von unkonventionellem Verhalten) und zugleich geringe Offenheit als mögliche Verfälschungs–(Lügen)–Tendenz zu sehen, entspricht dem gegenwärtigen Wissensstand am besten.“ Da das Konstrukt der Sozialen Erwünschtheit vielschichtig ist, sollte man, nach Angaben von Fahrenberg et al. (1994), die Interpretationen der Ergebnisse immer im Kontext der verfügbaren Zusatzinformationen durchführen.

In der vorliegenden Studie werden die Skalenwerte für Offenheit mit den Angaben zum Suchtmittelkonsum (Alkohol, Zigaretten und Tabletten) in Zusammenhang gebracht.

### **Zusätzliche Items**

Zusätzlich zum AUDIT, B-L-Zerssen, FTND und der FPI-Skala10 wurden weitere 15 Items (\* s.u.) aufgenommen. Die vollständige Auflistung ist in nachfolgender Tabelle zu sehen:

<b>Merkmal</b>	<b>Instrument</b>	<b>Items</b>
Alkoholkonsum	AUDIT	10 Items
Psychische und somatische Beschwerden	Beschwerdeliste v. Zerrsen	2 x 24 Items
Nikotinkonsum	FTNA	6 Items
Offenheit	FPI – R Subskala 10	12 Items
Essstörung		1 Item *
Tablettenkonsum		1 Item *
Therapiewunsch		1 Item *
Zufriedenheit		3 Items *
Soziales Netzwerk		3 Items *
Familienstand		3 Items *
Geschlecht		1 Item *
Schulabschluss		1 Item *
Arbeitsplatz: mit / ohne Patientenkontakt		1 Item *

### **Zur Anonymisierung der Datenerhebung**

Während der Vorbereitungen und den Gesprächen im Genehmigungsverfahren erhielt der Versuchsleiter oft die Rückmeldung, dass die Befragung zum Thema Alkoholkonsum von vielen Mitarbeitern als schwierig empfunden wird und mit Ängsten verbunden ist.

Von zentraler Bedeutung war die Angst der Beschäftigten, durch schriftliche Eingeständnisse (Beantwortung der Fragebögen) ihrer Risikoverhaltensweisen (Substanzkonsum) den Arbeitsplatz zu gefährden.

Da einige Abteilungen weniger als 10 Mitarbeiter aufweisen (Details siehe Kapitel 2.16.), wurde eine Rückführbarkeit vom ausgefüllten Fragebogen zum Probanden befürchtet.

Diese Sachverhalte waren der Grund, warum der Fragebogen einerseits vollständig anonymisiert wurde und darüber hinaus keine Items bezüglich des individuellen Arbeitsplatzes enthält.

Die Handhabung der in der vorliegenden Studie genutzten Personaldaten erfolgte unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen.

Diese Befürchtungen und die daraus folgenden Berücksichtigungen wurden in einer Betriebsvollversammlung (Kapitel 2.21.) detailliert aufgegriffen und erklärt, sodass die Beschäftigten ihre Anonymität als gesichert wahrnahmen.

Die Anonymisierung und die öffentliche Erklärung dienten einer erhofften Erhöhung der Rücklaufquote der Fragebögen und einer möglichst offenen Beantwortung der Items durch die Befragten.

### **3.6. Die Datenerhebung**

Sämtliche 301 Beschäftigte der Klinik Höhenried erhielten den Fragebogen am Donnerstag, den 08.07.2004 in einem an sie persönlich adressierten Umschlag per Hauspost zugeschickt.

Dem Fragebogen war ein Anschreiben beigelegt, in dem einige wichtige Erklärungen aufgeführt waren, die die Bearbeitung des Fragebogens betrafen. Darüber hinaus wurde um Kooperation geworben und nochmals die Anonymität zugesichert. (Fragebogen und Anschreiben, siehe Anhang).

Die Rücklaufquote bezifferte sich nach 14 Tagen auf 50 %. Die leitenden Angestellten wurden daruffin per Email persönlich mit der Bitte angeschrieben, einerseits den Dank für die bereits geleistete Kooperation an die Beschäftigten weiterzugeben und andererseits bei den Beschäftigten um weitere ausgefüllte Fragebögen zu werben.

Die Datenerhebung wurde nach 5 Wochen, am Donnerstag, den 12.08.2004, abgeschlossen.

### **3.7. Statistische Verfahren**

Die statistischen Berechnungen erfolgten mit Hilfe der Software des Statistic Package for Social Science (SPSS).

Für die Berechnung und Darstellung der Merkmalsausprägungen wurden die deskriptiven statistischen Verfahren genutzt: Die deskriptiven Verfahren beziehen sich auf die Berechnung und Darstellung von Häufigkeiten und den Mittelwerten.

Die Kombinationen von Häufigkeiten wurden in den Kreuztabellen dargestellt. Innerhalb der Kreuztabellen wurden z.T. Chi-Quadrat-Testungen durchgeführt, um zu prüfen, ob die gefundenen Häufigkeiten mit den erwarteten Häufigkeiten übereinstimmten. Die Ergebnisdarstellung erfolgt mit Angabe des Signifikanzniveaus ( p ).

Im Falle einer interessanten Merkmalskombinationen, wurden die Ergebnisse, auch bei nicht-signifikanten Ergebnissen, dokumentiert und dargestellt.

Für die Frage nach der Signifikanz der Mittelwertsdifferenzen von Variablen wurden T-Tests für Mittelwertvergleiche berechnet und mit Angabe des Signifikanzniveaus ( p ) dargestellt.

Neben den aufgedeckten Merkmalshäufigkeiten, die in den 0-Hypothesen 03 und 04 postuliert wurden, erfolgten, gemäß den 0-Hypothesen 05 bis 22, die Prüfung der Merkmalszusammenhänge.

Die Testung der Zusammenhänge zweier Merkmale / Variablen (Berechnung des Korrelationskoeffizienten = r ) erfolgte nach Pearson, falls beide Variablen Intervallskalenniveau besaßen und nach Spearman, falls mindestens eine Variable nur Ordinalskalenniveau besaß. Neben dem Ausmaß der pos. oder neg. Korrelation (r), wurden auch hier die Signifikanzniveaus ( p ) in den Ergebnisdarstellungen angegeben.

## 4. Ergebnisse

Die erhobenen Daten wurden mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS (Statistic Package for Social Science) und im Hinblick auf die in Kapitel 3.3 dargestellten H0-Hypothesen, berechnet.

Die benutzten Screeningverfahren erwiesen sich als sehr reliabel:

Der Cronbachs Alpha wurde für die Screeningverfahren berechnet:

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, 10 Items)	= 0,765
- Beschwerdeliste (B-L und B-L', von Zerrsen, 48 Items)	= 0,940
- Freiburger-Persönlichkeits-Inventar (FPI-R) Subskala 10 (12 Items)	= 0,720
- Fagerström- Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA, 6 Items)	= 0,817

Die vorliegende Studie nutzte die Kombination der Screeningverfahren und weiterer 15 Items (Beschreibung siehe Kapitel 3.5.), sodass insgesamt 98 Items von jedem Probanden zu beantworten waren. Die 99. Variable betrifft die Zuordnung des Arbeitsplatzes (*mit* oder *ohne* Patientenkontakt) und wurde objektiv festgestellt.

Auch für die in dieser Studie genutzten 99 Items konnte eine sehr gute Reliabilität von (Cronbachs Alpha) 0,855 festgestellt werden.

Die Ausschöpfungsquote liegt bei 72 % (siehe unter H0-1-Hypothese). Die Offenheit der Probanden wurde evaluiert (Subskala des FPI-R). Die Ergebnisse zeigen eine zufriedenstellende, durchschnittliche Offenheit (siehe unter H0-4-Hypothese).

Damit sind die wesentlichen „Eckpfeiler“ der Studie (eine hohe Reliabilität der Items, eine hohe Ausschöpfungsquote und eine akzeptable Offenheit der Probanden) gesichert.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt systematisch von der H0-1- bis zur H0-22-Hypothese.

Die Hypothesen H0-1 und H0-2 beziehen sich auf die erwartete Kooperationsbereitschaft aller 301 Probanden.

Die Hypothesen H0-3 und H0-4 beziehen sich auf die erwarteten Häufigkeiten der erhobenen Variablen.

Die Hypothesen H0-5 bis H0-22 beziehen sich auf die erwarteten Zusammenhänge zwischen den erhobenen Variablen.

Anmerkung: Wurde eine positive Korrelation erwartet, so erhielt die entsprechende Variable den Vermerk (+), wurde eine negative Korrelation vermutet, so erhielt die entsprechende Variable den Vermerk (-).

## Zur Überprüfung der H0-1-Hypothese:

Die H0-1-Hypothese bezieht sich auf die Testung der **Kooperationsbereitschaft**:

H0-1: Die Kooperationsbereitschaft der Beschäftigten der Klinik Höhenried entspricht den Werten von vergleichbaren Studien.

Die Kooperationsbereitschaft wird mit der Ausschöpfungsquote, d.h., den gültig ausgefüllten und zurückgesendeten Fragebögen (Rücklaufquote) gleichgesetzt.

Nachdem die Fragebögen am 08.07.2004 per Hauspost an jeden Beschäftigten der Klinik verschickt wurden, war nach 14 Tagen eine Rücklaufquote von 50 % zu verzeichnen.

An dem Tag wurden die leitenden Angestellten, per Email persönlich mit der Bitte angeschrieben, einerseits den Dank für die bereits geleistete Kooperation an die Beschäftigten weiterzugeben und andererseits bei den Beschäftigten um weitere ausgefüllte Fragebögen zu werben.

Die Datenerhebung wurde nach 5 Wochen, am Donnerstag, den 12.08.2004, abgeschlossen.

<b>Per Hauspost verschickte Fragebögen</b>	<b>Rücklauf der Fragebögen</b>		<b>Gültige Fragebögen</b>	
Anzahl	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
301	225	74,75 %	<b>217</b>	<b>72,1 %</b>

Von den 301 Beschäftigten gaben 225 den Fragebogen zurück. Das entspricht einer Rücklaufquote von 74,75 %. Von den 225 Fragebögen konnten 217 ausgewertet werden, 8 Fragebögen waren unzureichend oder gar nicht ausgefüllt. Über die Hintergründe und Motive der nichtkooperativen Beschäftigten, also die Probanden, die den Fragebogen nicht zurückgegeben hatten, gibt es keinerlei Informationen. Eine genauere Analyse der (28 %) Probanden, die den Fragebogen nicht zurückgaben erfolgt ab S. 157 und wird auf S. 240 diskutiert.

Die Daten von 72,1% der 301 Beschäftigten konnten ausgewertet werden. Damit konnte eine **Ausschöpfungsquote von 72 %** erreicht werden.

Die Ausschöpfungsquote von 72 % ist ein sehr erfreuliches Ergebnis. Herbst, Schumann & Kraus (1994) zeigen, dass die Ausschöpfungsquote bei schriftlichen Befragungen zum Thema psychoaktive Substanzen in Deutschland zwischen 54% und 66% variiert.

Eine mögliche Ursache für die hohe Kooperationsbereitschaft scheint die Tatsache zu sein, dass die Datenerhebung nicht von einem für die Probanden anonymen Institut, sondern von einer bereits gut vertrauten und im Klinikalltag präsenten Person (Suchtbeauftragter des Klinikums), angekündigt, erklärt, beschrieben und durchgeführt wurde.

**Anmerkung:** In der folgenden Ergebnisdarstellung werden häufig Merkmale von 215 oder 216, statt sämtlicher 217 Probanden, berechnet. Diese Reduktion kommt deshalb zustande, weil einige wenige Probanden z.B. keine Geschlechtsangaben, Altersangaben, o.ä. gemacht haben.

**Fazit:** Auf Grund der hohen Ausschöpfungsquote können die erhobenen Daten als repräsentativ für die gesamte Belegschaft angesehen werden.

### **Zur weiteren Verfahrensweise:**

Der Fragebogenrücklauf wird insbesondere deshalb differenzierter analysiert, da dieser als ein Indikator für das Interesse und die Kooperationsbereitschaft der Beschäftigten interpretiert wird.

Die vorliegende Studie evaluiert nicht nur die durch die Items abgefragten Themen (Alkohol- und Nikotinkonsum, psychische und somatische Beschwerden, Offenheit, etc.) sondern analysiert darüber hinaus auch die Motivation der Probanden, sich auch mit kritischen Themen zu beschäftigen, wie sie z.B. mit dieser Studie thematisiert werden (Substanzkonsum am Arbeitsplatz).

Dies ist besonders in Bezug auf die im Anschluss an die Studie folgenden, betriebsinternen Maßnahmen (Alkoholpräventionsprogramm) von Bedeutung, da eine hohe Kooperationsbereitschaft bei der Teilnahme an der Studie auch eine gewisse Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft für die folgenden Alkoholismuspräventionen nahe legt.

Für die soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Alter und Arbeitsplatz) der Beschäftigten stellte das Personalbüro der Klinik bereits vor der Datenerhebung objektive Zahlen zur Verfügung, sodass diese mit den Ergebnissen der Fragebogenerhebung verglichen wurden.

Dementsprechend konnte festgestellt werden, ob die soziodemographischen Variablen einen Einfluss auf die Kooperationsmotivation / Fragebogenrücklauf hatten.

(Anmerkung: Die Handhabung der Personaldaten geschah gemäß den Datenschutzbestimmungen.)

### **Zur Überprüfung der H0-2-Hypothese:**

Die H0-2-Hypothese bezieht sich ebenfalls auf die Testung der **Kooperationsbereitschaft**:

Ho-2: Die **Kooperationsbereitschaft** ist unabhängig vom Geschlecht, Alter und Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt).

Die nachfolgende Tabelle 4.1. zeigt die Zusammenhänge zwischen Rücklauf (RL) der Fragebögen (Fb), dem Geschlecht und dem Arbeitsplatz (*mit* und *ohne* Patientenkontakt).

Arbeitsplatz	Männer		Frauen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
<b>mit</b> Patientenkontakt	44 total	29,3 %	106 total	70,7 %	150 total	100 %
	<b>37 RL</b>	<b>84,1 %</b>	<b>95 RL</b>	<b>89,6 %</b>	<b>132 RL</b>	<b>88 %</b>
<b>ohne</b> Patientenkontakt	48 total	31,8 %	103 total	68,2 %	151 total	100 %
	<b>21 RL</b>	<b>43 %</b>	<b>62 RL</b>	<b>69,2 %</b>	<b>83 RL</b>	<b>55 %</b>
Summe total	92 total	30,6 %	209 total	69,4 %	301 total	100 %
<b>Summe Rücklauf</b>	<b>58 RL</b>	<b>63 %</b>	<b>157 RL</b>	<b>75,1 %</b>	<b>215 RL</b>	<b>71,4 %</b>

Tabelle 4.1.

Im Klinikum arbeiten 150 Beschäftigte *mit* Patientenkontakt (29,3 % Männer und 70,7 % Frauen), von denen haben 132 (88%) den Fb ausgefüllt.

Im Klinikum arbeiten 151 Beschäftigte *ohne* Patientenkontakt (31,8 % Männer und 69,2 % Frauen), von denen haben 83 (55%) den Fb ausgefüllt.

Von den 44 Männern *mit* Patientenkontakt, haben 37 (84,1%) den Fb ausgefüllt.

Von den 106 Frauen *mit* Patientenkontakt, haben 95 (89,6%) den Fb ausgefüllt.

Von den 48 Männern *ohne* Patientenkontakt, haben 21 (43 %) den Fb ausgefüllt.

Von den 103 Frauen *ohne* Patientenkontakt, haben 62 (69,2%) den Fb ausgefüllt.

Im Klinikum arbeiten 209 Frauen, von denen haben 157 (75,1 %) den FB ausgefüllt.

Im Klinikum arbeiten 92 Männer, von denen haben 58 (63 %) den Fb ausgefüllt.

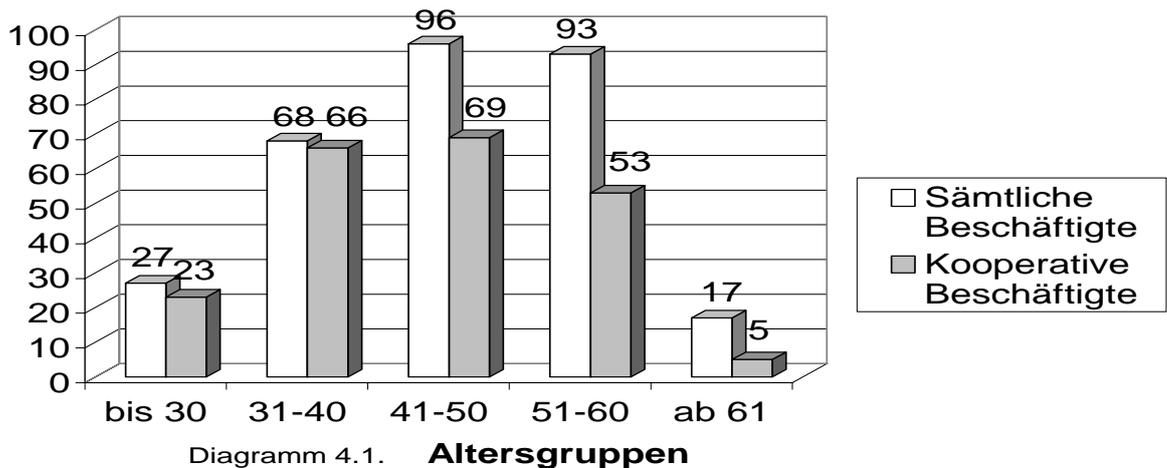
Die Rücklaufquote war bei den Beschäftigten *mit* Patientenkontakt deutlich höher (88 %) als bei den Beschäftigten mit Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt (55 %). Die Rücklaufquote war bei den Frauen höher (75,1 %) als bei den Männern (63 %). Die schlechteste Rücklaufquote / Kooperation zeigen die männlichen Beschäftigten *ohne* Patientenkontakt (43 %).

**Anmerkung:** In der Gruppe der 38 *beruflich unzufriedenen* Probanden, hatten 39,5 % einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt und 60,5 % einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt. (Details. Siehe unter H0-13, S. 200)

Die Rücklaufquote der jeweiligen Subgruppe wird mit deren Kooperationsbereitschaft gleichgesetzt. Die Ergebnisse werden für die Konzeption und die Operationalisierung des Alkoholpräventivprogramms von Bedeutung sein, da die unterschiedlichen Gruppierungen der Beschäftigten verschiedene Bereitschaften zeigen.

Es folgt nun die Ergebnisdarstellung der Variable Alter und dessen Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft.

### Kooperationsbereitschaft und Alter



Das Diagramm 4.1. veranschaulicht sehr plastisch, dass die Kooperationsbereitschaft mit zunehmendem Alter sinkt. Beispielsweise haben von den 27 Beschäftigten im Alter von bis zu 30 Jahren, 23 den Fb ausgefüllt. Die relativen Verteilungen sind der nachfolgenden Tabelle 4.2. zu entnehmen.

Altersrange in Jahren	Anzahl der Beschäftigten	Anzahl Fb- Rücklauf	Relative Häufigkeit
Kleiner gleich 30	27	23	85,2 %
31 – 40	68	66	<b>97,1 %</b>
41 – 50	96	69	71,9 %
51 – 60	93	53	57 %
61 und älter	17	5	29,4%
<b>Summe</b>	<b>301 Beschäftigte</b>	<b>216 Rücklauf</b>	<b>72 % Rücklauf</b>

Tabelle 4.2.

Beispielsweise liegt die Rücklaufquote der bis 30 Jährigen bei 85,2%, der 31 bis 40 Jährigen bei 97,1% und der 41 bis 50 jährigen bei 71,9%, während die Beschäftigten zwischen 51 und 60 Jahren zu 57% und die über 61 jährigen nur noch zu 29,4% den Fb beantworteten.

Die höchste Rücklaufquote liegt bei den Beschäftigten zwischen 31 und 40 Jahren. Mit zunehmendem Alter sinkt die Rücklaufquote deutlich.

Es folgt nun die Ergebnisdarstellung der Variable Schulabschluss (differenziert nach Geschlecht) und dessen Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft.

Für die Schulabschlüsse lagen vor der Durchführung der Studie keinerlei objektive Daten vor, deshalb werden die erhobenen Daten ohne Vergleichsmöglichkeiten dargestellt.

Schulabschluss	Frauen		Männer		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Kein Abschluss	2	1,3 %	1	1,7 %	3	1,4 %
Hauptschule	32	20,4 %	13	23,2 %	45	21,1 %
Mittlere Reife	55	35,0 %	16	28,6 %	71	33,3 %
Abitur	34	21,7 %	5	8,9 %	39	18,3 %
Hochschulabschluss	31	19,7 %	21	37,5 %	52	24,4 %
Anderer Abschluss	3	1,9 %	0	0 %	3	1,4 %
Summe	157	100 %	56	100 %	213	100 %

Tabelle 4.3.

Aus der Kreuztabelle 4.3. wird ersichtlich, dass die Schulabschlüsse (Hauptschul-, Abitur und Hochschulabschluss) der Frauen mit ca. 19 bis 21 % ungefähr gleichverteilt sind, mit einem Höchstwert von 35 % bei der Mittleren Reife, d.h., dass 35 % der Frauen, die den Fragebogen ausgefüllt haben und sich damit kooperativ zeigen, die Mittlere Reife besitzen.

Bei den Männern, die den Fragebogen korrekt ausgefüllt hatten, liegt der Höchstwert bei dem Hochschulabschluss. D.h., dass 37,5 % der Männer, die den Fragebogen ausgefüllt haben und sich damit kooperativ zeigen, einen Hochschulabschluss besitzen.

Die am häufigsten genannten Schulabschlüsse aller Probanden waren die Mittlere Reife (33,3%), gefolgt vom Hochschulabschluss (24,4 %) und vom Hauptschulabschluss (21,1 %).

**Fazit:** Die Kooperationsbereitschaft ist tatsächlich von Faktoren wie Alter, Geschlecht und Arbeitsplatz abhängig. Die Kooperationsbereitschaft steigert sich bis zum 40. Lebensjahr, danach sinkt sie deutlich. Die Frauen zeigen sich kooperativer. Beschäftigte *mit* Patientenkontakt zeigen sich ebenfalls kooperativer. Die höchste Kooperationsmotivation zeigen die Frauen, die einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt haben. Die kooperativen Männer zeigen durchschnittlich die höheren Schulabschlüsse, als die kooperativen Frauen.

Die unkooperativen Probanden (28 %) befinden sich dementsprechend in der Gruppe der älteren männlichen Probanden an einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt. (Diskussion ab S. 239)

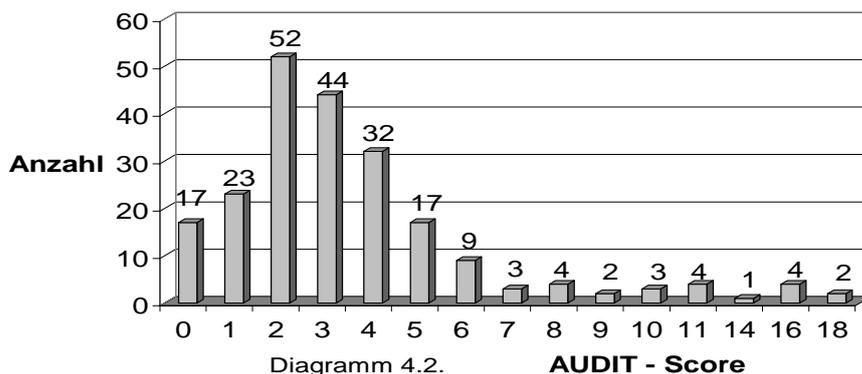
## Zur Überprüfung H0-3-Hypothese:

Die Hypothese H0-3 ist die zentrale Hypothese der vorliegenden Studie:

H0-3: Der **Alkoholkonsum** der Beschäftigten der Klinik Höhenried entspricht den Werten von vergleichbaren Studien.

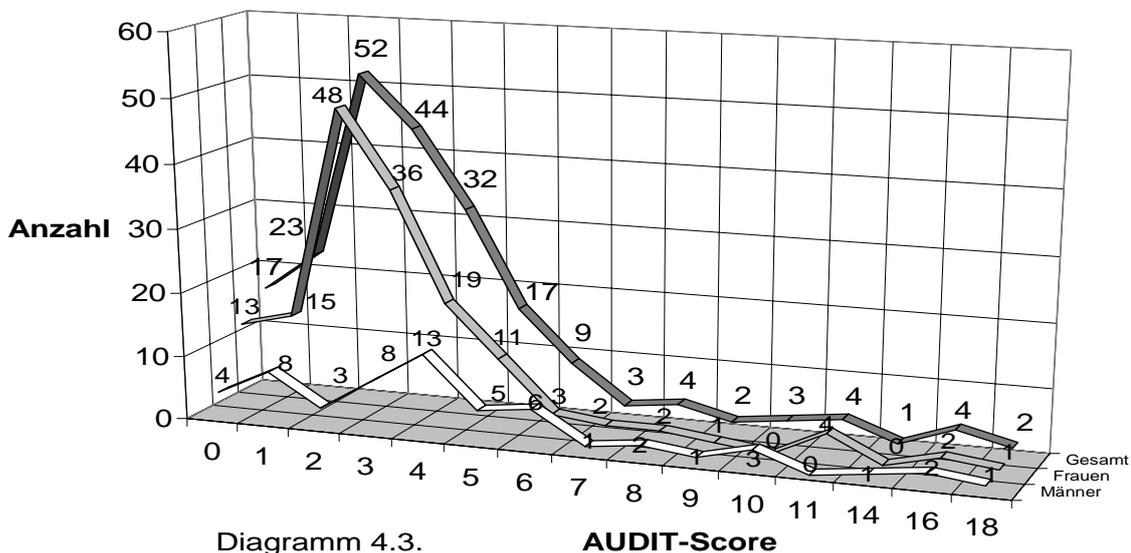
**Anmerkung:** Der in Folge oft benutzte Terminus *Alkoholismus* ist lediglich eine Umschreibung für eine Alkoholauffälligkeit, und sollte nicht mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit verwechselt werden.

**AUDIT - Score aller Probanden**



Der AUDIT- Score der Probanden variierte zwischen den Punktwerten min. 0 und max. 18. Das Diagramm 4.2. zeigt eine deutliche Linksverschiebung der Verteilung, mit einer Spitze bei dem AUDIT – Score 2 (52 Probanden zeigen diesen Score). Von den 217 Probanden geben 17 (7,8 %) an, dass sie alkoholabstinent leben (Score = 0). Die Zahlen der erhöhten AUDIT – Werte, auf der rechten Seite des Diagramms, werden im weiteren Verlauf noch näher zu analysieren sein. Die Ergebnisse bzgl. der Alkoholismuswerte (AUDIT) können nur geschlechtsspezifisch analysiert, dargestellt und interpretiert werden, da die Alkoholkonsumgrenzwerte und die multiplen Effekte des Konsums ebenfalls geschlechtsspezifisch sind. Daher wurde auf einen generellen Cut-Off-Wert verzichtet.

**AUDIT-Score und Geschlecht**



Eine Häufigkeitsverteilung des Diagramms 4.3. zeigt, dass ein großer Anteil der Frauen (mittlere Kurve in grau) einen AUDIT- Score von 2 oder 3, und damit eine deutlichere linksschiefe Verteilung, zeigen.

Die AUDIT- Score-Kurve der Männer (Diagramm 4.3.) erscheint in Relation zu den Frauen deutlich gleichverteilter.

Von den 157 weiblichen Probanden, geben 13 Probanden an, dass sie alkoholabstinent leben, von den 58 männlichen Probanden geben 4 Probanden an, dass sie alkoholabstinent leben.

Da 157 Frauen und im Verhältnis dazu nur 58 Männer an der Studie teilnahmen, werden die AUDIT-Scores als Prozentwerte eine differenziertere Betrachtung zulassen:

### AUDIT-Score und Geschlecht

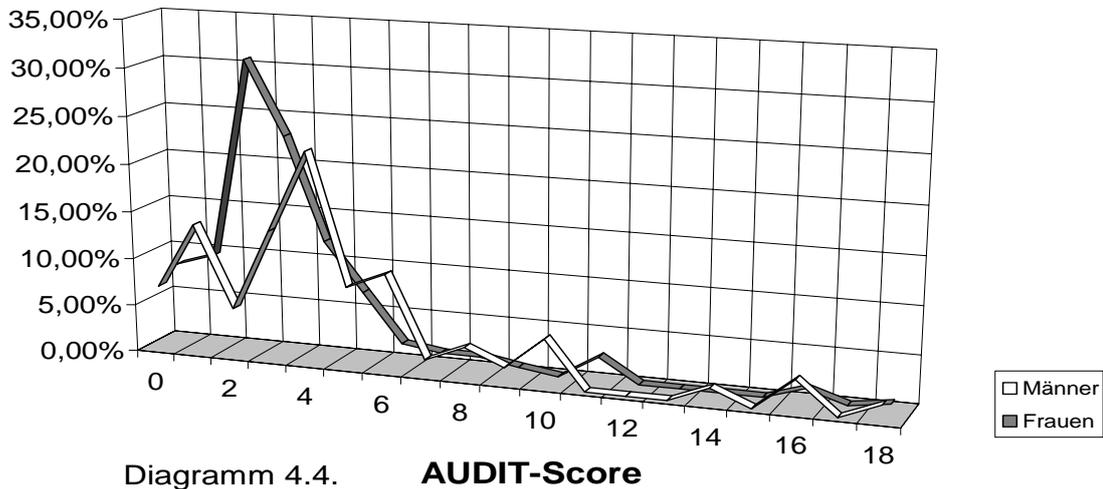


Diagramm 4.4. AUDIT-Score

Das Diagramm 4.4. verdeutlicht, dass weibliche und männliche Probanden eine linksschiefe Verteilung der AUDIT- Scores aufweisen, das bedeutet, dass eine große Anzahl der Probanden eher geringere Alkoholismus- Scores zeigen. Aber das Diagramm dokumentiert auch, dass beide Geschlechter AUDIT- Scores bis max. 18 zeigen.

Es wird ersichtlich, dass ein großer Anteil der Frauen eine Spitze bei dem AUDIT- Score 2 (30,6%) und 3 (22,9 %) aufweisen. 8,3 % der weiblichen Probanden geben an, dass sie alkoholabstinent leben. Ein eher unauffälliger Alkoholkonsum (für die Frauen: AUDIT- Score zwischen 0 und 3) wird von 71,4 % der Frauen berichtet. Ein risikoreicher Alkoholkonsum (für die Frauen: AUDIT- Scores größer gleich 4) wird von 28,6 % der weibliche Probanden berichtet. Eine detaillierte Auflistung ist in Tabelle 4.4. (S. 161) zu finden.

Die männlichen Probanden zeigen bei der prozentualen Auflistung eine deutlichere Ausprägung des AUDIT- Scores bei dem Punktwert 4 (22,4 %). Eine Alkoholabstinenz wird von 6,9 % der männlichen Probanden berichtet. Ein eher unauffälliger Alkoholkonsum (für die Männer: AUDIT- Score zwischen 0 und 6) wird von 81 % der Männer berichtet. Ein risikoreicher Alkoholkonsum (für die Männer: AUDIT- Scores größer gleich 7) wird von 18,7 % der männlichen Probanden berichtet.

Die Mittelwertberechnung ermittelte einen durchschnittlichen AUDIT – Score für alle 217 Probanden von  $m = 3,6$ . Dieser Wert ist als unauffällig zu interpretieren. Demzufolge könnte angenommen werden, dass die Beschäftigten der Klink durchschnittlich betrachtet, als alkoholismusunauffällig angesehen werden könnten.

Dieses Ergebnis ist aber nicht aussagekräftig, da, wie bereits erläutert, eine geschlechtsspezifische Ergebnisinterpretation unumgänglich ist.

Ein geschlechtsspezifischer Mittelwertsvergleich erbrachte sehr signifikante ( $p < 0,01$ ) Differenzen: Die männlichen Probanden zeigen einen signifikant höheren durchschnittlichen AUDIT- Score ( $m = 4,8$ ) als weibliche Probanden ( $m = 3,2$ ). Bezogen auf die Gesamtstichprobe zeigen Männer also einen durchschnittlich höheren AUDIT- Score. Die AUDIT- Scores 4,8 für die Männer und 3,2 für die Frauen, können als unauffällige durchschnittliche Alkoholismusergebnisse interpretiert werden.

Ein differenzierterer, analytischer Blick auf die Ergebnisse, wie ihn Tabelle 4.4. zulässt, dokumentiert allerdings deutlich markantere Ergebnisse.

AUDIT Score	Frauen		Männer		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0	13	8,3 %	4	6,9 %	17	7,9 %
1	15	9,6 %	8	13,8 %	23	10,7 %
2	48	30,6 %	3	5,2 %	51	23,7 %
3	36	22,9 %	8	13,8 %	44	20,5 %
<b>4</b>	<b>19</b>	<b>12,1 %</b>	<b>13</b>	<b>22,4 %</b>	<b>32</b>	<b>14,9 %</b>
5	11	7,0 %	5	8,6 %	16	7,4 %
6	3	1,9 %	6	10,3 %	9	4,2 %
<b>7</b>	<b>2</b>	<b>1,3 %</b>	<b>1</b>	<b>1,7 %</b>	<b>3</b>	<b>1,4 %</b>
8	2	1,3 %	2	3,4 %	4	1,9 %
9	1	0,6 %	1	1,7 %	2	0,9 %
10	0	0 %	3	5,1 %	3	1,4 %
11	4	2,5 %	0	0 %	4	1,9 %
14	0	0 %	1	1,7 %	1	0,5 %
16	2	1,3 %	2	3,4 %	4	1,9 %
18	1	0,6 %	1	1,7 %	2	1,0 %
<b>Krit.Konsum</b>	<b>45</b>	<b>28,6 %</b>	<b>11</b>	<b>18,7 %</b>	<b>56</b>	<b>26,0 %</b>
Gesamt	157		58		215	

Tabelle 4.4.

Die Tabelle 4.4. zeigt die Alkoholismusaussprägung (AUDIT- Score) nach Geschlechtern differenziert. Der grau markierte Bereich ist der geschlechtsspezifische auffällige Alkoholismusbereich, der bei den Frauen, wie bereits erläutert, bei einem AUDIT- Score größer gleich 4 und bei den Männern bei einem AUDIT- Score größer gleich 7 beginnt. Demzufolge zeigen 45 der 157 weiblichen Probanden (28,6 %) und 11 der 58 männlichen Probanden (18,7 %) einen auffälligen Alkoholismus. Von den 215 Probanden der Gesamtstichprobe zeigen damit 56 Probanden (26 %) einen auffälligen Alkoholismus. Besonders bedeutsam ist das Ergebnis, da es zeigen konnte, dass erheblich mehr Frauen (28,6 %) betroffen sind als Männer (18,7 %).

Es berichten 8,3 % der Frauen und 6,9 % der Männer, dass sie alkoholabstinent leben.

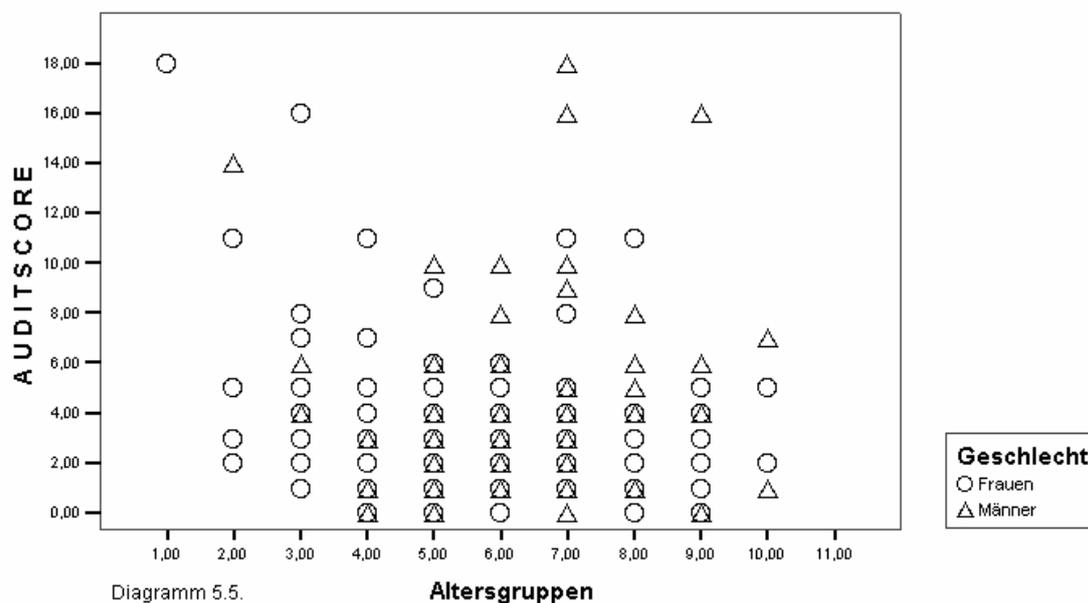
**Grenzwertkonsum:** Eine Häufigkeitsberechnung ergab, dass 36 der 157 Frauen der Studie mehr als 20 g Alkohol täglich trinken (11% min. 4x pro Woche, 50 % 2-4mal pro Woche, 33% 2-4mal pro Monat). Nur 3 Männer trinken über ihren Grenzwert (40g) (2 Männer min. 4x pro Woche, 1Mann 2-4mal pro Woche).

**Anmerkung:** In der Gruppe der *beruflich unzufriedenen* Probanden liegt der durchschnittlichen AUDIT – Score für Frauen bei 4,5 und zeigt damit einen Durchschnittswert an, der bereits innerhalb des Risikobereichs anzusiedeln ist. Die *beruflich unzufriedenen* Männer zeigen einen durchschnittlichen AUDIT – Score von 5,1. Dieser Wert ist für die Männer noch unterhalb des Risikobereichs und ist statistisch nicht signifikant vom AUDIT – Score der Frauen.

**Anmerkung zu den Cut-Off-Werten:**

Die Entscheidung für die geschlechtsspezifischen Cut-Off-Werte zeigt an dieser Stelle deutliche Konsequenzen: Die Risikogruppe wurde mit dieser Entscheidung auf 56 Probanden (26 %) festgelegt. Der Cut-Off-Wert 5 (Hapke et al., 1998) für die Gesamtstichprobe (217 Probanden) hätte z.B. zur Folge, dass „nur“ 49 Probanden (22,6 %) als Alkoholismusauffällige identifiziert worden wären. Der Cut-Off-Wert 8 (Babor et al., 1989, 1993) für die Gesamtstichprobe hätte z.B. zur Folge, dass „nur“ 20 Probanden (9,2 %) als Alkoholismusauffällige identifiziert worden wären.

Eine differenziertere Betrachtung des geschlechtsspezifischen Alkoholismus erlaubt das Streudiagramm 5.5.



Insbesondere fallen im Diagramm 5.5. zwei Sektoren auf: Im linken, oberen Bereich befinden sich 3 junge Frauen (Kreise) und eine junger Mann (Dreieck), in den Altersgruppen 1 (unter 20 Jahre), 2 (20 bis 25 Jahre) und 3 (26 bis 30 Jahre), die einen AUDIT- Score zwischen 11 und 18 aufweisen.

Im rechten, oberen Bereich sind 3 Männer (Dreiecke) anzutreffen, mit den Altersgruppen 7 (46 bis 50 Jahre) und 9 (56 bis 60 Jahre), die einen AUDIT- Score zwischen 16 und 18 aufweisen.

**Fazit:** Es wurde ein unerwartet hoher Prozentsatz von Alkoholismusauffälligen identifiziert. Darunter befinden sich unerwartet viele jüngere (weibliche) Betroffene. Die Größenordnung des aufgedeckten Alkoholismus belegt die Relevanz und Dringlichkeit der Implementierung eines Alkoholpräventionsprogramms.

### Zur Überprüfung der H0-4-Hypothese:

H0-4: Auch folgende Ergebnisse werden Durchschnittswerten (von vergleichbaren Studien) entsprechen: der Nikotinkonsum, die psychischen und somatischen Beschwerden, die Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich), die Offenheit, der Tablettenkonsum, die Essstörungen, der Therapiewunsch und die soziale Integration.

Der Nikotinkonsum der Beschäftigten wurde mit Hilfe des Fagerström- Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA) ermittelt (siehe Kapitel 3.5.). Ein zusätzliches Item differenzierte generell die Raucher von den Nichtrauchern. Dieses zusätzlich Items wurde integriert, da auch leichte oder Gelegenheitsraucher einen FTNA- Score von 0 erzielen konnten.

Nikotinkonsum	Frauen		Männer		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
Nichtraucher	119	75,8 %	50	86,2 %	169	78,6 %
Raucher	38	24,2 %	8	13,8 %	46	21,4 %
Gesamt	157	100 %	58	100 %	215	100 %

Tabelle 4.5.

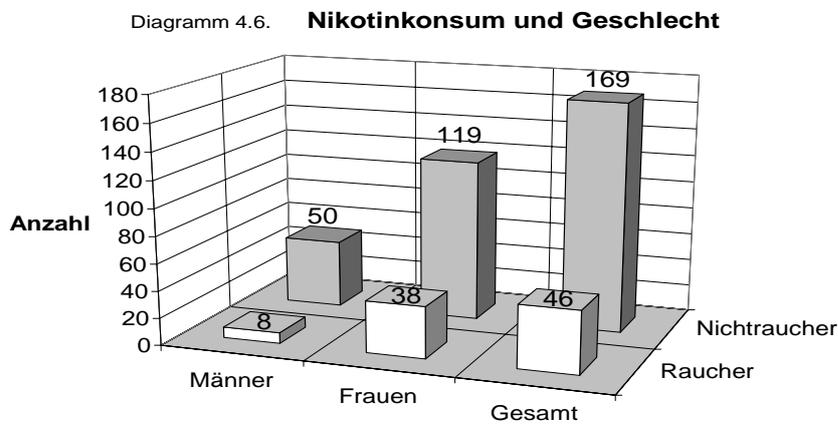
Die Tabelle 4.5. dokumentiert, dass 46 der 215 Probanden (21,4 %) rauchen. Die 38 weiblichen rauchenden Probanden waren mit 24,2 % häufiger vertreten als die 8 rauchenden Männer mit 13,8 %. Ein Chi-Quadrat-Test belegte, dass weniger weibliche und mehr männliche Raucher zu erwarten gewesen wären. Eine statistische Signifikanz konnte nicht ermittelt werden.

**Fazit:** Der Anteil der Frauen unter den Rauchern ist deutlich größer, als der Anteil der Männer.

Das folgende Diagramm 4.6. verdeutlicht anschaulich, dass der Anteil der Nichtraucher (78,6 %) in der Klinik sehr deutlich die Majorität bildet. Ein eher überraschendes Ergebnis ist der geringe Anteil der Raucher und der hohe Anteil der Frauen unter den Rauchern.

Der Erwartungswert lag bei etwa 30 % - 40 % Rauchern, wobei Frauen eher weniger rauchen (30 %) als Männer (43 %) (Kraus, Bauernfeind 1998; vgl. auch Statistisches Bundesamt 1996). Selbst der

geringere Erwartungswert von 25 % Rauchern, basierend auf den Daten von Weiland & Keil (1995), wurde in der vorliegenden Studie unterboten.



Das Diagramm 4.6 verdeutlicht, dass von 215 Probanden nur 46 rauchen und 169 nicht rauchen.

**Fazit:** Die Beschäftigten der Klinik rauchen unterdurchschnittlich wenig.

Die nachfolgende Tabelle 4.6. differenziert den geschlechtsspezifischen Nikotinkonsum nach Altersgruppen.

Geschlecht	Nikotin	Altersgruppen										Gesamt
		> 20	20 – 25	26 – 30	31 – 35	36 – 40	41 – 45	46 – 50	51 – 55	56 – 60	61 – 65	
Frauen	Nichtraucher	0	3	10	15	24	17	12	20	15	3	119
	Raucher	1	3	3	7	5	7	5	3	4	0	38
	Gesamt	1	6	13	22	29	24	17	23	19	3	157
Männer	Nichtraucher	0	0	2	5	8	11	13	4	5	2	50
	Raucher	0	1	0	1	1	1	2	2	0	0	8
	Gesamt	0	1	2	6	9	12	15	6	5	2	58
<b>Gesamtzahl der Raucher</b>		1	4	3	8	6	8	7	5	4	0	46

Tabelle 4.6.

In der Tabelle 4.6. ist abzulesen, dass sowohl für die Gesamtzahl der Probanden, als auch jeweils für Männer und Frauen, mit zunehmendem Alter die Anzahl der Raucher steigt, zwischen dem 31. und dem 50. Lebensjahr am stärksten ist, und danach wieder abflacht.

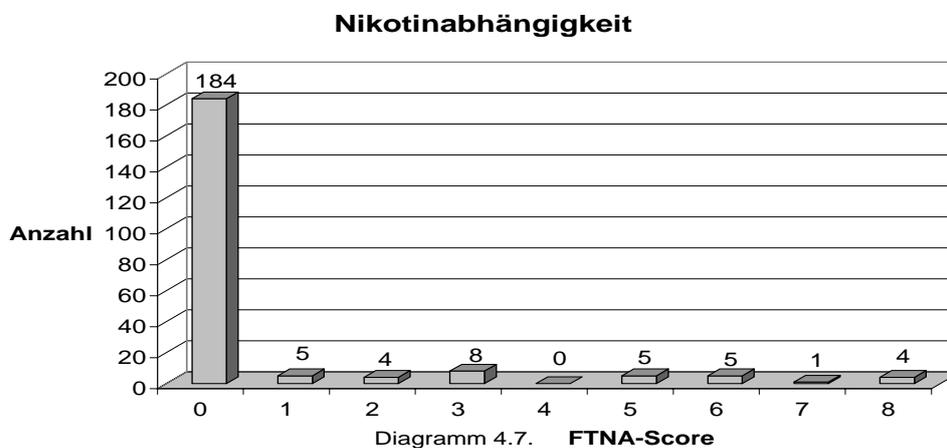
Das Diagramm 4.7. zeigt, dass die absolute Mehrheit der Probanden (184 von 216) einen FTNA-Score von 0 zeigen. Es ist anzumerken, dass damit nicht nur die Nichtraucher gemeint sind. Auch Raucher mit geringer Nikotinabhängigkeit können in dem FNTA- Test den Score 0 erzielen. Das erklärt, warum von den 184 Probanden, die in dem FTNA- Test den Punktwert 0 erreichten, nur 169 zu den Nichtrauchern gehören.

Der durchschnittliche FTNA- Score für die 217 Probanden liegt bei 0,6. Frauen erzielten durchschnittlich den FTNA- Score 0,7 und Männer den FTNA- Score 0,4. Die Mittelwertdifferenz wurde als statistisch nicht signifikant errechnet.

Die FTNA- Scores zwischen 0 und 2 werden als keine oder sehr geringe Nikotinabhängigkeit interpretiert.

**Anmerkung:** Für die Gruppe der *beruflich unzufriedenen* Probanden wurden völlig identische Werte ermittelt: Der durchschnittliche FTNA- Score bezifferte sich für die Frauen auf 0,7 und für die Männer auf 0,4. (Details, siehe unter H0-13)

Das Diagramm 4.7. verdeutlicht, dass von den 216 Probanden 184 Probanden (85,2 %) den FTNA- Score 0 und 32 Probanden (14,8 %) einen FTNA- Score von 1 bis 8 erreichten.



Von den 32 Probanden, die einen Score von 1 und mehr erzielten, sind insbesondere die 15 Probanden von Interesse, die einen FTNA- Score von 5, 6, 7 und 8 aufweisen, da diese Werte eine mittlere, starke und sehr starke Nikotinabhängigkeit beschreiben.

Die Scores des FTNA werden wie folgt interpretiert:

- 0 - 2 Punkte: keine oder sehr geringe Abhängigkeit
- 3 - 4 Punkte: geringe Abhängigkeit
- 5 Punkte: mittlere Abhängigkeit
- 6 - 7 Punkte: starke Abhängigkeit
- 8 - 10 Punkte: sehr starke Abhängigkeit

Die Probanden, mit diesen höheren Scores werden nun detaillierter analysiert.

Die nachfolgende Kreuztabelle 4.7. ermöglicht eine spezifischere Differenzierung zwischen der Nikotinabhängigkeit (FTNA- Score), dem Geschlecht und dem Alter.

Geschlecht	FTNA Score	Altersgruppen										Gesamt	%	Gesamt	
		>20	20 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65				

<b>Frauen</b>	0	0	4	10	16	26	21	12	21	18	3	131	92,4	157
	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	4		
	2	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	4		
	3	0	1	1	1	0	0	3	0	0	0	6		
	5	0	<b>1</b>	0	0	<b>1</b>	<b>1</b>	0	<b>1</b>	0	0	<b>4</b>	7,6	
	6	<b>1</b>	0	0	<b>2</b>	<b>1</b>	0	0	0	0	0	<b>4</b>		
	7	0	0	0	<b>1</b>	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>		
	8	0	0	<b>1</b>	0	<b>1</b>	<b>1</b>	0	0	0	0	<b>3</b>		
<b>Männer</b>	0	0	0	2	5	9	12	13	4	5	2	52	94,8	58
	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
	3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2		
	5	0	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>	0	0	<b>1</b>	5,2	
	6	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>	0	0	0	<b>1</b>		
8	0	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>	0	0	<b>1</b>			
<b>FTNA- Score &gt;= 5</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>7 %</b>	

Tabelle 4.7.

In der Tabelle 4.7. sind, neben dem Geschlecht und den Altersgruppen die FTNA- Scores von 0 bis 8 aufgeführt. Die FTNA- Scores ab 5 sind markiert, da der Bereich ab 5 bis 8 als mittlere bis sehr starke Nikotinabhängigkeit interpretiert wird.

Die Tabelle 4.7. offenbart, dass 15 der insgesamt 215 Probanden (7 %) zu den mittleren bis sehr starken Rauchen gezählt werden müssen. Von diesen 15 mittleren bis sehr starken Rauchern, sind 3 Männer und 12 Frauen vertreten. Dieses scheinbar ungleiche Verhältnis muss auf Grund des erheblich höheren Frauenanteils der Probanden (157 Frauen, 58 Männer) relativiert werden.

Dementsprechend zählen 3 der der 58 Männer (5,2 %) zu den mittleren bis sehr starken Rauchern. Diese sind im Alter zwischen 46 und 55 Jahren.

Von den 157 Frauen der Studie müssen 12 Frauen (7,6 %) zu den mittleren bis sehr starken Rauchern gezählt werden. Diese 12 Frauen sind, im Vergleich zu den Männern, auffällig in den jüngeren Altersgruppen anzutreffen.

**Fazit:** Frauen, sind bei den mittleren bis sehr starken Rauchern deutlich am häufigsten vertreten.

Die Testung weiterer möglicher Einflussgrößen auf das Rauchverhalten erfolgt durch Prüfung der H0-10 Hypothese (S. 197).

Es folgt die Auswertung der Angaben zu den psychischen und somatischen Beschwerden. Diese wurden mittels der Beschwerdeliste und deren Parallelfarm (B-L und B-L' von Zerrsen), mit insgesamt 48 Items erhoben.

Die Tabelle 4.8. zeigt die Mittelwerte der psychischen und somatischen Beschwerden.

<b>Beschwerdeliste</b> v. Zerrsen	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
1 Kloß	217	,00	3,00	,2396	,53376
2 Kurzatmigkeit	217	,00	3,00	,5668	,88527

3 Schwäche	217	,00	3,00	,6452	,79837
4 Schluckbeschwerden	217	,00	3,00	,1751	,52416
5 Brustschmerz	217	,00	3,00	,3779	,67018
6 Völlegefühl	217	,00	3,00	,6820	,85813
7 Mattigkeit	217	,00	3,00	,9770	,88946
8 Übelkeit	217	,00	3,00	,3134	,61873
9 Sodbrennen	217	,00	3,00	,4562	,77530
10 Reizbarkeit	217	,00	3,00	1,0645	,89001
11 Grübelei	217	,00	3,00	1,0691	,93284
12 Schwitzen	217	,00	3,00	,6037	,88693
<b>13 Rückenschmerz</b>	<b>217</b>	<b>,00</b>	<b>3,00</b>	<b>1,3456</b>	<b>1,02983</b>
14 Unruhe	217	,00	3,00	,8664	,93076
15 Müde Beine	217	,00	3,00	,6037	,80484
16 Unruhe Beine	217	,00	3,00	,2949	,58974
17 Wärmeempfindlich	217	,00	3,00	,3456	,69081
18 Kälteempfindlich	217	,00	3,00	,5668	,83688
19 Schlafbedürfnis	217	,00	3,00	,7235	,89082
20 Schlaflosigkeit	217	,00	3,00	,5991	,90298
21 Schwindelgefühl	217	,00	3,00	,3917	,73819
22 Zittern	217	,00	3,00	,2811	,63045
<b>23 Nackenschmerzen</b>	<b>217</b>	<b>,00</b>	<b>3,00</b>	<b>1,3456</b>	<b>1,01625</b>
24 Gewichtsabnahme	217	,00	3,00	,2488	,61072
25 Kopfschmerz	217	,00	3,00	,9585	1,04666
26 Müdigkeit	217	,00	3,00	1,0876	,90097
27 Gleichgewichtsstörung	217	,00	3,00	,2028	,54040
28 Atemnot	217	,00	3,00	,1060	,40001
29 Erstickungsgefühle	217	,00	2,00	,0461	,23113
30 Weinen	217	,00	3,00	,6682	,92824
31 Appetitlosigkeit	217	,00	3,00	,3180	,61260
32 Schluckauf	217	,00	2,00	,1521	,38479
33 Herzklopfen	217	,00	3,00	,4700	,76393
34 Erschöpfbarkeit	217	,00	3,00	,7788	,86437
35 Angstgefühl	217	,00	3,00	,6728	,90720
36 Leibscherzen	217	,00	3,00	,8618	1,04050
37 Verstopfung	217	,00	3,00	,4839	,74596
38 Energielosigkeit	217	,00	3,00	,7419	,82650
39 Gliederschmerz	217	,00	3,00	,8111	,94097
40 Konzentrationsschw.	217	,00	3,00	,6452	,76278
41 Kalte Füße	217	,00	3,00	,8940	,99667
42 Sex. Erregungsmangel	217	,00	3,00	,5668	,85332
43 Erröten	217	,00	3,00	,5438	,81033
44 Frieren	217	,00	3,00	,7465	,93060
45 Hitzwallungen	217	,00	3,00	,5438	,89192
46 Trübe Gedanken	217	,00	3,00	,8618	,87626
47 Innere Gespanntheit	217	,00	3,00	,7143	,80013
48 Mißempf. Hände+Füße	217	,00	3,00	,4286	,75505

Tabelle 4.8.

In Tabelle 4.8. ist abzulesen, dass Rückenschmerzen und Nackenschmerzen, gefolgt von Reizbarkeit, Grübelei und Müdigkeit, am häufigsten von den Probanden angegeben werden.

Beschwerdesumme Mittelwert	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Beschwerdesumme	216	0,00	49,00	<b>14,69</b>	9,95

Tabelle 4.9.

Der Mittelwert wird ganzzahlig auf den Score 15 aufgerundet. Der durch den Rohwert 15 errechnete Staninewert 5 entspricht dem Mittelwert der Bevölkerung (Zerssen, D.v. unter Mitarbeit von Koeller, D.-M., 1976). Exakt bedeutet dies, dass 58,9 % der Bevölkerung weniger Beschwerden beklagen als der durchschnittliche Klinikbeschäftigte. Damit liegt der mittlere Beschwerdewert der Probanden der Klinik also im Bundesdurchschnitt.

**Anmerkung:** Der durchschnittliche B-L- Score der *beruflich unzufriedenen* Probanden bezifferte sich 22,6 und liegt damit deutlich über dem Durchschnittswert der Gesamtstichprobe. Der Mittelwert 22,6 bedeutet eine mäßig erhöhte Ausprägung. Dabei ist aber anzumerken, dass 75,7 % der Bevölkerung einen geringeren B-L- Score aufweist als die *beruflich unzufriedenen* Probanden.

Der durchschnittliche psychische und somatische Beschwerdewert (B-L- Score) der sowohl *beruflich, privat*, als auch *körperlich unzufriedenen* 4 Probanden (1,8 % der Gesamtstichprobe) beziffert sich auf den B-L- Score 32. Dieser Wert ist ein deutlich erhöhter Wert, dass bedeutet beispielsweise, dass 94,1% der Bevölkerung geringere B-L- Scores aufweisen. (Details siehe unter H0-13, S. 200)

### Zur Offenheit der Probanden

Ein wesentlicher „Eckpfeiler“ der Qualität der vorliegenden Studie wird durch das Ausmaß der Offenheit der Probanden dokumentiert:

Die Bewertung der Offenheit wird durch den FPI – Stanine – Wert belegt. Dieser variiert zwischen den Staninen min. 1 und max. 9. Ein Stanine – Wert zwischen 4 und 6 ist als unauffälliger Normbereich in 54% der Fälle zu erwarten (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1994).

Der durchschnittliche Stanine – Wert der Probanden der vorliegenden Studie liegt bei 4,3 und kann damit als ein Beleg für die zufriedenstellende Offenheit der Befragten angesehen werden.

**Anmerkung:** Die Offenheit wird im weiteren Verlauf immer getestet, wenn Subgruppen (Probanden mit erhöhten Alkoholismuszahlen, Essgestörte, Raucher, Probanden mit erhöhten Beschwerdewerten, etc.) differenzierter betrachtet werden.

Eine wichtige Fragestellung der Studie bezieht sich auf die Zufriedenheit der Beschäftigten, da deren Ausprägung einen vermuteten Zusammenhang mit dem Substanzkonsum zeigen wird.

### Zur Zufriedenheit der Beschäftigten

Die 3 Variablen der Zufriedenheit (die berufliche, private und die körperliche Zufriedenheit) wurden evaluiert. Die Tabellen 4.10., 4.11 und 4.12. zeigen die Ergebnisse:

<b>Berufl. Zufriedenheit</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Kaum und gar nicht	38	17,7 %
Mäßig und stark	177	82,3%
Gesamt	215	100 %

Tabelle 4.10.

<b>Priv. Zufriedenheit</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Kaum und gar nicht	17	7,9 %
Mäßig und stark	199	92,1 %
Gesamt	216	100 %

Tabelle 4.11.

<b>Körperl. Zufriedenheit</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Kaum und gar nicht	32	14,9 %
Mäßig und stark	183	85,1 %
Gesamt	215	100 %

Tabelle 4.12.

Die Tabelle 4.10. verdeutlicht, dass sich die Majorität von 82,3 % sich mäßig oder stark beruflich zufrieden fühlt. Das bedeutet aber auch, dass 17,7 % der Probanden sich kaum oder gar nicht beruflich zufrieden fühlen.

In der Tabelle 4.11. ist abzulesen, dass sich 92,1 % der Probanden als mäßig oder stark privat zufrieden fühlen. Damit ist die private Zufriedenheit höher als die berufliche und die körperliche. Knapp 8 % (7,9 %) der Probanden fühlen sich privat kaum oder gar nicht zufrieden.

Die Tabelle 4.12. verdeutlicht, dass sich fast 15 % (14,9 %) der Probanden körperlich kaum oder gar nicht zufrieden fühlen.

**Fazit:** Die Majorität der Beschäftigten der Klinik beschreibt sich selber als beruflich, privat und körperlich zufrieden.  
Das sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass ein nicht geringer Prozentsatz (7,9 % bis 17,7 %) der Beschäftigten sich unzufriedenen äußert. (Diese Subgruppe wird im weiteren Verlauf differenzierter analysiert.)

Die Zufriedenheit der Beschäftigten wird als ein wichtiger Einflussfaktor auf den Substanzkonsum und die psychischen und somatische Beschwerden angesehen. Deshalb werden die Variablen an dieser Stelle differenzierter dokumentiert.

Die Tabelle 4.13. zeigt, dass der größte Anteil (28,9 %) der beruflich unzufriedenen Probanden sich in der Altersgruppe zwischen 36 und 40 Jahren befindet.

Altersgruppen	Frauen	Männer	Anzahl	Prozent
26 - 30	6	1	7	18,4 %
31 - 35	3	1	4	10,5 %
36 - 40	9	2	11	<b>28,9 %</b>
41 - 45	4	0	4	10,5 %
46 - 50	1	2	3	7,9 %
51 - 55	5	0	5	13,2 %
56 - 60	2	1	3	7,9 %
61 - 65	1	0	1	2,6 %
Gesamt	31	7	38	100 %

Tabelle 4.13.

Wenn die beruflich unzufriedenen Probanden mit ihrer eigenen Altersgruppe verglichen werden, ergibt sich ein anderes Bild (siehe Tabelle 4.14.)

Altersgruppen	Probanden gesamt	Probanden beruflich unzufrieden	Prozent
bis 30 Jahre	23	7	<b>30,4 %</b>
31 – 40 Jahre	66	15	22,7 %
41 – 45 Jahre	69	7	10,1 %
51 – 55 Jahre	53	8	15,1 %
ab 56 Jahre	5	1	20 %
	216	38	17,6 %

Tabelle 4.14.

Die Tabelle 4.14. verdeutlicht, dass der Anteil der beruflich unzufrieden Probanden (30,4 %) in der jüngsten Altersgruppe der bis 30 Jährigen am größten ist.

In welchen Merkmalen sich die zufriedenen von den unzufriedenen Beschäftigten unterscheiden und welche Einflüsse und Zusammenhänge die Zufriedenheit zeigen, wird durch die folgenden Hypothesentestungen (H0-5 bis H0-22, Zusammenhangstestungen) noch zu klären sein.

#### Zum Tablettenkonsum:

Tablettenkonsum	Häufigkeit	Prozent
Kaum und gar nicht	195	90,3 %
Mäßig und stark	21	9,7 %
Gesamt	216	100 %

Tabelle 4.15.

Die Angaben der Probanden zum Tablettenkonsum (Tabelle 4.15.) zeigen, dass fast 10 % der Beschäftigten (9,7%) angaben, mäßigen oder starken Tablettenkonsum zu betreiben. Eine detailliertere Analyse dieser Probanden, z.B. unter alters- und geschlechtsspezifischen Aspekten, erfolgt weiter unten im Rahmen der Zusammenhangstestungen (siehe unter H0-15 Hypothese, S. 209)

#### Zu den Essstörungen:

Essstörungen	Häufigkeit	Prozent
Kaum und gar nicht	178	82,4 %

Mäßig und stark	38	17,6 %
Gesamt	216	100 %

Tabelle 4.16.

Die Angaben der Probanden zu den Essstörungen (Tabelle 4.16.) zeigen, dass 17,6 % der Beschäftigten angaben, mäßiges oder stark gestörtes Essverhalten bei sich zu bemerken. Eine detailliertere Analyse dieser Probanden, z.B. unter alters- und geschlechtsspezifischen Aspekten, erfolgt weiter unten im Rahmen der Zusammenhangstestungen (siehe unter H0-16 Hypothese, S. 211).

### Zum Therapiewunsch:

Therapiewunsch	Häufigkeit	Prozent
Kaum und gar nicht	186	86,1 %
Mäßig und stark	30	13,9 %
Gesamt	216	100 %

Tabelle 4.17.

Die Angaben der Probanden zum Thema Therapiewunsch (Tabelle 4.17.) zeigen, dass etwa 14 % der Beschäftigten (13,9 %) einen mäßigen oder starken Therapiewunsch äußerten. Eine detailliertere Analyse dieser Probanden, z.B. unter alters- und geschlechtsspezifischen Aspekten, erfolgt weiter unten im Rahmen der Zusammenhangstestungen (siehe unter H0-18 Hypothese, S. 213).

### Zur sozialen Integration:

Die 6 Variablen der sozialen Integration wurden in 2 Kategorien aufgeteilt:

- 1- **Das soziale Netz:** 3 Variablen: zurückgezogen, gesellig, sozialer Rückhalt
- 2- **Der Familienstand:** 3 Variablen: Ehe / eheähnlich, alleinerziehend, Single

### Zu 1) Die 3 Variablen des sozialen Netzes:

1) Zurückgezogen	Häufigkeit	Prozent
Kaum und gar nicht	166	76,9 %
Mäßig und stark	50	23,1 %
Gesamt	216	100 %

Tabelle 4.18.

2) Gesellig	Häufigkeit	Prozent
Kaum und gar nicht	30	14 %
Mäßig und stark	185	86 %
Gesamt	215	100 %

Tabelle 4.19.

3) Sozialer Rückhalt	Häufigkeit	Prozent
Kaum und gar nicht	16	7,4 %
Mäßig und stark	200	92,6 %
Gesamt	216	100 %

Tabelle 4.20.

Die 3 Variablen des sozialen Netzes, die in den 4.18., 4.19. und 4.20. dokumentiert werden (zurückgezogen, gesellig, soz. Rückhalt), sind sicherlich relativ unscharfe Begriffe. Deshalb dienen

die Ergebnisse auch eher der Beschreibung einer Tendenz. Diese erscheint aber weitgehend deutlich und einheitlich: Die Majorität der Beschäftigten erlebt sich als sozial eingebunden, gesellig (86 %), mit sozialem Rückhalt (92,6%). Es muss auch festgestellt werden, dass 7,4 % der Probanden kaum oder gar keinen sozialen Rückhalt erlebt, fast ein Viertel der Probanden (23,1 %) zurückgezogen leben und 14% der Probanden sich als kaum oder gar nicht gesellig beschreiben.

Eine detailliertere Analyse dieser Probanden erfolgt im Kontext mit der Überprüfung der Zusammenhänge (Hypothesen H0-5 bis H0-22).

### **Zu 2) Die 3 Variablen des Familienstands:**

Die Evaluierung der 3 Variablen des Familienstands (Tabellen 4.21, 4.22., 4.23.) zeigen, dass ca. 80% der Probanden in einer Ehe oder eheähnlichen Gemeinschaft leben. Ca. 20 % schildern sich ohne feste Partnerschaft oder als Single. Etwa 5 % der Probanden beschreiben sich als alleinerziehend.

<b>Ehe / eheähnlich</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Nein	46	21,5 %
Ja	168	78,5 %
Gesamt	214	100 %

Tabelle 4.21.

<b>Single</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Nein	173	80,8 %
Ja	41	19,2 %
Gesamt	214	100 %

Tabelle 4.22.

<b>Alleinerziehend</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Nein	203	94,9 %
Ja	11	5,1 %
Gesamt	214	100 %

Tabelle 4.23.

Der überwiegende Anteil der Probanden lebt in einer festen Beziehung: 168 von 217 Probanden geben an, dass sie in einer Ehe oder einer eheähnlichen Gemeinschaft leben, 46 Probanden verneinen diese Frage. 41 Probanden geben an, dass sie als Singles leben und 11 Probanden schildern sich als alleinerziehend.

Eine detailliertere Analyse dieser Daten erfolgt im Kontext der Zusammenhangstestungen (Hypothesen H0-5 bis H0-22).

Es folgen nun die Ergebnisdarstellungen der Hypothesen, die sich auf die Annahmen der signifikanten **Zusammenhänge** beziehen.

### **Zur Überprüfung der H0-5-Hypothese:**

H0-5: Es lassen sich zwischen den **Alkoholismuskwerten** und folgenden Variablen Korrelationen feststellen: den Nikotinabhängigkeitswerten (+), den psychischen und somatischen Beschwerdewerten (+), der Offenheit (-), dem Schulabschluss (-), der Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich) (-), dem Tablettenkonsum (+), der sozialen Integration (Familienstand, soziales Netz) (-), den Essstörungen (+), dem Therapiewunsch (-), dem Geschlecht (m > w).

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und Offenheit:**

Der Zusammenhang zwischen der Alkoholismusaussprägung (AUDIT- Score) und dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI-Subskala für Offenheit) war signifikant ( $r = 0,162$ ;  $p < 0,05$ ). Der Zusammenhangswert ist zwar nur sehr schwach positiv, aber signifikant. Das bedeutet, dass tendenziell auch Probanden mit erhöhten AUDIT- Scores durchaus Offenheit zeigen

**Zur Testung der Interkorrelationen der 10 Alkoholismus-Items (AUDIT):**

Die Tabelle 4.24. verdeutlicht z.B., welche Trinkeigenschaften in besonderem Maße mit einem erhöhten Alkoholismuskwert korrelieren.

	Häufig- keit	Quan- tum	Mehr als 6 Getränke	Kontroll- verlust	Freunde ent- täuscht	Eye Opener	Schuld- gefühle	Filmriss	Verletz- ung	Konfron- tation
<b>Häufigkeit</b>	1	,337	,397	,215	,249	,109	,279	,129	,076	,228
Sign.		,000	,000	,001	,000	,110	,000	,058	,262	,001
<b>Quantum</b>	,337	1	,565	,407	,414	,219	,485	,333	,011	,275
Sign.	,000		,000	,000	,000	,001	,000	,000	,877	,000
<b>Mehr als 6 Getränke</b>	,397	,565	1	,507	,434	,208	,515	,403	,238	,379
Sign.	,000	,000		,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000
<b>Kontroll- Verlust</b>	,215	,407	,507	1	,489	,421	,694	,466	,225	,530
Sign.	,001	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,001	,000
<b>Freunde enttäuscht</b>	,249	,414	,434	,489	1	,422	,497	,307	-,030	,365
Sign.	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,659	,000
<b>Eye Opener</b>	,109	,219	,208	,421	,422	1	,237	,310	-,010	-,014
Sign.	,110	,001	,002	,000	,000		,000	,000	,885	,837
<b>Schuld- Gefühle</b>	,279	,485	,515	,694	,497	,237	1	,181	,046	,540
Sign.	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,007	,497	,000
<b>Filmriss</b>	,129	,333	,403	,466	,307	,310	,181	1	,199	,334
Sign.	,058	,000	,000	,000	,000	,000	,007		,003	,000
<b>Verletz- ung</b>	,076	,011	,238	,225	-,030	-,010	,046	,199	1	,054
Sign.	,262	,877	,000	,001	,659	,885	,497	,003		,432
<b>Konfron- tation</b>	,228	,275	,379	,530	,365	-,014	,540	,334	,054	1
Sign.	,001	,000	,000	,000	,000	,837	,000	,000	,432	
<b>AUDIT SCORE</b>	,654	,676	<b>,806</b>	<b>,733</b>	,601	,303	<b>,734</b>	,482	,265	,625
Sign.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Tabelle 4.24

Wie in Tabelle 4.24. dargestellt, korreliert das Merkmal -mehr als 6 alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit- am höchsten ( $r = 0,806$ ;  $p < 0,001$ ) mit der Alkoholismusaussprägung (AUDIT-SCORE),

gefolgt von den Merkmalen -Schuldgefühle- ( $r = 0,734$ ;  $p < 0,001$ ) und -Kontrollverlust- ( $r = 0,733$ ;  $p < 0,001$ ). Die Merkmale -Kontrollverlust, -Freunde enttäuscht- und -Schuldgefühle- zeigen die häufigsten hohen signifikanten Zusammenhänge mit anderen Alkoholkonsumeigenschaften.

Ein Interessantes Ergebnis ist die Tatsache, dass die Trinkhäufigkeit mit anderen Alkoholkonsumeigenschaften nur gering korreliert, nur mit dem AUDIT-Score ist der Zusammenhang am deutlichsten. Das Merkmal -sich oder andere unter Alkoholeinfluss verletzt zu haben- zeigt die geringsten Korrelationen.

Die 10 Items des AUDIT (plus dem AUDIT- Score), wie sie in Tabelle 4.24. dargestellt sind, zeigen signifikante Interkorrelationen. Insbesondere konnten folgende Zusammenhänge bewiesen werden:

<b>AUDIT- Score korreliert mit den 10 Items des AUDIT:</b>	
01- Häufigkeit, mehr als 6 alkoholische Getränke zu konsumieren	$r = 0,806$ ; $p < 0,001$
02- Schuldgefühle	$r = 0,734$ ; $p < 0,001$
03- Kontrollverlust	$r = 0,733$ ; $p < 0,001$
04- Konsummenge	$r = 0,676$ ; $p < 0,001$
05- Konsumhäufigkeit	$r = 0,654$ ; $p < 0,001$
06- Auf Problem angesprochen werden	$r = 0,625$ ; $p < 0,001$
07- Freunde enttäuscht	$r = 0,601$ ; $p < 0,001$
08- Filmriss	$r = 0,482$ ; $p < 0,001$
09- Eye Opener	$r = 0,303$ ; $p < 0,001$
10- Fremdgefährdung	$r = 0,265$ ; $p < 0,001$

Tabelle 4.25.

Die alkoholbezogenen Variablen, die mit der Alkoholismusaussprägung (AUDIT- Score) korrelieren, sind nach Höhe des Zusammenhangs in Tabelle 4.25. aufgelistet. Die größten Zusammenhänge wurden zwischen der Alkoholismusaussprägung und folgenden 3 Merkmalen festgestellt: bei einer Gelegenheit mehr als 6 alkoholische Getränke zu konsumieren, Schuldgefühlen und Kontrollverlust. Das bedeutet, dass der größte Zusammenhang besteht zwischen einem hohen Alkoholismus und der Eigenschaft unkontrolliert bei einer Gelegenheit hohe Mengen zu konsumieren und diese Erfahrung schuldhaft zu verarbeiten.

<b>Die Häufigkeit, bei einer Gelegenheit mehr als 6 alkoholische Getränke zu konsumieren, korrelierte mit:</b>	
- der Trinkmenge	$r = 0,565$ ; $p < 0,001$
- dem Kontrollverlust	$r = 0,507$ ; $p < 0,001$
- dem Schuldgefühl	$r = 0,515$ ; $p < 0,001$

Tabelle 4.26.

<b>Der alkoholbedingte Kontrollverlust korrelierte mit:</b>	
- Schuldgefühlen	$r = 0,694$ ; $p < 0,001$
- Auf Problem angesprochen werden	$r = 0,530$ ; $p < 0,001$

Tabelle 4.27.

<b>Auf Alkoholproblem angesprochen werden, korreliert mit:</b>	
- Schuldgefühlen	$r = 0,540$ ; $p < 0,001$

Tabelle 4.28.

Die Dynamik der Merkmale hoher Trinkmenge, Kontrollverlust, Schuldgefühlen und auf Problem angesprochen werden, erscheint plausibel und nachvollziehbar.

**Anmerkung:** Die folgenden Zusammenhangstestungen beziehen sich auf die Gesamtstichprobe. Die berechneten Korrelationen sind signifikant, aber z.T. schwach. Es werden die Ergebnisse der Subgruppen (z.B. Subgruppe der alkoholauffälligen Probanden) immer wieder vergleichend angeführt und ab S. 216 (H0-22) ausführlich analysiert. Deren Zusammenhänge sind erheblich höher.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und Nikotinabhängigkeit:**

Der Zusammenhang zwischen der Alkoholismusausrprägung (AUDIT- Score) und dem Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA), sowie zwischen dem AUDIT- Score und der Eigenschaft Raucher /Nichtraucher, waren *nicht* signifikant.

Aber der zwischen dem AUDIT- Score und dem Item Ausmaß des Zigarettenkonsums konnte ein signifikanter, aber sehr schwacher Zusammenhang ( $r = 0,140$ ;  $p < 0,05$ ) nachgewiesen werden. Das bedeutet, dass Probanden mit erhöhten AUDIT- Scores tendenziell einen erhöhten Nikotinkonsum zeigen.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und dem psychischen und somatischen Beschwerdewert:**

Der Zusammenhang zwischen dem AUDIT- Score und dem psychischen und somatischen Beschwerdewert (B-L- Score) war mit einem Wert von  $r = 0,181$ ;  $p < 0,05$  zwar signifikant, aber schwach.

Differenzierter betrachtet, wurden folgende Zusammenhänge zwischen dem AUDIT- Score und folgenden psychischen und somatischen Beschwerden belegt:	
- Trübe Gedanken	$r = 0,270$ ; $p < 0,001$
- Reizbarkeit	$r = 0,221$ ; $p < 0,001$
- Grübelei	$r = 0,214$ ; $p < 0,01$
- Zittern	$r = 0,191$ ; $p < 0,01$
- Brustschmerz	$r = 0,186$ ; $p < 0,01$
- Schluckbeschwerden	$r = 0,184$ ; $p < 0,01$
- Kurzatmigkeit	$r = 0,149$ ; $p < 0,05$
- Völlegefühl	$r = 0,141$ ; $p < 0,05$
- Sodbrennen	$r = 0,151$ ; $p < 0,05$
- Schwitzen	$r = 0,144$ ; $p < 0,05$
- Gewichtsabnahme	$r = 0,135$ ; $p < 0,05$
- Atemnot	$r = 0,146$ ; $p < 0,05$
- Appetitlosigkeit	$r = 0,141$ ; $p < 0,05$
- Angstgefühle	$r = 0,143$ ; $p < 0,05$
- Konzentrationsschwäche	$r = 0,170$ ; $p < 0,05$
- Innere Gespanntheit	$r = 0,152$ ; $p < 0,05$

Tabelle 4.29.

Die Alkoholismusausrprägung zeigt hochsignifikante, aber geringe Korrelationen, insbesondere mit psychischen Symptomen, wie z.B. trübe Gedanken, Reizbarkeit und Grübelei. Weitere, eher psychovegetative Symptome können nur noch als Zusammenhangstendenzen interpretiert werden.

An dieser Stelle soll das Alkoholkonsumverhalten differenzierter bzgl. der korrelierenden Variablen betrachtet werden.

### Die Alkoholkonsumhäufigkeit korreliert mit

den psychischen und somatischen Beschwerden:

- Grübeleien  $r = 0,192; p < 0,01$
- Offenheit  $r = 0,133; p < 0,05$
- Trübe Gedanken  $r = 0,169; p < 0,05$
- Kopfschmerz  $r = - 0,149; p < 0,05$
- Gleichgewichtsstörung  $r = - 0,138; p < 0,05$

dem Nikotinkonsum:

- Nikotinkonsum am Morgen  $r = - 0,204; p < 0,01$
- Höchster Konsum am Morgen  $r = - 0,144; p < 0,05$

Tabelle 4.30.

Am deutlichsten ist die schwache negative, aber sehr signifikante Korrelation ( $r = - 0,204; p < 0,01$ ) zwischen Alkoholkonsumhäufigkeit und dem Nikotinkonsum am Morgen.

### Die Alkoholtrinkmenge korreliert mit

den psychischen und somatischen Beschwerden:

- Appetitlosigkeit  $r = 0,237; p < 0,001$
- Trübe Gedanken  $r = 0,237; p < 0,001$
- Kurzatmigkeit  $r = 0,214; p < 0,01$
- Leibschmerzen  $r = 0,191; p < 0,01$
- Nackenschmerzen  $r = 0,179; p < 0,01$
- Reizbarkeit  $r = 0,175; p < 0,01$
- Sodbrennen  $r = 0,177; p < 0,01$
- Rückenschmerzen  $r = 0,168; p < 0,05$
- Schluckbeschwerden  $r = 0,163; p < 0,05$
- Beschwerdewert  $r = 0,156; p < 0,05$
- Grübeleien  $r = 0,155; p < 0,05$
- Erstickungsgefühle  $r = 0,153; p < 0,05$
- Angstgefühle  $r = 0,153; p < 0,05$
- Sex Erregungsmangel  $r = 0,150; p < 0,05$
- Herzklopfen  $r = 0,147; p < 0,05$
- Atemnot  $r = 0,135; p < 0,05$

dem Nikotinkonsum:

- Zigarettenquantum  $r = 0,138; p < 0,05$

der Zufriedenheit:

- Private Zufriedenheit  $r = - 0,288; p < 0,001$
- Körperliche Zufriedenheit  $r = - 0,203; p < 0,01$
- Berufliche Zufriedenheit  $r = - 0,152; p < 0,05$

Tabelle 4.31.

Am deutlichsten ist die schwache, aber höchst signifikante Korrelation zwischen der Alkoholtrinkmenge und der Appetitlosigkeit ( $r = 0,237; p < 0,001$ ) und der Alkoholtrinkmenge und trüben Gedanken ( $r = 0,237; p < 0,001$ ).

Eine interessante und gut nachvollziehbare Zusammenhangstendenz, wie sie in Tabelle 4.31. dokumentiert wird, besteht zwischen der privaten Zufriedenheit und der Alkoholtrinkmenge

( $r = -0,288$ ;  $p < 0,001$ ). D.h., dass privat unzufriedene Probanden eine eher höhere Alkoholtrinkmenge zeigen. Die gleiche Dynamik besteht zwischen der Alkoholtrinkmenge und der körperlichen Zufriedenheit ( $r = -0,203$ ;  $p < 0,01$ ). D.h., dass körperlich unzufriedene Probanden eine eher höhere Alkoholtrinkmenge zeigen

<b>Der Alkoholhochkonsum (Gelegenheiten mit Alkoholkonsum von mehr als 6 Getränken) korreliert mit:</b>	
der Offenheit	$r = 0,154$ ; $p < 0,05$
den psychischen und somatischen Beschwerden:	
- Trübe Gedanken	$r = 0,159$ ; $p < 0,05$
- Reizbarkeit	$r = 0,148$ ; $p < 0,05$
- Völlegefühl	$r = 0,144$ ; $p < 0,05$
- Schluckauf	$r = 0,142$ ; $p < 0,05$
- Unruhe	$r = 0,135$ ; $p < 0,05$
der Zufriedenheit:	
- Private Zufriedenheit	$r = -0,309$ ; $p < 0,001$
- Körperliche Zufriedenheit	$r = -0,147$ ; $p < 0,05$
dem Tablettenkonsum	$r = -0,139$ ; $p < 0,05$

Tabelle 4.32.

Die Korrelationen sind sehr schwach und können nur als Tendenzen interpretiert werden.

Bezüglich der Offenheit zeigen sich (Tabelle 4.32.) nur sehr geringe Korrelationen. Es könnte vielleicht von einer signifikanten Tendenz für Offenheit (auch für Probanden mit einem Alkoholhochkonsum) gesprochen werden.

Insbesondere die private Zufriedenheit zeigt (Tabelle 4.32.) einen höchst signifikanten negativen Einfluss auf den Alkoholhochkonsum.

<b>Der Kontrollverlust während des Alkoholkonsums korreliert mit:</b>	
den psychischen und somatischen Beschwerden:	
- Beschwerdewert (B-L)	$r = 0,244$ ; $p < 0,01$
- Zittern	$r = 0,333$ ; $p < 0,001$
- Gewichtsabnahme	$r = 0,260$ ; $p < 0,001$
- Brustschmerz	$r = 0,294$ ; $p < 0,01$
- Gleichgewichtsstörung	$r = 0,222$ ; $p < 0,01$
- Trübe Gedanken	$r = 0,218$ ; $p < 0,01$
- Kälteempfindlichkeit	$r = 0,206$ ; $p < 0,01$
- Schwäche	$r = 0,205$ ; $p < 0,01$
- Reizbarkeit	$r = 0,194$ ; $p < 0,01$
- Schwindelgefühl	$r = 0,196$ ; $p < 0,01$

Fortsetzung auf nächster Seite

- Schlafbedürfnis	r = 0,185; p< 0,01
- Mattigkeit	r = 0,184; p< 0,01
- Übelkeit	r = 0,183; p< 0,01
- Konzentrationsschwäche	r = 0,175; p< 0,01
- Appetitlosigkeit	r = 0,167; p< 0,05
- Schluckbeschwerden	r = 0,166; p< 0,05
- Müde Beine	r = 0,166; p< 0,05
- Unruhe i.d. Beinen	r = 0,166; p< 0,05
- Nackenschmerz	r = 0,163; p< 0,05
- Atemnot	r = 0,160; p< 0,05
- Völlegefühl	r = 0,146; p< 0,05
- Schwitzen	r = 0,139; p< 0,05
- Wärmeempfindlichkeit	r = 0,139; p< 0,05
- Frieren	r = 0,139; p< 0,05
dem Nikotinkonsum:	
- Konsum trotz Krankheit	r = 0,299; p< 0,001
- Schnell morgens die erste Zigarette	r = 0,298; p< 0,001
- Nikotinabhängigkeit (FTNA- Score)	r = 0,282; p< 0,001
- Probleme mit Rauchverzicht	r = 0,236; p< 0,001
- Zigarettenquantum	r = 0,230; p< 0,01
- Höchster Konsum am Morgen	r = 0,140; p< 0,05
der Zufriedenheit	
- Körperliche Zufriedenheit	r = - 0,319; p< 0,001
- Private Zufriedenheit	r = - 0,137; p< 0,05
den Essstörung	r = 0,136; p< 0,05

Tabelle 4.33.

Der Kontrollverlust korreliert am höchsten mit dem Merkmal Zittern und Gewichtsabnahme (Tabelle 4.33.) und lässt vermuten, dass Kontrollverlusterfahrungen mit dem Auftreten von Entzugssymptomen (Zittern) assoziiert werden können und als ein fortgeschrittener Zustand des Alkoholismus gesehen werden kann, indessen Verlauf die Gewichtsabnahme zu beobachten ist.

Insbesondere die körperliche Zufriedenheit zeigt einen höchst signifikanten negativen Zusammenhang mit dem alkoholbedingte Kontrollverlust.

Der alkoholbedingte Kontrollverlust korreliert zwar gering, aber höchst signifikant mit den Rauchgewohnheiten (Tabelle 4.33.).

<b>Der Alkoholkonsum als Eye Opener korreliert mit:</b>	
den psychischen und somatischen Beschwerden	
- Herzklopfen	r = 0,226; p< 0,001
- Schwitzen	r = 0,184; p< 0,01
- Trübe Gedanken	r = 0,166; p< 0,05
- Brustschmerz	r = 0,165; p< 0,05
- Reizbarkeit	r = 0,148; p< 0,05
- Grübelei	r = 0,141; p< 0,05

Fortsetzung auf nächster Seite

dem Nikotinkonsum:	
- Nikotinabhängigkeit (FTNA- Score)	r = 0,216; p< 0,001
- Höchster Konsum am Morgen	r = 0,403; p< 0,001
- Zigarettenquantum	r = 0,350; p< 0,001
- Konsum trotz Krankheit	r = 0,213; p< 0,01

der Zufriedenheit:	
- Körperliche Zufriedenheit	r = - 0,204; p< 0,01

Tabelle 4.34.

Die Korrelationen sind zwar sehr signifikant, aber größtenteils schwach und können dementsprechend nur als Tendenzen interpretiert werden.

Eine interessante Feststellung ist der Zusammenhang zwischen dem Merkmal höchster Nikotinkonsum am Morgen und der Notwendigkeit, Alkohol als Eye Opener zu (miss-)brauchen (Tabelle 4.34.).

#### Die Schuldgefühle wegen Alkoholkonsum korrelieren mit:

den psychischen und somatischen Beschwerden

- Beschwerdewert (B-L)	r = 0,316; p< 0,001
- Zittern	r = 0,347; p< 0,001
- Brustschmerz	r = 0,320; p< 0,001
- Trübe Gedanken	r = 0,300; p< 0,001
- Schwäche	r = 0,295; p< 0,001
- Grübeleien	r = 0,278; p< 0,001
- Reizbarkeit	r = 0,263; p< 0,001
- Übelkeit	r = 0,266; p< 0,001
- Kurzatmigkeit	r = 0,264; p< 0,001
- Gewichtsabnahme	r = 0,259; p< 0,001
- Mattigkeit	r = 0,255; p< 0,001
- Leibschmerzen	r = 0,253; p< 0,001
- Appetitlosigkeit	r = 0,232; p< 0,001
- Kopfschmerz	r = 0,231; p< 0,001
- Völlegefühl	r = 0,230; p< 0,001
- Weinen	r = 0,227; p< 0,001
- Atemnot	r = 0,224; p< 0,001
- Schluckbeschwerden	r = 0,213; p< 0,01
- Angstgefühle	r = 0,211; p< 0,01
- Gleichgewichtsstörung	r = 0,190; p< 0,01
- Sodbrennen	r = 0,188; p< 0,001
- Schwitzen	r = 0,181; p< 0,001
- Verstopfung	r = 0,172; p< 0,05
- Erstickungsgefühle	r = 0,165; p< 0,05
- Erschöpfbarkeit	r = 0,162; p< 0,05
- Frieren	r = 0,162; p< 0,05
- Konzentrationsschwäche	r = 0,159; p< 0,05
- Kloß	r = 0,154; p< 0,05
- Schwindelgefühl	r = 0,153; p< 0,05
- Schluckauf	r = 0,149; p< 0,05

Fortsetzung auf nächster Seite

dem Nikotinkonsum:	
- Nikotinabhängigkeit (FTNA- Score)	r = 0,135; p< 0,05
- Schnell morgens die erste Zigarette	r = 0,190; p< 0,01
- Probleme mit Rauchverzicht	r = 0,141; p< 0,05
der Zufriedenheit:	
- Körperliche Zufriedenheit	r = - 0,278; p< 0,001
- Private Zufriedenheit	r = - 0,213; p< 0,01
- Berufliche Zufriedenheit	r = - 0,190; p< 0,01
den Essstörung	r = 0,191; p< 0,01
dem Therapiewunsch	r = 0,181; p< 0,01
der Zurückgezogenheit	r = 0,169; p< 0,01

Tabelle 4.35.

Die Korrelationen sind zwar sehr signifikant, aber größtenteils schwach und können nur als Tendenzen interpretiert werden.

Schuldgefühle wegen Alkoholkonsum korrelieren insbesondere mit dem Beschwerdewert (Tabelle 4.35.) und speziellen Symptomen, wie z.B. Zittern, was evtl. auf das Vorhandensein von Entzugssymptomen hindeutet, Brustschmerz und psychischen Reaktionen, wie trüben Gedanken.

Diese Tendenz könnte so interpretiert werden, dass das Vorhandensein von Schuldgefühlen wegen Alkoholkonsum eine Indikatorfunktion besitzt und mit einem schlechten psychischen und physischen Allgemeinzustand einhergeht.

Insbesondere der negative Zusammenhang der alkoholbedingten Schuldgefühle mit der körperlichen Zufriedenheit (Tabelle 4.35.) könnte als Indiz gesehen werden, dass die Betroffenen ihre psychischen und somatischen Beschwerden wahrnehmen und evtl. schuldhaft verarbeiten.

<b>Der alkoholbedingte Filmriss korreliert mit:</b>	
der Offenheit	r = 0,143; p< 0,05
den psychischen und somatischen Beschwerden	
- Trübe Gedanken	r = 0,135; p< 0,05
dem Nikotinkonsum:	
- Konsum trotz Krankheit	r = 0,157; p< 0,05
der Zufriedenheit	
- Körperliche Zufriedenheit	r = - 0,208; p< 0,01

Tabelle 4.36.

Die Korrelationen sind schwach und können nur als Tendenzen interpretiert werden.

<b>Die Verletzungen während des Alkoholkonsums korrelieren mit:</b>	
der Offenheit	r = 0,175; p< 0,01

den psychischen und somatischen Beschwerden	
- Unruhe i.d. Beinen	$r = 0,174; p < 0,01$
- Schwitzen	$r = 0,147; p < 0,05$
dem Nikotinkonsum:	
- Schnell morgens die erste Zigarette	$r = 0,155; p < 0,05$
der Zufriedenheit:	
- Körperliche Zufriedenheit	$r = - 0,160; p < 0,05$

Tabelle 4.37.

Die Korrelationen sind schwach und können nur als Tendenzen interpretiert werden. Insbesondere der

#### Konflikte wegen Alkoholkonsum korrelieren mit:

dem Beschwerdewert (B-L- Score)	$r = 0,169; p < 0,05$
- Gewichtsabnahme	$r = 0,229; p < 0,001$
- Zittern	$r = 0,186; p < 0,01$
- Atemnot	$r = 0,184; p < 0,01$
- Appetitlosigkeit	$r = 0,179; p < 0,01$
- Schluckauf	$r = 0,167; p < 0,05$
- Kälteempfindlichkeit	$r = 0,164; p < 0,05$
- Schwäche	$r = 0,152; p < 0,05$
- Kalte Füße	$r = 0,150; p < 0,05$
- Schluckbeschwerden	$r = 0,144; p < 0,05$
- Konzentrationsschwäche	$r = 0,138; p < 0,05$

Tabelle 4.38.

Die Korrelationen sind schwach und können nur als Tendenzen interpretiert werden.

#### Anmerkung:

Das Item **Reizbarkeit** zeigt bei 6 der 10 AUDIT-Items Korrelationen (Alkoholkonsummenge, mehr als 6 Getränke bei einer Gelegenheit, Kontrollverlust, Freunde enttäuscht, Eye-opener, Schuldgefühle) plus die Korrelation mit dem AUDIT- Score.

Das Item **Grübeleien** zeigt bei 5 der 10 AUDIT-Items Korrelationen (Konsumhäufigkeit, Alkoholkonsummenge, mehr als 6 Getränke bei einer Gelegenheit, Eye-opener, Schuldgefühle) plus die Korrelation mit dem AUDIT- Score.

Die Merkmale Reizbarkeit und Grübeleien scheinen besonders häufig auftretende alkoholbedingte Symptome zu sein.

#### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und Schulabschluss:

Zwischen der Alkoholismusaussprägung (AUDIT- Score) und dem Schulabschluss konnte *kein* signifikanter Zusammenhang für die Gesamtstichprobe festgestellt werden.

In der Tabelle 4.39 werden die 45 Frauen und 10 Männer mit auffälligen Alkoholismuswerten bezüglich ihrer Schulbildung mit der Gesamtzahl ihrer Geschlechtsgenossen verglichen..

Schulabschluss	Frauen			Männer		
	Gesamt	Kritisch	Prozent	Gesamt	Kritisch	Prozent
Kein Abschluss	2	0	0 %	1	0	0 %
Hauptschule	32	8	25 %	13	2	3,8 %
Mittlere Reife	55	15	27,3 %	16	4	<b>25 %</b>
Abitur	34	10	29,4 %	5	0	0 %
Hochschulabschluss	31	12	<b>38,7 %</b>	21	4	19 %
Anderer Abschluss	3	0	0 %	0	0	0 %
Summe	157	<b>45</b>	<b>28,7 %</b>	56	<b>10</b>	<b>17,9 %</b>

Tabelle 4.39

Die Tabelle 4.39. veranschaulicht, dass innerhalb der Gruppe der weiblichen Probanden die Hochschulabsolventen den größten Anteil der Frauen mit auffälligen Alkoholismuswerten (38,7 %) hervorbringen. Das bedeutet, dass 38,7 % der weiblichen Probanden mit Hochschulabschluss auffällige Alkoholismuswerte zeigen. Also ein deutlich höherer Wert als z.B. die weiblichen Probanden mit Hauptschulabschluss, von denen „nur“ 25 % auffällige Alkoholismuswerte aufweisen. Innerhalb der Gruppe der männlichen Probanden zeigen die Männer, die die Mittlere Reife absolvierten, den größten Anteil Probanden mit auffälligen Alkoholismuswerten (25 %).

#### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und Zufriedenheit:

Der negative Zusammenhang zwischen dem AUDIT- Score und	
- der privaten Zufriedenheit war signifikant	(r = - 0,221; p<0,001)
- der körperlichen Zufriedenheit war signifikant	(r = - 0,257; p<0,001)
- der beruflichen Zufriedenheit war nicht signifikant.	

Tabelle 4.40.

Die private und körperliche Zufriedenheit der Probanden der Gesamtstichprobe korreliert zwar schwach, aber hochsignifikant mit dem AUDIT- Score.

Interessant ist, dass die berufliche Zufriedenheit anscheinend keinen *direkten* signifikanten Einfluss auf die Alkoholismusaussprägung hat. Bei den Probanden der Klinik besteht eher eine Verknüpfung zwischen der beruflichen Unzufriedenheit und verschiedenen psychischen und somatischen Symptomen (positiv signifikante Korrelation zwischen dem AUDIT- Score und dem B-L- Score und diversen psychischen und somatischen Symptomen. Siehe H0-8, S. 190).

Die berufliche Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit lässt sich also scheinbar nicht mit dem hohen Anteil der Alkoholismusgefährdeten in Zusammenhang bringen. (Näheres S. 200 f., S. 223 f. und S. 243 f.)

#### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und Geschlecht:

Zwischen dem AUDIT- Score und dem Geschlecht konnten für die Gesamtstichprobe signifikante ( $p < 0,01$ ) Mittelwertsdifferenzen festgestellt werden:

Der mittlere AUDIT- Score der Männern liegt bei  $m = 4,8$  und der Score der Frauen liegt bei  $m = 3,2$ . Das bedeutet, dass die männlichen Probanden durchschnittlich die höchsten Alkoholismuskwerte erzielten. Bezogen auf die Gesamtstichprobe zeigen Männer also einen durchschnittlich höheren AUDIT- Score. Die AUDIT- Scores 4,8 für die Männer und 3,2 für die Frauen, können als unauffällige Alkoholismuskwerte interpretiert werden.

(Eine detaillierte Dokumentation befindet sich unter H0-3, S. 158)

### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und der sozialen Integration:

Zwischen dem AUDIT- Score und der **sozialen Integration** (Familienstand und soziales Netz) konnten *keine* signifikanten Mittelwertsunterschiede für die Gesamtstichprobe festgestellt werden.

Zwischen dem AUDIT- Score und dem **Familienstand** (Ehe/Eheähnlich, Alleinerziehend, Single) konnten *keine* signifikanten Mittelwertsunterschiede für die Gesamtstichprobe festgestellt werden.

Zwischen dem AUDIT- Score und dem **sozialen Netz** (zurückgezogen leben, gesellig, Soz. Rückhalt) konnten *keine* signifikanten Mittelwertsunterschiede für die Gesamtstichprobe festgestellt werden.

Die folgenden Tabelle 4.41 bis 5.46. dokumentieren sowohl den Vergleich zwischen Frauen ( $n = 112$ ) mit unauffälligen Alkoholismuskwerten (AUDIT- Score) und Frauen ( $n = 45$ ) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuskwerten, als auch zwischen Männern ( $n = 47$ ) mit unauffälligen Alkoholismuskwerten und Männer ( $n = 11$ ) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuskwerten, in Bezug auf die Merkmalsausprägungen des sozialen Netzes (Zurückgezogenheit, Geselligkeit, Sozialer Rückhalt) und des Familienstandes (Ehe/eheähnlich, alleinerziehend, Single).

Zurückgezogenheit	Frauen und Alkoholismus				Männer und Alkoholismus			
	unauffällig		kritisch		unauffällig		kritisch	
Ausprägung	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kaum und gar nicht	92	82,1 %	33	73,3 %	34	72,3 %	6	54,5 %
Mäßig und stark	20	<b>17,9 %</b>	12	<b>26,7 %</b>	13	<b>27,7 %</b>	5	<b>45,5 %</b>
Gesamt	112	100 %	45	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.41.

Die Tabelle 4.41. verdeutlicht, dass deutlich mehr Männer als Frauen zurückgezogen leben. Das Merkmal Zurückgezogenheit verstärkt sich bei auffälligen Alkoholismuskwerten, bei beiden Geschlechtern gleichermaßen, um den Faktor 1,5. Als besonders kritisch muss angesehen werden, dass 45,5 % der Männer mit auffälligen Alkoholismuskwerten sich selber als mäßig oder stark zurückgezogen beschreiben.

Geselligkeit	Frauen und Alkoholismus	Männer und Alkoholismus
--------------	-------------------------	-------------------------

Ausprägung	unauffällig		Kritisch		unauffällig		kritisch	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kaum und gar nicht	15	13,5 %	3	6,7 %	9	19,1 %	3	27,3 %
Mäßig und stark	96	86,5 %	42	<b>93,3 %</b>	38	<b>80,9 %</b>	8	72,7 %
Gesamt	111	100 %	45	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.42.

Die Tabelle 4.42. verdeutlicht ein interessantes Phänomen: Auffällige Alkoholismuszahlen beeinflussen die Geselligkeit, in Abhängigkeit vom Geschlecht: Frauen mit unauffälligen Alkoholismuszahlen beschreiben sich zu 86,5 % als mäßig bis stark gesellig. Frauen mit auffälligen Alkoholismuszahlen schildern sich noch häufiger als gesellig (93,3 %). Also verändert sich das Geselligkeitsgefühl der Frauen mit auffälligen Alkoholismuszahlen deutlich positiv.

Bei den Männern ist interessanterweise das Gegenteil festzustellen: mit auffälligen Alkoholismuszahlen schildern sich die betroffenen Männer deutlich weniger als gesellig (72,7 %).

Sozialer Rückhalt	Frauen und Alkoholismus				Männer und Alkoholismus			
	unauffällig		kritisch		unauffällig		kritisch	
Ausprägung	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kaum und gar nicht	7	6,2 %	3	6,7 %	5	10,6 %	1	9,1 %
Mäßig und stark	105	93,8 %	42	93,3 %	42	89,4 %	10	90,9 %
Gesamt	112	100 %	45	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.43.

Die Tabelle 4.43. verdeutlicht, dass sich bei beiden Geschlechtern, der soziale Rückhalt mit auffälligen oder unauffälligen Alkoholismuszahlen nicht wesentlich verändert.

Ehe / eheähnlich	Frauen und Alkoholismus				Männer und Alkoholismus			
	unauffällig		kritisch		unauffällig		kritisch	
Ausprägung	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	21	<b>18,9 %</b>	14	<b>31,8 %</b>	10	<b>21,3 %</b>	1	<b>9,1 %</b>
Ja	90	81,1 %	30	68,2 %	37	78,7 %	10	90,9 %
Gesamt	111	100 %	44	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.44.

Im Vergleich zu Frauen mit unauffälligen Alkoholismuszahlen (18,9 %) leben Frauen mit auffälligen Alkoholismuszahlen vermehrt (31,8 %) ohne Ehe oder eheähnliche Beziehung (Tabelle 4.44.) Frauen, die in Ehe oder eheähnlicher Beziehung leben, sind unter den Probanden mit unauffälligen Alkoholismuszahlen häufiger vertreten.

Bei den Männern ist der gegenläufige Effekt festzustellen: Männer, die in Ehe oder eheähnlicher Beziehung leben, sind unter den Probanden mit auffälligen Alkoholismuszahlen häufiger vertreten.

Single	Frauen und Alkoholismus	Männer und Alkoholismus
--------	-------------------------	-------------------------

Ausprägung	unauffällig		kritisch		unauffällig		kritisch	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	92	82,9 %	32	72,7 %	38	80,9 %	10	90,1 %
Ja	19	<b>17,1 %</b>	12	<b>27,3 %</b>	9	<b>19,1 %</b>	1	<b>9,1 %</b>
Gesamt	111	100 %	44	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.45.

Der gleiche Effekt ist dementsprechend auch bei den Singles festzustellen (Tabelle 4.45.): Während unter den Frauen mit auffälligen Alkoholismuswerten prozentual mehr Singles vertreten sind (27,3 %), als unter den Frauen mit unauffälligen Alkoholismuswerten (17,1 %), sind in der Gruppe der Männer mit auffälligen Alkoholismuswerten weniger Singles vermerkt (9,1 %), als in der Gruppe der Männer mit unauffälligen Alkoholismuswerten (19,1 %).

Alleinerziehend	Frauen und Alkoholismus				Männer und Alkoholismus			
	unauffällig		kritisch		unauffällig		kritisch	
Ausprägung	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nein	105	94,6 %	40	90,9 %	46	97,9 %	11	100 %
Ja	6	<b>5,4 %</b>	4	<b>9,1 %</b>	1	2,1 %	0	0 %
Gesamt	111	100 %	44	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.46.

Das Thema alleinerziehende Eltern betrifft hauptsächlich Frauen. Und zwar wird aus der Tabelle 4.46. deutlich, dass, im Vergleich zu den Frauen mit unauffälligen Alkoholismuswerten (5,4 %), fast doppelt so viele Frauen mit auffälligen Alkoholismuswerten (9,1%) alleinerziehend sind.

#### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und dem Tablettenkonsum:**

Zwischen dem AUDIT- Score und dem Tablettenkonsum konnten *keine* signifikanten statistischen Zusammenhänge in der Gesamtstichprobe festgestellt werden. Eine differenziertere Betrachtung lohnt sich aber trotzdem:

Die folgende Tabelle 4.47. dokumentiert sowohl den Vergleich zwischen Frauen (n = 112) mit unauffälligen Alkoholismuswerten (AUDIT- Score) und Frauen (n = 45) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuswerten, als auch zwischen Männern (n = 47) mit unauffälligen Alkoholismuswerten und Männer (n = 11) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuswerten, in Bezug auf die Merkmalsausprägung Tablettenkonsum.

Tabletten-konsum	Frauen und Alkoholismus				Männer und Alkoholismus			
	unauffällig		kritisch		unauffällig		kritisch	
Ausprägung	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kaum und gar nicht	97	86,6 %	41	91,1 %	45	95,7 %	11	100 %
Mäßig und stark	15	<b>13,4 %</b>	4	<b>8,9 %</b>	2	4,3 %	0	0 %
Gesamt	112	100 %	45	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.47.

Die Tabelle 4.47 verdeutlicht, dass der Tablettenkonsum eher eine weibliche Problematik darstellt. Und dass die Problematik verstärkt bei unauffälligen Alkoholismuswerten anzutreffen ist.

Während 13,4 % der Frauen mit unauffälligen Alkoholismuswerten einen mäßigen oder starken Tablettenkonsum angeben, berichten deutlich weniger (8,9 %) Frauen mit kritischen Alkoholismuswerten, von diesem Merkmal.

Damit konsumieren 8,9 % der Frauen sowohl vermehrt Tabletten, als auch Alkohol.

#### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und den Essstörungen:**

Zwischen dem AUDIT- Score und den Essstörungen konnten *keine* signifikanten statistischen Zusammenhänge in der Gesamtstichprobe festgestellt werden. Eine differenziertere Betrachtung lohnt sich aber trotzdem:

Die folgende Tabelle 4.48. dokumentiert sowohl den Vergleich zwischen Frauen (n = 112) mit unauffälligen Alkoholismuswerten (AUDIT- Score) und Frauen (n = 45) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuswerten, als auch zwischen Männern (n = 47) mit unauffälligen Alkoholismuswerten und Männer (n = 11) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuswerten, in Bezug auf die Merkmalsausprägung Essstörung.

Essstörungen	Frauen und Alkoholismus				Männer und Alkoholismus			
	unauffällig		Kritisch		unauffällig		kritisch	
Ausprägung	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kaum und gar nicht	89	79,5 %	31	71,1 %	45	95,7 %	11	100 %
Mäßig und stark	23	<b>20,5 %</b>	13	<b>28,9 %</b>	2	4,3 %	0	0 %
Gesamt	112	100 %	45	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.48.

Die Tabelle 4.48 verdeutlicht, dass Essstörungen sehr deutlich als eine weibliche Problematik anzusehen ist. Es berichten 20,5 % der Frauen mit unauffälligen Alkoholismuswerten von mäßigen oder starken Essstörungen, während nur 4,3 % der Männer mit unauffälligen Alkoholismuswerten das Merkmal zeigen. Diese Problematik verstärkt sich bei den Frauen mit auffälligen Alkoholismuswerten nochmals auf einen Anteil von 28,9 %.

Das bedeutet, dass fast jede dritte Frau mit auffälligen Alkoholismuswerten auch unter Essstörungen leidet.

#### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und dem Therapiewunsch:**

Zwischen dem AUDIT- Score und dem Therapiewunsch konnten keine signifikanten statistischen Zusammenhänge in der Gesamtstichprobe festgestellt werden. Eine differenziertere Betrachtung lohnt sich aber trotzdem:

Die folgende Tabelle 4.49. dokumentiert sowohl den Vergleich zwischen Frauen (n = 112) mit unauffälligen Alkoholismuswerten (AUDIT- Score) und Frauen (n = 45) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuswerten, als auch zwischen Männern (n = 47) mit unauffälligen Alkoholismuswerten und Männer (n = 11) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuswerten, in Bezug auf die Merkmalsausprägung Therapiemotivation.

Therapiemotivation	Frauen und Alkoholismus	Männer und Alkoholismus
--------------------	-------------------------	-------------------------

Ausprägung	unauffällig		Kritisch		unauffällig		kritisch	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kaum und gar nicht	97	86,6 %	34	75,6 %	45	95,7 %	9	81,8 %
Mäßig und stark	15	<b>13,4 %</b>	11	<b>24,4 %</b>	2	<b>4,3 %</b>	2	<b>18,2 %</b>
Gesamt	112	100 %	45	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.49.

Auch Frauen mit unauffälligen Alkoholismuszahlen äußerten relativ oft (13,4 %) eine Therapiemotivation. Fast doppelt so viele Frauen (24,4 %) mit auffälligen Alkoholismuszahlen gaben eine Therapiemotivation an (Tabelle 4.49.).

Der Anteil der Männer, die eine Therapiemotivation äußerten, war zwar geringer, als der der Frauen, aber die beiden Männergruppen unterscheiden sich in dem Merkmal deutlicher: Äußerten nur 4,3 % der Männer mit unauffälligen Alkoholismuszahlen eine Therapiemotivation, so berichteten mehr als viermal mehr Männer (18,2 %) mit auffälligen Alkoholismuszahlen von der Therapiemotivation.

## Zur Überprüfung der H0-6-Hypothese:

H0-6: Die **Alkoholismuszahlen** (AUDIT- Score) werden bei Beschäftigten im mittleren Alter am höchsten sein.

### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und Alter:

Zwischen dem AUDIT- Score und dem Alter werden keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt. Erst die Subsumierung der Probanden in 3 Altersgruppen (bis 30 Jahre, 31 bis 55 Jahre und ab 56 Jahre) führte zu Ergebnissen, die als signifikante Tendenz gedeutet werden können, dass Alkoholismus eher jüngere Probanden betrifft. Es konnte eine negative Korrelation zwischen AUDIT- Score und Altersgruppe festgestellt werden ( $r = -0,134$ ;  $p < 0,05$ ).

Für eine analytischere Dokumentation wurde nachfolgend eine Kreuztabelle 4.50. erstellt, die die Variablen Altersgruppen, Geschlecht und AUDIT- Score beinhaltet.

Alters- Gruppen	Frauen und Alkoholismus			Männer und Alkoholismus			Gesamt		
	Gesamt	Kritisch	Prozent	Gesamt	Kritisch	Prozent	Gesamt	Kritisch	Prozent
>20	1	1	<b>50 %</b>	0	0	<b>33,3 %</b>	1	1	<b>47,8 %</b>
20 -25	6	3		1	1		7	4	
26 - 30	13	6		2	0		15	6	
31 - 35	22	5	25,2 %	6	0	16,7 %	28	5	22,7 %
36 - 40	29	6		9	1		38	7	
41 - 45	24	8		12	2		36	10	
46 - 50	17	5		15	4		32	9	
51 - 55	23	5		6	1		29	6	
56 - 60	19	5	27,3 %	5	1	28,6 %	24	6	27,6 %
61 - 65	3	1		2	1		5	2	
<b>Gesamt</b>	157	<b>45</b>	<b>28,7 %</b>	58	<b>11</b>	<b>19 %</b>	215	<b>56</b>	<b>26 %</b>

Tabelle 4.50.

Die Tabelle 4.50. dokumentiert sowohl den Vergleich zwischen Frauen ( $n = 112$ ) mit unauffälligen Alkoholismuszahlen (AUDIT- Score) und Frauen ( $n = 45$ ) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuszahlen, als auch zwischen Männern ( $n = 47$ ) mit unauffälligen Alkoholismuszahlen und

Männer (n = 11) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuswerten, in Bezug auf die Merkmalsausprägung Altersgruppe.

Die Rohdaten der Probanden mit auffälligen Alkoholismuswerten könnten missgedeutet werden: Beispielsweise sind 64,4 % der 45 Frauen mit auffälligen Alkoholismuswerten in der mittleren Altersgruppe (31 bis 55 Jahren) anzutreffen, das bedeutet aber nicht, dass 64,4 % der mittleren Altersgruppe auffällige Alkoholismuswerte zeigen! Die Tabelle 4.50. zeigt die Anteile der betroffenen Altersgruppen in Relation zur Anzahl der aller Probanden innerhalb jeder Altersgruppe. Diese prozentuale Angabe bezieht die unregelmäßige Altersverteilung der Probanden ein.

Die Tabelle 4.50. erlaubt eine alters- und geschlechtsdifferenzierte Analyse, sodass deutlich wird, dass 56 von 215 Probanden (26 %) kritische Alkoholismuswerte erzielen. Von den 157 weiblichen Probanden sind 45 (28,7 %) betroffen, von den 58 männlichen Probanden sind 11 (19 %) betroffen.

Die Tabelle 4.50. verdeutlicht besonders, dass von den 20 jungen Frauen (Altersgruppe bis 30 Jahre) 10 Frauen ein Alkoholrisikoverhalten angeben. Das sind exakt 50 % der Frauen dieser Altersgruppe (!). Von den 3 jungen Männern dieser Altersgruppe berichtet einer vom Alkoholrisikoverhalten. Auf Grund der kleinen Gruppengröße lassen sich nur wenige eingeschränkte tendenzielle Überlegungen ableiten.

Von den 115 Frauen zwischen 31 und 55 Jahren zeigen 29 (25,2 %) ein Alkoholrisikoverhalten. Von den 48 Männern dieser Altersgruppe berichten 8 (16,7 %) vom Alkoholrisikoverhalten. Insgesamt zeigen 37 der 163 Probanden (22,7 %) dieser Altersgruppe ein Alkoholrisikoverhalten.

Von den 22 Frauen ab dem 56. Lebensjahr zeigen 6 ein Alkoholrisikoverhalten (27,3 %). Von den 7 Männern dieser Altersgruppe berichten 2 (28,6 %) vom Alkoholrisikoverhalten. Insgesamt zeigen 8 der 29 Probanden (27,3 %) dieser Altersgruppe ein Alkoholrisikoverhalten.

Für alle 215 Probanden beziffert sich die Quote der erhöhten alkoholismuswerte auf 26 %.

Eine Chi-Quadrat-Testung ergab ein signifikantes Ergebnis ( $p < 0,05$ ) speziell für die jungen Frauen bis 30 Jahre: Die Anzahl der jungen weiblichen Probanden, die AUDIT- Scores 5, 7, 8 und 16 erreichten waren signifikant ( $p < 0,05$ ) oberhalb der errechneten Erwartungswertes.

**Fazit:** Die Studie offenbarte ein bislang im Klinikalltag nicht sichtbares Phänomen, nämlich ein signifikantes Alkoholrisikoverhalten einer unerwartet hohen Anzahl von Betroffenen, aber auch insbesondere von jungen (weiblichen) Beschäftigten.

### **Zur Überprüfung der H0-7-Hypothese:**

H0-7: Die **Alkoholismuswerte** werden unabhängig vom Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt) sein.

### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und Arbeitsplatz:

Für eine analytischere Dokumentation wurde nachfolgend eine Kreuztabelle 4.51. erstellt, die die Variablen Arbeitsplatz (mit und ohne Patientenkontakt), Geschlecht und AUDIT- Score beinhaltet.

AUDIT-Score	Ohne Pat.- Kontakt						Mit Pat.- Kontakt					
	Frauen		Männer		Gesamt	%	Frauen		Männer		Gesamt	%
	Anzahl	%	Anzahl	%			Anzahl	%	Anzahl	%		
<b>0</b>	7	11,3	2	9,5	9	10,8	6	6,3	2	5,4	8	6
<b>1</b>	4	6,5	1	4,8	5	6	11	11,6	7	18,9	18	13,6
<b>2</b>	18	29	1	4,8	19	22,9	30	31,6	2	5,4	32	24,2
<b>3</b>	15	24,2	2	9,5	17	20,5	21	22,1	6	16,2	27	20,5
<b>4</b>	6	9,7	6	28,6	12	14,5	13	13,7	7	18,9	20	15,2
<b>5</b>	5	8	1	4,8	6	7,2	6	6,3	4	10,8	10	7,6
<b>6</b>	1	1,6	4	19	5	6	2	2,1	2	5,4	4	3
<b>7</b>	1	1,6	0	0	1	1,2	1	1	1	2,7	2	1,5
<b>8</b>	1	1,6	1	4,8	2	2,4	1	1	1	2,7	2	1,5
<b>9</b>	0	0	1	4,8	1	1,2	1	1	0	0	1	0,75
<b>10</b>	0	0	1	4,8	1	1,2	0	0	2	5,4	2	1,5
<b>11</b>	1	1,6	0	0	1	1,2	3	3,2	0	0	3	2,3
<b>14</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,7	1	0,75
<b>16</b>	2	3,2	0	0	2	2,4	0	0	2	5,4	2	1,5
<b>18</b>	1	1,6	1	4,8	2	2,4	0	0	0	0	0	0
<b>Kritisch</b>	<b>18</b>	<b>28,9</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>26,5</b>	<b>27</b>	<b>28,4</b>	<b>7</b>	<b>18,9</b>	<b>34</b>	<b>25,8</b>
Gesamt	62	100	21	100	83	100	95	100	37	100	132	100

Tabelle 4.51.

#### Zur Abstinenz (AUDIT- Score = 0):

Es konnte festgestellt werden, dass 9 der 83 Probanden (10,7 %), die einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt hatten, und 8 der 132 Probanden (6,1 %), die einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt hatten, den AUDIT- Score = 0 erhielten, sie gaben also an, abstinent zu sein.

(In Relation zur gesamten Anzahl der (215) Probanden geben 7,9 % der Probanden an, dass sie alkoholabstinent leben.)

#### Arbeitsplatz und Geschlecht

Des weiteren ist in der Tabelle 4.51. abzulesen, dass 18 der weiblichen Probanden (28,9 %), die einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt haben, kritische Alkoholismuswerte aufwiesen, während demzufolge 71 % dieser Gruppe keine oder unauffällige Alkoholismuswerte erreichten.

Es zeigen 4 der männlichen Probanden (19 %), die einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt haben, auffällige Alkoholismuswerte. 81 % dieser Gruppe zeigen dementsprechend unauffällige Alkoholismuswerte.

Es zeigen 27 der weiblichen Probanden (28,4 %), die einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt haben, auffällige Alkoholismuswerte (Tabelle 4.51.). 71,6 % dieser Gruppe zeigen dementsprechend unauffällige Alkoholismuswerte.

Es zeigen 7 der männlichen Probanden (18,9 %), die einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt haben, auffällige Alkoholismuswerte. 81,1 % dieser Gruppe zeigen dementsprechend kritische Alkoholismuswerte.

### Alkohol und Arbeitsplatz

Es zeigen 22 der 83 Probanden (**26,5 %**), die einen Arbeitsplatz *ohne Patientenkontakt* haben, kritische Alkoholismuswerte (Tabelle 4.51.). Es zeigen 34 der 132 Probanden (**25,8 %**), die einen Arbeitsplatz *mit Patientenkontakt* haben, kritische Alkoholismuswerte.

Das Niveau der Alkoholismuswerte ist zwar sehr hoch, aber zwischen den zwei verschiedenen Arbeitsbereichen (mit / ohne Patientenkontakt) bestehen keine signifikanten Differenzen. Auch eine Mittelwertstestung konnte belegen, dass zwischen dem AUDIT- Score und dem Arbeitsplatz (*mit / ohne Patientenkontakt*) keine signifikanten Zusammenhänge bestehen.

Die folgende Tabelle 4.52. dokumentiert sowohl den Vergleich zwischen Frauen (n = 112) mit unauffälligen Alkoholismuswerten (AUDIT- Score) und Frauen (n = 45) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuswerten, als auch zwischen Männern (n = 47) mit unauffälligen Alkoholismuswerten und Männer (n = 11) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuswerten, in Bezug auf die Merkmalsausprägung Arbeitsplatz.

Arbeitsplatz	Frauen und Alkoholismus				Männer und Alkoholismus			
	unauffällig		kritisch		Unauffällig		kritisch	
Ausprägung	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ohne Patientenkontakt	44	39,3 %	18	40 %	17	36,2 %	4	36,4 %
Mit Patientenkontakt	68	60,7 %	27	<b>60 %</b>	30	63,8 %	7	<b>63,6 %</b>
Gesamt	112	100 %	45	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.52.

Die Tabelle 4.52 verdeutlicht, dass es zwar keinen sign. Geschlechtereffekt zu geben scheint, aber es wird deutlich, dass ca. 60 % der weibl. und 63,6 % der männl. Probanden mit auffälligen Alkoholismuswerten einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt haben.

### Zur Überprüfung der H0-8-Hypothese:

H0-8: Es lassen sich zwischen dem Ausmaß der angegebenen **psychischen und somatischen Beschwerden** und folgenden Variablen Zusammenhänge feststellen: dem Alkoholismus (+), der Nikotinabhängigkeit (+), der Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich) (-), dem Tablettenkonsum (+), dem Therapiewunsch (+), der sozialen Integration (Familienstand, soziales Netz) (-), dem Alter (+), dem Schulabschluss (-) und dem Geschlecht (w > m).

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und dem psychischen und somatischen Beschwerdewert:**

Der Zusammenhang zwischen dem AUDIT- Score und dem psychischen und somatischen Beschwerdewert (B-L- Score) stellte sich als zwar hoch signifikant, aber schwach heraus:  $r = 0,181$ ;  $p < 0,05$ .

**Die höchsten und signifikantesten Zusammenhänge konnten festgestellt werden zwischen dem AUDIT- Score und folgenden psychischen und somatischen Beschwerden:**

- Trübe Gedanken	$r = 0,270$ ; $p < 0,001$
- Reizbarkeit	$r = 0,221$ ; $p < 0,001$

Tabelle 4.53.

Die Alkoholismusausprägung zeigt in der Gesamtstichprobe hoch signifikante tendenzielle Zusammenhänge mit trüben Gedanken und Reizbarkeit.

**Zur Testung der Interkorrelationen der psychischen und somatischen Beschwerden:**

Der psychische und somatische Beschwerdewert (B-L- Score) zeigt mit sämtlichen 48 Items der psychischen und somatischen Beschwerden hoch signifikante ( $p < 0,001$ ) Interkorrelationen in der Größenordnung zwischen  $r = 0,313$  und  $r = 0,657$ .

**Die höchsten Korrelationswerte wurden festgestellt zwischen dem B-L- Score und:**

Mattigkeit	$r = 0,657$ ; $p < 0,001$
Energielosigkeit	$r = 0,636$ ; $p < 0,001$
Grübeleien	$r = 0,624$ ; $p < 0,001$
Angstgefühl	$r = 0,607$ ; $p < 0,001$
Müdigkeit	$r = 0,600$ ; $p < 0,001$

Tabelle 4.54.

Die Vermutung ist nahe liegend, dass Antriebsmangel (Mattigkeit, Energielosigkeit, Müdigkeit), Grübeleien und Angst gute Indikatoren für einen reduzierten psychischen und somatischen Status sind.

Die 48 Items der psychischen und somatischen Beschwerden weisen hochsignifikante ( $p < 0,001$ ) Interkorrelationen auf: Die 2304 Kombinationen werden an dieser Stelle keinen Platz finden, aber beispielhaft werden 3 Gruppierungen dokumentiert:

**1- Die Korrelationen zwischen psychischen Beschwerden:**

Angst und Weinen	$r = 0,635$ ; $p < 0,001$
Angst und trübe Gedanken	$r = 0,543$ ; $p < 0,001$
Angst und Grübeleien	$r = 0,514$ ; $p < 0,001$
Angst und Reizbarkeit	$r = 0,451$ ; $p < 0,001$

Tabelle 4.55.

**2- Die Korrelationen zwischen somatischen Beschwerden:**

Rückenschmerzen und Nackenschmerzen	$r = 0,522$ ; $p < 0,001$
-------------------------------------	---------------------------

Leibschmerzen und Kopfschmerzen	$r = 0,492; p < 0,001$
Rückenschmerzen und müden Beinen	$r = 0,406; p < 0,001$
Leibschmerzen und Übelkeit	$r = 0,362; p < 0,001$

Tabelle 4.56.

<b>3- Die Korrelationen zwischen psychischen und somatischen Beschwerden:</b>	
Angst und Appetitlosigkeit	$r = 0,455; p < 0,001$
Angst und Kloß	$r = 0,411; p < 0,001$
Angst und Unruhe	$r = 0,409; p < 0,001$
Angst und sexueller Erregungsmangel	$r = 0,396; p < 0,001$
Angst und Kopfschmerzen	$r = 0,390; p < 0,001$
Angst und Schluckbeschwerden	$r = 0,326; p < 0,001$

Tabelle 4.57.

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Status Raucher bzw. Nichtraucher:**

Es konnte festgestellt werden, dass Raucher durchschnittlich signifikant ( $p < 0,05$ ) mehr psychischen und somatischen Beschwerden äußern (B-L- Score:  $m = 17,7$ ), als Nichtraucher (B-L- Score:  $m = 13,8$ ).

Der aus dem Rohwert 17,7 errechnete Stanine-Wert (6) der Raucher liegt noch im Durchschnittsbereich. Konkret bedeutet dies, dass 68,2 % der Bevölkerung weniger psychische und somatische Beschwerden äußern, als die Raucher der Stichprobe.

Der aus dem Rohwert 13,8 errechnete Stanine-Wert (5) der Nichtraucher liegt im Durchschnittsbereich. Konkret bedeutet dies, dass 55,5 % der Bevölkerung weniger psychische und somatische Beschwerden äußern als die Nichtraucher der Stichprobe.

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und der Nikotinabhängigkeit:**

Der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Nikotinabhängigkeit (FTNA) und dem Beschwerde- Score (B-L) war ebenfalls sehr signifikant ( $r = 0,209, p < 0,01$ )

Eine differenziertere Betrachtung der Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Nikotinabhängigkeit (FTNA) und einzelnen psychischen und somatischen Beschwerden, ergab folgende Ergebnisse, die zwar signifikant, aber schwach ausgeprägt waren und daher nur als Tendenzen zu interpretieren sind:

#### **FTNA- Score korreliert mit:**

Schlafbedürfnis	$r = 0,240; p < 0,001$	Brustschmerz	$r = 0,172; p < 0,05$
Gliederschmerz	$r = 0,231; p < 0,001$	Rückenschmerzen	$r = 0,159; p < 0,05$
Nackenschmerz	$r = 0,212; p < 0,01$	Sodbrennen	$r = 0,146; p < 0,05$
Schwindelgefühl	$r = 0,201; p < 0,01$	Kopfschmerzen	$r = 0,147; p < 0,05$
Unruhe in den Beinen	$r = 0,175; p < 0,01$	Frieren	$r = 0,139; p < 0,05$
Zittern	$r = 0,173; p < 0,05$	Schlaflosigkeit	$r = 0,135; p < 0,05$

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und der Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich):**

Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Beschwerden und folgenden Variablen der Zufriedenheit festgestellt werden

- der beruflichen Zufriedenheit	$r = - 0,421; p < 0,001$
- der privaten Zufriedenheit	$r = - 0,249; p < 0,001$
- der körperlichen Zufriedenheit	$r = - 0,484; p < 0,001$

Tabelle 4.58.

Es ist interessant, dass in der Gesamtstichprobe zwischen der beruflichen Zufriedenheit und den psychischen und somatischen Beschwerden ein hoch signifikanter Zusammenhang nachweisbar war ( $r = - 0,421; p < 0,001$ ).

Die hoch signifikante negative Korrelation zwischen der körperlichen Zufriedenheit und den psychischen und somatischen Beschwerden ( $r = - 0,484; p < 0,001$ ) zeigt die relativ gute Selbstwahrnehmung der Probanden.

(Eine detailliertere Dokumentation der Zusammenhänge zwischen Beschwerden und Zufriedenheit wird unter H0-13, S. 200 aufgeführt)

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Tablettenkonsum, den Essstörungen und der Therapiemotivation**

Es konnte ein hoch signifikanter Zusammenhang festgestellt werden zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und folgen Variablen:

- dem Tablettenkonsum	$r = 0,278; p < 0,001$
- den Essstörungen	$r = 0,353; p < 0,001$
- dem Therapiewunsch	$r = 0,438; p < 0,001$

Tabelle 4.59.

Die Zusammenhangs-Tendenzen zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und einem erhöhten Tablettenkonsum und vermehrten Essstörungen erscheint nachvollziehbar.

Der Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung von psychischen und somatischen Beschwerden und einem Therapiewunsch ( $r = 0,438; p < 0,001$ ) zeigt die Änderungsmotivation der Probanden und

könnte als ein Indiz interpretiert werden für die Akzeptanz und die Kooperationsbereitschaft für zukünftige, gesundheits- (und alkoholbezogene) Präventivprogramme.

**Diese Effekte verstärken sich deutlich bei den beruflich unzufriedenen Probanden:**

Der Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Beschwerden und einem Therapiewunsch beziffert sich bei den beruflich unzufriedenen Probanden auf  $r = 0,575$ ;  $p < 0,001$ .

Der Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Beschwerden und Essstörungen beziffert sich bei den beruflich unzufriedenen Probanden auf  $r = 0,412$ ;  $p < 0,05$

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und dem sozialen Netz:**

Es konnte ein hoch signifikanter Zusammenhang festgestellt werden zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und folgenden Variablen:

- Zurückgezogenheit	$r = 0,273$ ; $p < 0,001$
- Geselligkeit	$r = - 0,163$ ; $p < 0,05$
- Soz. Rückhalt	$r = - 0,275$ ; $p < 0,001$

Tabelle 4.60.

Ein geringer sozialer Rückhalt und ein zurückgezogener Lebensstil gehen also in der Gesamtstichprobe tendenziell mit erhöhten psychischen und somatischen Beschwerden einher.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Familienstand:**

Zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Familienstand (Ehe/eheähnlich, alleinerziehend, Single) konnte in der Gesamtstichprobe *kein* signifikanter Mittelwertsunterschied festgestellt werden.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Alter:**

Zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Alter konnte *kein* signifikanter Mittelwertsunterschied festgestellt werden.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Schulabschluss:**

Zwischen den Beschwerdewerten und dem Schulabschluss konnte in der Gesamtstichprobe ein signifikanter negativer Zusammenhang festgestellt werden ( $r = - 0,316$ ,  $p < 0,001$ ).

Die erhöhten psychischen und somatischen Beschwerden wurden also eher von den Probanden mit den geringeren Schulabschlüssen geäußert.

**Diese Effekte verstärken sich bei den beruflich unzufriedenen Probanden:**

Zwischen den psychischen und somatischen Beschwerdewerten und dem Schulabschluss konnte bei den beruflich unzufriedenen Probanden ein signifikanter negativer Zusammenhang festgestellt werden ( $r = -0,428$ ;  $p < 0,01$ ).

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Geschlecht:**

Zwischen den Beschwerdewerten und dem Geschlecht konnte in der Gesamtstichprobe ein signifikanter ( $p < 0,001$ ) Mittelwertsunterschied festgestellt werden:

Frauen geben im durchschnittlich ( $m = 16$ ) mehr Beschwerden an als Männer ( $m = 11$ ).

Der aus dem Rohwert 16 errechnete Stanine-Wert 5 der Frauen liegt im Durchschnittsbereich. Konkret bedeutet dies, dass 55,4 % der Bevölkerung weniger psychische und somatische Beschwerden äußern.

Der aus dem Rohwert 11 errechnete Stanine-Wert 4 der Männer liegt leicht unterhalb des Durchschnittsbereichs. Konkret bedeutet dies, dass nur 38 % der Bevölkerung weniger psychische und somatische Beschwerden äußern.

**Anmerkung:** Ein detaillierterer Vergleich zwischen Probanden mit erhöhten und Probanden mit unauffälligen Beschwerdewerten ist unter H0-22 (S. 216 f.) dokumentiert.

**Zur Überprüfung der H0-9-Hypothese:**

H0-9: Das Ausmaß der angegebenen **psychischen und somatischen Beschwerden** werden mit dem Faktor Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt) nicht korrelieren.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Arbeitsplatz:**

Zwischen den psychischen und somatischen Beschwerdewerten und dem Arbeitsplatz konnte ein signifikanter ( $p < 0,05$ ) Mittelwertsunterschied festgestellt werden: Beschäftigte *mit* Patientenkontakt geben einen geringeren Beschwerdewert ( $m = 13,5$ ) an, als Beschäftigte *ohne* Patientenkontakt ( $m = 16,5$ ).

Der aus dem Rohwert 16,5 errechnete Stanine-Wert 6 der Beschäftigten *ohne* Patientenkontakt liegt im Durchschnittsbereich. Konkret bedeutet dies, dass 65,2 % der Bevölkerung weniger psychische und somatische Beschwerden äußern.

Der aus dem Rohwert 13,5 errechnete Stanine-Wert 5 der Beschäftigten *mit* Patientenkontakt liegt im Durchschnittsbereich. Konkret bedeutet dies, dass 55,5 % der Bevölkerung weniger psychische und somatische Beschwerden äußern.

Erhöhte B - L Stanine	Arbeitsplatz ohne Pat-Kontakt				Arbeitsplatz mit Pat-Kontakt				Gesamt	
	Frauen		Männer		Frauen		Männer			
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
7	10	6,4 %	2	3,5 %	7	4,5 %	1	1,75 %	20	9,3 %
8	7	4,5 %	3	5,3 %	5	3,2 %	2	3,5 %	17	7,9 %
9	5	3,2 %	0	0 %	1	0,6 %	0	0 %	6	2,8 %
Gesamt	22	14,1 %	5	8,8 %	13	8,3 %	3	5,25 %	43	20 %
Total	27 von 83 (= <b>32 %</b> )				16 von 132 (= <b>12 %</b> )					

Tabelle 4.61.

Die Kreuztabelle 4.61 zeigt die Variablen Arbeitsplatz (*mit* und *ohne* Patientenkontakt), Geschlecht und *erhöhte* psychische und somatische Beschwerde-Werte (Stanine > 7).

Der Stanine-Wert 7 kann als fraglich abnormer Wert, der Stanine-Wert 8 kann als sicher abnormer Wert und der Stanine-Wert 9 kann als ein deutlich abnormer Wert interpretiert werden.

20 % aller Probanden der vorliegenden Studie zeigen die Stanine-Werte 7 bis 9. Das bedeutet, dass ein fünftel der Beschäftigten der Klinik erhöhte psychische und somatische Beschwerden aufweisen.

Von den 83 kooperativen Probanden, die an einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt arbeiten, zeigen 27 (32 %) erhöhte Beschwerdewerte (Stanine-Werte zwischen 7 und 9).

Von den 132 kooperativen Probanden, die an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt arbeiten, zeigen 16 (12 %) erhöhte Beschwerdewerte (Stanine-Werte zwischen 7 und 9).

**Fazit:** Es besteht ein deutlicher Effekt bzgl. des Arbeitsplatzes: Die Beschäftigten *ohne* Patientenkontakt zeigen in einem erheblich höheren Ausmaß (32 %) psychische und somatische Beschwerden, als ihre Kollegen *mit* Patientenkontakt (12 %) tun.

Es besteht ein deutlicher Effekt bzgl. des Geschlechts: Die weiblichen Probanden zeigen unabhängig vom Arbeitsplatz ein höheres Ausmaß an psychischen und somatischen Beschwerden. Frauen, die einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt haben weisen am häufigsten erhöhte Beschwerde-Stanine-Werte auf. Die Männer, die einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt haben zeigen die geringsten Beschwerde-Stanine-Werte.

### Zur Überprüfung der H0-10-Hypothese:

H0-10: Es lassen sich zwischen dem Ausmaß der **Nikotinabhängigkeit** und folgenden Variablen Zusammenhänge feststellen: Alkoholismus (+), der Zufriedenheit (beruflich, privat,

körperlich (-), dem Tablettenkonsum (+), den Essstörungen (+), dem Geschlecht (m > w), dem Schulabschluss (-), dem Therapiewunsch (+).

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und Nikotinabhängigkeit:**

Der Zusammenhang zwischen der Alkoholismusausprägung (AUDIT- Score) und dem Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA), sowie zwischen dem AUDIT- Score und der Eigenschaft Raucher /Nichtraucher, waren in der Gesamtstichprobe *nicht* signifikant.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Nikotinabhängigkeit und der Zufriedenheit:**

Es konnten signifikante negative Zusammenhangstendenzen ( $r = - 0,155, p < 0,05$ ) zwischen der Nikotinabhängigkeit und der körperlichen Zufriedenheit in der Gesamtstichprobe festgestellt werden.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Nikotinabhängigkeit und dem Tablettenkonsum:**

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Nikotinabhängigkeit (FTNA) und dem Tablettenkonsum konnte nicht festgestellt werden.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Nikotinabhängigkeit und dem Schulabschluss:**

Es konnten signifikante negative Zusammenhangstendenzen ( $r = - 0,199, p < 0,01$ ) zwischen der Nikotinabhängigkeit und dem Schulabschluss festgestellt werden.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Nikotinabhängigkeit und den Essstörungen:**

Die Nikotinabhängigkeit (FTNA) korrelierte mit den Essstörungen ( $r = 0,177, p < 0,01$ )

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Nikotinabhängigkeit und dem Therapiewunsch:**

Die Nikotinabhängigkeit (FTNA) korreliert mit dem Therapiewunsch ( $r = 0,215, p < 0,001$ ).

In der Gruppe der *beruflich unzufriedenen* ist eine deutlich höhere Korrelation zwischen der Nikotinabhängigkeit und dem Therapiewunsch festzustellen ( $r = 0,471; p < 0,01$ )

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Nikotinabhängigkeit und dem Geschlecht:**

Nikotinkonsum	Frauen		Männer		Gesamt		Frauen	Männer
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Verhältnis	

<b>Nichtraucher</b>	119	75,8 %	50	86,2 %	169	78,6 %	70,4 %	29,6 %
<b>Raucher</b>	<b>38</b>	24,2 %	<b>8</b>	13,8 %	<b>46</b>	21,4 %	<b>82,6 %</b>	<b>17,4 %</b>
Gesamt	157	100 %	58	100 %	215	100 %	73 %	29 %

Tabelle 4.62.

Von den 215 Probanden der Stichprobe rauchen 46 Probanden (21,4 %) und 169 Probanden (78,6 %) rauchen nicht.

Die Geschlechterverteilung der Raucher beinhaltet 82,6 % Frauen und 17,4 % Männer.

Die Geschlechterverteilung der Nichtraucher beinhaltet 70,4 % Frauen und 29,6 % Männer.

Von den 157 weiblichen Probanden sind 119 Nichtraucher (75,8 %) und 38 Raucher (24,2 %).

Von den 58 männlichen Probanden sind 50 Nichtraucher (86,2 %) und 8 Raucher (13,8 %).

Die Frauen sind, auf Grund ihrer Überzahl (157 Frauen und 58 Männer) in der Gesamtstichprobe, sowohl unter den Rauchern, als auch unter den Nichtrauchern am häufigsten vertreten. Trotzdem bilden sie prozentual berechnet, den größten Anteil unter den Rauchern.

Die Frauen zeigen, falls sie rauchen, eine nur geringe Nikotinabhängigkeit, sodass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Nikotinabhängigkeit (FTNA) und Geschlechtszugehörigkeit nicht festgestellt werden konnte: Der mittlere FTNA- Score für die weiblichen Probanden bezifferte sich auf  $m = 0,67$ , der mittlere FTNA- Score für die männliche Probanden bezifferte sich auf  $m = 0,45$ .

(Anmerkung: ein FNTA- Score bis 2 wird als keine oder nur sehr geringfügige Ausprägung interpretiert.)

## Zur Überprüfung der H0-11-Hypothese:

H0-11: Das Ausmaß der **Nikotinabhängigkeit** wird mit dem Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt) und der sozialen Integration (Soziales Netz und Familienstand) keine Zusammenhänge zeigen.

## Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Nikotinabhängigkeit und dem Arbeitsplatz:

<b>Nikotinkonsum und Arbeitsplatz</b>	<b>Raucher</b>		<b>Nichtraucher</b>	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Mit</b> Pat.- Kontakt	24	<b>51,1 %</b>	108	<b>63,9 %</b>
<b>Ohne</b> Pat.- Kontakt	23	<b>48,9 %</b>	61	<b>36,1 %</b>
Gesamt	47	100 %	169	100 %

Tabelle 4.63.

Die Tabelle 4.63. verdeutlicht, dass 63,9 % der Nichtraucher einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt haben. Die Raucher sind in beiden Arbeitsbereichen ungefähr gleich verteilt (51,1 % zu 48,9 %).

Die Probanden, die einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt haben, zeigen einen signifikant ( $p < 0,01$ ) geringeren Mittelwert für Nikotinabhängigkeit ( $m = 0,3$ ), als Probanden, die einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt haben ( $m = 1,1$ ).

Beide Gruppierungen können aber als durchschnittlich nicht nikotinabhängig angesehen werden. (Anmerkung: ein FNTA- Score bis 2 wird als keine oder nur sehr geringfügige Ausprägung interpretiert.)

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Nikotinabhängigkeit und der sozialen Integration:**

Zwischen dem Ausmaß der Nikotinabhängigkeit und der sozialen Integration (Soziales Netz: Geselligkeit, zurückgezogen, sozialer Rückhalt) konnten *keine* Zusammenhänge festgestellt werden.

Bezüglich des Familienstandes konnte ein signifikanter Zusammenhang ( $p < 0,05$ ) zwischen Rauchern und dem Status nicht-verheiratet, oder nicht-eheähnlich festgestellt werden: Mittels Chi Quadrat Test war zu erwarten, dass sich etwa 10 Raucher in dieser Kategorie befinden. Tatsächlich besteht die Gruppierung aus 16 Probanden. Dementsprechend konnte mit der gleichen Testung auch belegt werden, dass signifikant mehr Singles zu den Rauchern gehören. 9 rauchende Singles waren zu erwarten gewesen, die Anzahl betrug aber 14.

**Fazit:** Alleinstehende (Singles) sind also unerwartet häufig Raucher.

### **Zur Überprüfung der H0-12-Hypothese:**

H0-12: Die **Nikotinabhängigkeit** wird bei Beschäftigten im mittleren Alter am höchsten sein.

Eine Korrelationsberechnung belegte eine negative, schwache Zusammenhangstendenz ( $r = - 0,155$ ;  $p < 0,05$ ) zwischen Nikotinabhängigkeit und Alter. Dieser Effekt verstärkt sich minimal, wenn die Probanden in Altersgruppen (bis 30 Jahre, 31 bis 55 Jahre, über 56 Jahre) aufgeteilt werden: Die Negativkorrelation beträgt  $r = - 0,185$ ,  $p < 0,01$ .

Die nachfolgende Kreuztabelle 4.64. ermöglicht eine spezifischere Differenzierung zwischen den FNTA- Score, dem Geschlecht und dem Alter.

Geschlecht	FTNA Score	Altersgruppen			Gesamt		
		>30	31 – 55	56 – 65	$\Sigma$	%	n
	0	14	96	21	131	92,4	157

	1	0	3	1	4			
	2	1	3	0	4			
	3	2	4	0	6			
	5	1	3	0	4	7,6		
	6	1	3	0	4			
	7	0	1	0	1			
	8	1	2	0	3			
<b>Männer</b>	0	2	43	7	52		94,8	58
	1	1	0	0	1			
	3	0	2	0	2			
	5	0	1	0	1	5,2		
	6	0	1	0	1			
	8	0	1	0	1			
<b>FTNA- Score &gt;= 5</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>7 %</b>			
<b>Prozent der Gruppe</b>	<b>13 %</b>	<b>6,4 %</b>	<b>0 %</b>	<b>7 %</b>				

Tabelle 4.64.

Die Tabelle 4.64. zeigt die FTNA- Score von 5 bis 8 dunkelgrau markiert. Diese Scores werden als mittlere bis sehr starke Nikotinabhängigkeiten interpretiert (Details S. 165).

Innerhalb der jüngsten Altersgruppe zeigen 3 Probanden (13 %) diese Ausprägung.

Innerhalb der mittleren Altersgruppe zeigen 12 Probanden (6,4 %) diese Ausprägung.

Innerhalb der ältesten Altersgruppe zeigt kein Proband diese Ausprägung.

Von den 157 weiblichen Probanden zeigen 7,6 % mittlere bis sehr starke Nikotinabhängigkeiten.

Von den 58 männlichen Probanden zeigen 5,2 % mittlere bis sehr starke Nikotinabhängigkeiten.

**Fazit:** Es besteht eine Tendenz, dass eher jüngere (weibliche) Beschäftigte der Klinik eine mittlere bis sehr starke Nikotinabhängigkeit zeigen.

## Zur Überprüfung der H0-13-Hypothese:

H0-13: Es lassen sich Korrelationen feststellen zwischen dem Ausmaß der **Zufriedenheit** (beruflich, privat, körperlich) und folgenden Variablen: den Alkoholismus (+), dem Tablettenkonsum (-), den Essstörungen (-), der Therapiemotivation (-), der sozialen Integration (+) und der Offenheit (+).

Die Variablen berufliche, private und körperliche Zufriedenheit zeigen hohe Interkorrelationen.

Da für die vorliegende Studie der Substanzkonsum, speziell im betrieblichen Kontext, im Mittelpunkt steht, soll an dieser Stelle die berufliche Zufriedenheit und deren Auswirkungen auf die getesteten Variablen ausführlich dargestellt werden.

Insgesamt äußerten sich 38 der 217 Probanden (17,5 %) als beruflich kaum oder gar nicht zufrieden (S. 169). Von diesen 38 beruflich unzufriedenen Probanden sind 31 weiblich (19,7 % aller Frauen der Stichprobe) und 7 Probanden sind männlich (12,1 % aller Männer der Stichprobe). Fast 20 % der

Frauen äußern sich also beruflich unzufrieden, deutlich mehr als die Männer. Insgesamt äußerten sich 4 der 217 Probanden (1,8 %) als beruflich, privat und körperlich kaum oder gar nicht zufrieden. Unter den 4 unzufriedenen Probanden sind 3 Frauen. Die Profile dieser 4 Probanden werden auf S. 201 differenzierter analysiert.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und Zufriedenheit:**

Der Zusammenhang zwischen dem AUDIT- Score und	
- der privaten Zufriedenheit war signifikant	(r = - 0,221; p< 0,001)
- der körperlichen Zufriedenheit war signifikant	(r = - 0,257; p< 0,001)
- der beruflichen Zufriedenheit war nicht signifikant.	

Tabelle 4.65.

Die Zusammenhangswerte beziehen sich auf die Gesamtstichprobe. Für die Korrelationen der Gruppe der alkoholauffälligen Probanden, siehe S. 223 f.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der beruflichen Zufriedenheit und psychischen und somatischen Beschwerden:**

Zwischen der beruflichen Zufriedenheit und psychischen und somatischen Beschwerden wurden folgenden negative Korrelationen festgestellt:	
Beschwerdewert (B-L- Score)	r = - 0,421; p< 0,001
Innere Gespanntheit	r = - 0,382; p< 0,001
Weinen	r = - 0,367; p< 0,001
Völlegefühl	r = - 0,352; p< 0,001
Trübe Gedanken	r = - 0,348; p< 0,001
Müdigkeit	r = - 0,236; p< 0,001
Schwächegefühl	r = - 0,333; p< 0,001
Mattigkeit	r = - 0,331; p< 0,001
Reizbarkeit	r = - 0,329; p< 0,001
Kloß	r = - 0,316; p< 0,001
Angstgefühl	r = - 0,314; p< 0,001
Übelkeit	r = - 0,311; p< 0,001
Energielosigkeit	r = - 0,307; p< 0,001
Erschöpfbarkeit	r = - 0,292; p< 0,001
Appetitlosigkeit	r = - 0,288; p< 0,001
Grübeleien	r = - 0,267; p< 0,001
Schluckbeschwerden	r = - 0,267; p< 0,001
Konzentrationsschwäche	r = - 0,261; p< 0,001
Erstickungsgefühl	r = - 0,259; p< 0,001
Unruhe	r = - 0,257; p< 0,001
Verstopfung	r = - 0,252; p< 0,001
Zittern	r = - 0,239; p< 0,001
Schwindelgefühl	r = - 0,227; p< 0,001
Kopfschmerzen	r = - 0,216; p< 0,001
Brustschmerz	r = - 0,216; p< 0,001
Sodbrennen	r = - 0,212; p< 0,001
Kurzatmigkeit	r = - 0,179; p< 0,001
Schwitzen	r = - 0,177; p< 0,001
Gewichtsabnahme	r = - 0,214; p< 0,01

Fortsetzung auf nächster Seite

Sex. Erregungsmangel	$r = -0,206; p < 0,01$
Schlaflosigkeit	$r = -0,197; p < 0,01$
Herzklopfen	$r = -0,194; p < 0,01$
Gleichgewichtsstörungen	$r = -0,192; p < 0,01$
Gliederschmerzen	$r = -0,183; p < 0,01$
Nackenschmerzen	$r = -0,182; p < 0,01$
Frieren	$r = -0,178; p < 0,01$
Wärmeempfindlichkeit	$r = -0,172; p < 0,05$
Leibschmerzen	$r = -0,172; p < 0,05$
Schluckauf	$r = -0,156; p < 0,05$
Erröten	$r = -0,151; p < 0,01$
Schlafbedürfnis	$r = -0,140; p < 0,05$

Tabelle 4.66.

Die Tabelle 4.66. verdeutlicht anschaulich, dass die berufliche Zufriedenheit mit einer Vielzahl von psychischen und somatischen Beschwerden hoch signifikant negativ korreliert. Die höchste Korrelation konnte zwischen berufliche Zufriedenheit und dem Beschwerdewert festgestellt werden ( $r = -0,421; p < 0,001$ ), gefolgt von den negativen Zusammenhängen zwischen der beruflichen Zufriedenheit und der inneren Gespantheit und der beruflichen Zufriedenheit und Weinen.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der beruflichen Zufriedenheit und dem Geschlecht (in Bezug auf den Beschwerdewert):**

Der durchschnittliche Beschwerdewert (B-L- Score) der beruflich unzufriedenen Frauen beziffert sich auf 24, der B-L- Score der beruflich unzufriedenen Männer liegt bei 16,4. Der Mittelwertsunterschied ist statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ).

Die Frauen erzielen einen mäßig erhöhten Beschwerdewert (24), wobei anzumerken ist, dass 78,6 % der Bevölkerung einen geringeren Beschwerdewert aufweisen, als die beruflich unzufriedenen Frauen der Klinik. Die unzufriedenen Männer erreichen einen noch durchschnittlichen B-L- Score (16,4), aber auch hier ist anzumerken, dass 71,5 % der Bevölkerung einen geringeren Beschwerdewert aufweisen.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der beruflichen Zufriedenheit und dem Tablettenkonsum:**

Es konnte nur ein sehr schwacher, tendenzieller Zusammenhang zwischen der beruflichen Zufriedenheit und dem Tablettenkonsum in der Gesamtstichprobe gefunden werden ( $r = -0,184; p < 0,01$ ).

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der beruflichen Zufriedenheit und den Essstörungen:**

Es konnte nur ein sehr schwacher, tendenzieller Zusammenhang zwischen der beruflichen Zufriedenheit und den Essstörungen in der Gesamtstichprobe gefunden werden ( $r = -0,196; p < 0,01$ ).

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der beruflichen Zufriedenheit und der Therapiemotivation:**

Zwischen der Therapiemotivation und der beruflichen Zufriedenheit konnte ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ( $r = -0,323$ ;  $p < 0,001$ ): Je höher die berufliche Zufriedenheit, desto geringer die Therapiemotivation.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der beruflichen Zufriedenheit und dem sozialen Netz:**

Die berufliche Zufriedenheit hatte einen nachweisbaren Einfluss auf die 3 Variablen des sozialen Netzes:	
Zurückgezogen	$r = -0,315$ ; $p < 0,001$
Gesellig	$r = +0,266$ ; $p < 0,001$
Soz. Rückhalt	$r = +0,261$ ; $p < 0,001$

Tabelle 4.67.

Probanden mit einem zurückgezogenen Lebensstil äußern sich tendenziell beruflich weniger zufrieden. (Und umgekehrt).

Die private Situation (das soziale Netz) scheint also einen tendenziellen Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit zu haben.

Es wird vermutet, dass die Qualität des sozialen Netzes kompensatorische Effekte zeigt, und damit die Wahrnehmung der beruflichen Stressoren verändert.

**Fazit:** Es sei nochmals erwähnt, dass in dieser Studie, die berufliche Zufriedenheit keinen nachweisbaren *direkten* Einfluss auf die Alkoholismusausprägung hatte. Es wurden aber sehr wohl verschiedene Zusammenhänge mit psychischen und somatischen Beschwerden festgestellt. Die Probanden reagieren vermutlich auf vorhandene berufliche Unzufriedenheit eher mit psychischen und somatischen Beschwerden.

Die Einflüsse der beruflichen Zufriedenheit auf den Alkoholismus wurde für die Gruppe der Alkoholauffälligen differenzierter analysiert (S. 223 f. und S. 242 f.)

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der private Zufriedenheit und dem AUDIT- Score:**

Der Zusammenhang konnte in der Gesamtstichprobe als schwach, aber sehr signifikant verifiziert werden ( $r = -0,221$ ;  $p < 0,001$ )

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der private Zufriedenheit und den psychischen und somatischen Beschwerden:**

Es konnten folgende negative Zusammenhänge mit der privaten Zufriedenheit festgestellt werden:

Trübe Gedanken	$r = -0,312; p < 0,001$
Grübeleien	$r = -0,298; p < 0,001$
Schlaflosigkeit	$r = -0,255; p < 0,001$
Angst	$r = -0,238; p < 0,001$
Weinen	$r = -0,226; p < 0,001$

Tabelle 4.68.

Die negativen Korrelationen zwischen privater Zufriedenheit und den psychischen Beschwerden erscheint plausibel.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der private Zufriedenheit und den Essstörungen:**

Der Zusammenhang konnte als sehr schwach, aber signifikant verifiziert werden ( $r = -0,136; p < 0,01$ ). Es besteht also in der Gesamtstichprobe die Tendenz der Erhöhung von Essstörungen durch private Unzufriedenheit, und umgekehrt.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der private Zufriedenheit und der Therapiemotivation:**

Der Zusammenhang konnte als schwach, aber signifikant verifiziert werden ( $r = -0,204; p < 0,01$ ).

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der privaten Zufriedenheit und den Variablen der sozialen Integration:**

Es wurden folgende Zusammenhänge festgestellt:	
- zurückgezogen:	$r = -0,225; p < 0,001$
- gesellig:	$r = 0,193; p < 0,01$
- soz. Rückhalt	$r = 0,319; p < 0,001$

Tabelle 4.69.

Insbesondere der Zusammenhang zwischen sozialem Rückhalt und privater Zufriedenheit war am deutlichsten nachweisbar (Tabelle 4.69.).

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der privaten Zufriedenheit und dem Tablettenkonsum:**

Es signifikanter Zusammenhang war *nicht* nachweisbar in der Gesamtstichprobe.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der körperlichen Zufriedenheit und dem AUDIT-Score:**

Der Zusammenhang konnte als schwach, aber sehr signifikant verifiziert werden ( $r = - 0,257$ ;  $p < 0,001$ ). Es besteht folgende Tendenz: Je höher der Alkoholismus, desto geringer die körperlich Zufriedenheit, und umgekehrt.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der körperlichen Zufriedenheit und den psychischen und somatischen Beschwerden:**

Es konnten folgenden Zusammenhänge mit der körperlichen Zufriedenheit festgestellt werden:	
Trübe Gedanken	$r = - 0,400$ ; $p < 0,001$
Energielosigkeit	$r = - 0,380$ ; $p < 0,001$
Mattigkeit	$r = - 0,379$ ; $p < 0,001$
Weinen	$r = - 0,370$ ; $p < 0,001$
Schwäche	$r = - 0,369$ ; $p < 0,001$
Erschöpfung	$r = - 0,365$ ; $p < 0,001$
Grübeleien	$r = - 0,354$ ; $p < 0,001$
Appetitlosigkeit	$r = - 0,345$ ; $p < 0,001$
Schwindel	$r = - 0,338$ ; $p < 0,001$
Unruhe	$r = - 0,318$ ; $p < 0,001$
Müde Beine	$r = - 0,311$ ; $p < 0,001$
Kloß	$r = - 0,310$ ; $p < 0,001$
Übelkeit	$r = - 0,308$ ; $p < 0,001$
Gliederschmerzen	$r = - 0,308$ ; $p < 0,001$
Schlafbedürfnis	$r = - 0,298$ ; $p < 0,001$
Angstgefühle	$r = - 0,296$ ; $p < 0,001$
Völlegefühl	$r = - 0,290$ ; $p < 0,001$
Konzentrationsschwierigkeiten	$r = - 0,288$ ; $p < 0,001$
Innere Gespanntheit	$r = - 0,280$ ; $p < 0,001$
Zittern	$r = - 0,277$ ; $p < 0,001$
Schwitzen	$r = - 0,268$ ; $p < 0,001$
Reizbarkeit	$r = - 0,264$ ; $p < 0,001$
Kurzatmigkeit	$r = - 0,257$ ; $p < 0,001$
Brustschmerz	$r = - 0,250$ ; $p < 0,001$
Sodbrennen	$r = - 0,259$ ; $p < 0,001$
Erstickungsgefühle	$r = - 0,247$ ; $p < 0,001$
Frieren	$r = - 0,229$ ; $p < 0,001$
Rückenschmerzen	$r = - 0,228$ ; $p < 0,001$
Schluckbeschwerden	$r = - 0,217$ ; $p < 0,001$

Tabelle 4.70.

Die vielen unterschiedlichen negativen Zusammenhänge zwischen der körperlichen Zufriedenheit und den psychischen und somatischen Beschwerden (Tabelle 4.70.) erscheinen nachvollziehbar und sprechen für die Selbstwahrnehmung der Probanden.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der körperlichen Zufriedenheit und dem Tablettenkonsum:**

Der hoch signifikante Zusammenhang konnte bestätigt werden ( $r = - 0, 276$ ;  $p < 0,001$ ).

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der körperlichen Zufriedenheit und den Essstörungen:**

Der sehr signifikante Zusammenhang konnte in der Gesamtstichprobe bestätigt werden ( $r = -0,200$ ;  $p < 0,01$ ).

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der körperlichen Zufriedenheit und der Therapiemotivation:**

Der signifikante Zusammenhang konnte in der Gesamtstichprobe bestätigt werden ( $r = -0,241$ ;  $p < 0,001$ ).

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der körperlichen Zufriedenheit und der sozialen Integration (Soziales Netz und Familienstand):**

Es wurden folgende schwache, tendenzielle Zusammenhänge mit dem sozialen Netz festgestellt:	
- zurückgezogen:	$r = -0,178$ ; $p < 0,01$
- soz. Rückhalt:	$r = 0,178$ ; $p < 0,01$
- gesellig:	kein signifikanter Zusammenhang

Tabelle 4.71.

Es wurden folgende schwache, tendenzielle Zusammenhänge mit dem Familienstand festgestellt:

Probanden, die in Ehe oder eheähnlichen Verhältnissen leben, geben signifikant mehr private Zufriedenheit an ( $m = 2,5$ ;  $p < 0,001$ ) als Singles ( $m = 1,8$ ;  $p < 0,001$ ).

**Anmerkung:** Der Familienstand zeige bzgl. der beruflichen und körperlichen Zufriedenheit keine signifikanten Ergebnisse.

**Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich) und der Offenheit:**

Zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich) und der Variable Offenheit konnten *keine* Zusammenhänge nachgewiesen werden.

**Zur Testung der Interkorrelationen der Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich):**

Die berufliche und die private Zufriedenheit zeigen sehr signifikante Korrelationen ( $r = 0,339$ ;  $p < 0,001$ ). Ebenso konnten zwischen der beruflichen und der körperlichen Zufriedenheit sehr signifikante Korrelationen ( $r = 0,321$ ;  $p < 0,001$ ) festgestellt werden. Desgleichen zeigen sich sehr signifikante Korrelationen zwischen der privaten und der körperlichen Zufriedenheit ( $r = 0,318$ ;  $p < 0,001$ ).

**Die beruflich, privat und körperlich unzufriedenen Probanden:**

Die 4 betroffenen Probanden zeigen Werte auf der FPI Subskala für Offenheit zwischen 4 und 6, der Durchschnittswert liegt bei 5,25. Damit zeigen die sehr unzufriedenen Probanden ein gutes Ausmaß an Offenheit, das sogar über dem Durchschnitt der Gesamtstichprobe (4,3) liegt.

Der durchschnittliche psychische und somatische Beschwerdewert (B-L- Score) der sowohl beruflich, privat, als auch körperlich unzufriedenen 4 Probanden (1,8 %) beziffert sich auf 32.

Die 4 unzufriedenen Probanden erzielten individuell folgende B-L- Scores:

1-Eine Frau zwischen 26 und 30 Jahren: Der B-L- Score 27 ist ein mäßig erhöhter Wert.

2-Eine Frau zwischen 31 und 35 Jahren: Der B-L- Score 31 ist ein erhöhter Wert.

3-Eine Frau zwischen 46 und 50 Jahren: Der B-L- Score 49 ist ein stark erhöhter Wert.

4-Ein Mann zwischen 31 und 35 Jahren: Der B-L- Score 21 ist ein Wert im oberen Durchschnittsbereich.

Von den 4 Betroffenen erreichen 2 Probanden einen FTNA- Score von 0, und 2 Probanden einen FTNA- Score von 3.

Von den 4 Betroffenen arbeiten 2 *mit* Patientenkontakt und 2 *ohne* Patientenkontakt.

Von den 4 Betroffenen besitzen 2 den Hauptschulabschluss, einer die mittlere Reife und einer Abitur.

Von den 4 Betroffenen äußern 3 einen mäßigen oder starken Wunsch nach Therapie.

Alle 4 Betroffenen geben an, dass sie mäßig oder stark zurückgezogen leben.

Alle 4 Betroffenen geben an, dass sie kaum oder gar keinen sozialen Rückhalt erleben.

Von den 4 Betroffenen berichten 2 Frauen, dass sie alleinerziehend sind.

Die folgenden Tabellen 4.72, 4.73 und 4.74 dokumentieren sowohl den Vergleich zwischen Frauen (n = 111 / 112) mit unauffälligen Alkoholismuswerten (AUDIT- Score) und Frauen (n = 45) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuswerten, als auch zwischen Männern (n = 47) mit unauffälligen Alkoholismuswerten und Männer (n = 11) mit kritischen (erhöhten) Alkoholismuswerten, in Bezug auf die Merkmalsausprägungen der Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich).

Berufliche Zufriedenheit	Frauen und Alkoholismus				Männer und Alkoholismus			
	unauffällig		kritisch		unauffällig		kritisch	
Ausprägung	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kaum und gar nicht	17	15,3 %	14	31,1 %	5	10,6 %	2	18,2 %
Mäßig und stark	94	84,7 %	31	68,9 %	42	89,4 %	9	71,8 %
Gesamt	111	100 %	45	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.72.

Während sich 15,3 % der Frauen mit unauffälligen Alkoholismuswerten als kaum und gar nicht beruflich zufrieden beschreiben, geben etwa doppelt so viele (31,1 %) Frauen mit kritischen Alkoholismuswerten, diese Unzufriedenheit an (Tabelle 4.72.).

Bei den Männern ist dieser Effekt ähnlich ausgeprägt: Während sich 10,6 % der Männer mit unauffälligen Alkoholismuswerten sich als kaum und gar nicht beruflich zufrieden beschreiben, geben fast doppelt so viele (18,2 %) Männer mit kritischen Alkoholismuswerten, diese Unzufriedenheit an

Private Zufriedenheit	Frauen und Alkoholismus				Männer und Alkoholismus			
	unauffällig		kritisch		unauffällig		kritisch	
Ausprägung	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kaum und gar nicht	6	5,4 %	6	13,3 %	3	6,4 %	2	18,2 %
Mäßig und stark	106	94,6 %	39	86,7 %	44	93,6 %	9	81,8 %
Gesamt	112	100 %	45	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.73.

Während sich 5,4 % der Frauen mit unauffälligen Alkoholismuswerten als kaum und gar nicht privat zufrieden beschreiben, geben mehr als doppelt so viele (13,3 %) Frauen mit kritischen Alkoholismuswerten, diese Unzufriedenheit an (Tabelle 4.73.).

Während sich 6,4 % der Männer mit unauffälligen Alkoholismuswerten als kaum und gar nicht privat zufrieden beschreiben, geben fast dreimal so viele (18,2 %) Männer mit kritischen Alkoholismuswerten, diese Unzufriedenheit an (Tabelle 4.73.).

Körperliche Zufriedenheit	Frauen und Alkoholismus				Männer und Alkoholismus			
	unauffällig		Kritisch		Unauffällig		kritisch	
Ausprägung	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kaum und gar nicht	15	13,4%	11	24,4 %	3	6,4 %	3	27,3 %
Mäßig und stark	96	86,5 %	34	75,6 %	44	93,6 %	8	72,7 %
Gesamt	111	100 %	45	100 %	47	100 %	11	100 %

Tabelle 4.74.

Während sich „nur“ 13,4 % der Frauen mit unauffälligen Alkoholismuswerten als kaum und gar nicht körperlich zufrieden beschreiben, geben knapp doppelt so viele (24,4 %) Frauen mit kritischen Alkoholismuswerten, diese Unzufriedenheit an.

Bei den Männern ist dieser Effekt deutlich stärker ausgeprägt: Während sich 6,4 % der Männer mit unauffälligen Alkoholismuswerten als kaum und gar nicht körperlich zufrieden beschreiben, geben mehr als viermal so viele (27,3 %) Männer mit kritischen Alkoholismuswerten, diese Unzufriedenheit an (Tabelle 4.74.).

## Zur Überprüfung der H0-14-Hypothese:

H0-14: Die **Zufriedenheit** (beruflich, privat, körperlich) ist von folgenden Variablen unabhängig: dem Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt), dem Schulabschluss, dem Geschlecht und dem Alter.

### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit und dem Alter:

Nur die körperliche Zufriedenheit zeigt in der Gesamtstichprobe eine schwache Korrelation mit dem Alter ( $r = 0,136$ ;  $p < 0,05$ ).

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit und dem Schulabschluss:**

Nur die körperliche Zufriedenheit zeigt in der Gesamtstichprobe eine schwache Korrelation mit dem Schulabschluss ( $r = 0,151$ ;  $p < 0,05$ )

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der beruflichen Zufriedenheit und dem Arbeitsplatz:**

Arbeitsplatz	Gesamt	Berufl. unzufrieden		Berufl. zufrieden	
	Anzahl	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ohne Pat.-Kontakt	84	15	17,8 %	69	82,2 %
Mit Pat.-Kontakt	131	23	17,6 %	108	82,4 %

Die berufliche Zufriedenheit zeigt keinerlei Einflüsse auf die Variable Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt). An beiden Arbeitsplätzen arbeiten ca. 18 % beruflich unzufriedene Angestellte.

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit und dem Geschlecht:**

Es wurden keinerlei Zusammenhänge festgestellt.

### **Zur Überprüfung der H0-15-Hypothese:**

H0-15: Der **Tablettenkonsum** korreliert mit folgenden Variablen: dem Therapiewunsch (-), der sozialen Integration (+), dem Geschlecht ( $w > m$ ), der Offenheit (-), dem Alter (+), den Essstörungen (+), dem Arbeitsplatz (mit > ohne Patientenkontakt) und dem Schulabschluss (-).

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Tablettenkonsum und dem Alkoholismus:**

Es konnte in der Gesamtstichprobe weder ein signifikanter positiver, noch negativer Zusammenhang festgestellt werden.

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Tablettenkonsum und der Offenheit:**

Es konnte in der Gesamtstichprobe weder ein signifikanter, positiver, noch negativer Zusammenhang festgestellt werden.

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Tablettenkonsum und dem Therapiewunsch:**

Dieser Zusammenhang kann in der Gesamtstichprobe als relativ gering aber sehr signifikant ( $r = 0,296$ ;  $p < 0,001$ ) interpretiert werden.

### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Tablettenkonsum und den Essstörungen:

Dieser Zusammenhang kann in der Gesamtstichprobe als gering aber sehr signifikant ( $r = 0,248$ ;  $p < 0,001$ ) interpretiert werden.

### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Tablettenkonsum und der sozialen Integration:

Für den Zusammenhang zwischen Familienstand und Tablettenkonsum konnten keine Belege gefunden werden. Lediglich für 2 Variablen des sozialen Netzes wurden folgende schwache Korrelationen festgestellt:

- Tablettenkonsum und zurückgezogener Lebensstil ( $r = 0,179$ ;  $p < 0,01$ )

- Tablettenkonsum und soz. Rückhalt ( $r = - 0,171$ ;  $p < 0,01$ )

Diese Daten lassen sich nur als Tendenz interpretieren, dass soziale Komponenten den Tablettenkonsum beeinflussen können.

### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Tablettenkonsum und der Schulbildung:

Der Tablettenkonsum korreliert in der Gesamtstichprobe *nicht* mit der Variablen Schulbildung.

### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Tablettenkonsum und dem Arbeitsplatz (mit > ohne Patientenkontakt):

Tabletten-Konsum	Frauen				Männer				Gesamt			
	ohne Pat.		mit Pat		ohne Pat		mit Pat		ohne Pat		mit Pat	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gar nicht/ kaum	54	87,1	84	88,4	21	100	35	94,6	75	90,4	119	90,2
Mäßig/ stark	8	<b>12,9</b>	11	<b>11,6</b>	0	0	2	5,4	8	9,6	13	9,8
Gesamt	62	39,5	95	60,5	21	36,2	37	63,8	83	<b>55</b>	132	<b>88</b>

Tabelle 4.75.

Insgesamt wurden unabhängig vom Arbeitsplatz fast identische Aussagen bezüglich des Tablettenkonsums getroffen: ca. 90 % aller Probanden berichteten, dass sie kaum und gar nicht Tabletten konsumieren. Der Arbeitsplatz zeigt also keinen Einfluss auf den Tablettenkonsum.

Eine geschlechtsspezifische Analyse zeigt (Tabelle 4.75.), dass Frauen deutlich häufiger einen mäßigen und starken Tablettenkonsum angeben: 12,9 % der Frauen *ohne* Patientenkontakt und 11,6 % der Frauen *mit* Patientenkontakt. Im Gegensatz zu den Männern: 0 % *ohne* Patientenkontakt und 5,4 % *mit* Patientenkontakt.

### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Tablettenkonsum und dem Alter:

Der Tablettenkonsum korreliert in der Gesamtstichprobe nur sehr schwach, tendenziell, mit dem Alter ( $r = 0,168$ ;  $p < 0,05$ ).

In der folgenden Tabelle 4.76. wird deutlich, dass in der höheren Altersgruppe vermehrt Tabletten konsumiert werden.

### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Tablettenkonsum und dem Geschlecht:

Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen weiblichen Probanden und Tablettenkonsum festgestellt werden: Frauen gaben im Durchschnitt ( $m = 0,40$ ;  $p < 0,05$ ) mehr Tablettenkonsum an, als Männer ( $m = 0,19$ ;  $p < 0,05$ ). Der durchschnittliche Tablettenkonsum (zwischen 0,19 und 0,40) erscheint zwar sehr gering bei einer möglichen Ausprägung zwischen 0 und 3, aber die folgende Tabelle 4.76. verdeutlicht, dass eine differenziertere alters- und geschlechtsspezifische Analyse die Problematik besser offenbart:

Alters- Gruppen	Ausprägung Tablettenkonsum	Frauen		Männer		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 30 Jahre	Gar nicht und kaum	19	95 %	3	100 %	22	95,7 %
	Mäßig und stark	1	5 %	0	0 %	1	4,3 %
31 – 55 Jahre	Gar nicht und kaum	103	89,6 %	47	97,9 %	150	92 %
	Mäßig und stark	12	10,4 %	1	2,1 %	13	8 %
Ab 56 Jahre	Gar nicht und kaum	16	10,2 %	6	86,7 %	22	75,9 %
	Mäßig und stark	6	<b>27,3 %</b>	1	<b>14,3 %</b>	7	<b>24,1 %</b>
Gesamt		157		58		215	
<b>Gesamt mäßig und stark</b>		19	<b>12,1 %</b>	2	<b>3,4 %</b>	21	<b>9,8 %</b>

Tabelle 4.76.

Die Tabelle 4.76. verdeutlicht, dass 9,8 % der Probanden einen mäßigen bis starken Tablettenkonsum angeben. Eine geschlechtsspezifische Analyse zeigt, dass 12,1 % der Frauen, aber nur 3,4 % der Männer einen mäßigen bis starken Tablettenkonsum angeben. Der Konsum scheint darüber hinaus altersabhängig zu sein: Je höher die Altersgruppe, desto höher ist die Anzahl der Probanden, die einen mäßigen bis starken Tablettenkonsum angeben.

Die größte Anzahl (27,3 %) von mäßigen bis starken Tablettenkonsumenten zeigt die Gruppe der älteren Frauen (ab 56 Jahren). In dieser Altersgruppe berichteten auch die meisten Männer (14,3 %) von einem mäßigen bis starken Tablettenkonsum.

**Fazit:** Ältere, insbesondere weibliche Probanden zeigen häufiger einen mäßigen bis starken Tablettenkonsum.

### Zur Überprüfung der H0-16-Hypothese:

H0-16: Die **Essstörungen** korrelieren mit den Variablen: Alkoholismus (+), Therapiewunsch (-), dem Alter (-), dem Geschlecht ( $w > m$ ), dem Schulabschluss (-) und der Offenheit (-).

### Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den Essstörungen und dem Alkoholismus:

Es konnte in der Gesamtstichprobe weder ein signifikanter positiver, noch negativer Zusammenhang festgestellt werden. In der Subgruppe der Alkoholauffälligen Frauen konnten Korrelationen berechnet werden (S. 223 f.)

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den Essstörungen und der Offenheit:**

Es konnte weder ein signifikanter, positiver, noch negativer Zusammenhang festgestellt werden.

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den Essstörungen und dem Therapiewunsch:**

Es konnte eine hoch signifikante Korrelation zwischen den angegebenen Essstörungen und dem Wunsch nach Therapie in der Gesamtstichprobe gefunden werden: ( $r = 0,434$ ;  $p < 0,001$ )

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den Essstörungen und dem Alter:**

Des weiteren wurde ein negativer, schwacher Zusammenhang zwischen Essstörungen und Alter aufgedeckt: ( $r = - 0,169$ ;  $p < 0,05$ ) Die nachfolgende Tabelle 4.77. zeigt, dass insbesondere in der jüngsten Altersgruppe der Anteil an essgestörten Frauen (30 %) am höchsten ist.

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den Essstörungen und dem Schulabschluss:**

Ein Zusammenhang zwischen Essstörungen und Schulabschluss konnte in der Gesamtstichprobe nicht belegt werden.

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen den Essstörungen und dem Geschlecht:**

Durch einen Mittelwertsvergleich konnten höchst signifikante ( $p < 0,001$ ), geschlechtsspezifische Differenzen festgestellt werden: Frauen zeigen mit ( $m = 0,74$ ) ein signifikant höheres Maß an Essstörungen als Männer ( $m = 0,17$ ). Die durchschnittlich angegebenen Essstörungen (zwischen 0,17 und 0,74) erscheinen zwar sehr gering bei einer möglichen Ausprägung zwischen 0 und 3, aber die folgende Tabelle 4.77. verdeutlicht, dass eine differenziertere alters- und geschlechtsspezifische Analyse die Problematik besser offenbart:

Alters- Gruppen	Ausprägung Essstörungen	Frauen		Männer		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 30 Jahre	Gar nicht und kaum	14	70 %	3	100 %	17	73,9 %
	Mäßig und stark	6	<b>30 %</b>	0	0 %	6	26,1 %
31 – 55 Jahre	Gar nicht und kaum	89	77,4 %	46	95,8 %	135	82,8 %
	Mäßig und stark	26	22,6 %	2	4,2 %	28	17,2 %
Ab 56 Jahre	Gar nicht und kaum	18	81,8 %	7	100 %	25	86,2 %
	Mäßig und stark	4	18,2 %	0	0 %	4	13,8 %
Gesamt		157		58		215	
<b>Gesamt mäßig und stark</b>		36	<b>22,9 %</b>	2	<b>3,4 %</b>	38	<b>17,7 %</b>

Tabelle 4.77.

Die Tabelle 4.77 verdeutlicht, dass 17,7 % der Probanden mäßige bis starke Essstörungen angeben. Eine geschlechtsspezifische Analyse zeigt, dass 22,9 % der Frauen, aber nur 3,4 % der Männer eine mäßige bis starke Essstörungen angeben. Das Merkmal scheint darüber hinaus nicht altersunabhängig zu sein: Bei den weiblichen Probanden zeigen diejenigen der jüngsten Altersgruppe (bis 30 Jahre) die

größte Anzahl (30 %) von mäßigen bis starken Essstörungen. Der Anteil der essgestörten weiblichen Probanden reduziert sich zwar in den höheren Altersgruppen (30 %, 22,6 % bis 18,2 %), aber das Niveau kann als konstant überhöht angesehen werden.

Die männlichen Probanden scheinen von dem Problem Essstörungen wenig betroffen zu sein. Eine Ausnahme bildet die mittlere Altersgruppe, in der der Anteil der essgestörten Männer bei 4,2 % liegt.

**Fazit:** Von den Essstörungen sind hauptsächlich (jüngere) Frauen betroffen.

### **Zur Überprüfung der H0-17-Hypothese:**

H0-17: **Essstörungen** korrelieren nicht mit den Variablen: soziale Integration und Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt).

Es konnten diesbezüglich *keine* signifikanten Zusammenhänge nachgewiesen werden. Eine detailliertere Analyse der Gruppe der essgestörten Frauen ist ab S. 232 f. zu finden.

### **Zur Überprüfung der H0-18-Hypothese:**

H0-18: Der **Therapiewunsch** korreliert mit den Variablen: dem Alkoholismus (-), der sozialen Integration (-), dem Geschlecht ( $w > m$ ), dem Schulabschluss (+) und der Offenheit (+).

#### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Therapiewunsch und dem Alkoholismus:**

Es konnten diesbezüglich keine signifikanten Zusammenhänge in der Gesamtstichprobe nachgewiesen werden.

#### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Therapiewunsch und der Offenheit:**

Die Variablen Therapiewunsch und Offenheit korrelieren in der Gesamtstichprobe nur sehr schwach ( $r = 0,147$ ;  $p < 0,05$ ).

#### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Therapiewunsch und der sozialen Integration:**

Der Familienstand (bestehend aus 3 Variablen), als eine Untergruppe der sozialen Integration, zeigt *keine* signifikanten Zusammenhänge mit dem Therapiewunsch.

Die 3 Variablen des sozialen Netzes, als eine weitere Untergruppe der sozialen Integration, korrelieren deutlich mit dem Therapiewunsch:

- Zurückgezogener Lebensstil	$r = 0,313; p < 0,001$
- Geselligkeit	$r = - 0,172; p < 0,05$
- Soz. Rückhalt	$r = - 0,334; p < 0,001$

Tabelle 4.78.

Der Wunsch nach Therapie scheint deutlich von den sozialen Ressourcen der Probanden abzuhängen.

In der Gruppe der *beruflich unzufriedenen* besteht ein sehr signifikanter negativer Zusammenhang zwischen sozialem Rückhalt und Therapiewunsch ( $r = - 0,496; p < 0,01$ )

#### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Therapiewunsch und der Schulbildung:**

Es wurden in der Gesamtstichprobe keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Therapiewunsch aufgedeckt.

#### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen dem Therapiewunsch und dem Geschlecht:**

Durch einen Mittelwertsvergleich konnten signifikante ( $p < 0,05$ ) geschlechtsspezifische Differenzen festgestellt werden: Frauen zeigen mit ( $m = 0,54$ ) ein signifikant höheres Maß an Therapiemotivation als Männer ( $m = 0,28$ ).

#### **Zur Überprüfung der H0-19-Hypothese:**

H0-19: Der **Therapiewunsch** korreliert nicht mit dem Alter und dem Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt).

Es konnten diesbezüglich *keine* signifikanten Zusammenhänge in der Gesamtstichprobe nachgewiesen werden.

## **Zur Überprüfung der H0-20-Hypothese:**

H0-20: Die **soziale Integration** (Soziales Netz und Familienstand) korreliert mit Alkoholismus (-) und mit Offenheit (+).

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und der sozialen Integration:**

Zwischen dem AUDIT- Score und der **sozialen Integration** (Familienstand und soziales Netz) konnten *keine* signifikanten Mittelwertsunterschiede in der Gesamtstichprobe festgestellt werden. (Details unter H0-5, S. 173 f.)

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen sozialer Integration und der Offenheit:**

Es konnte diesbezüglich *kein* signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden.

## **Zur Überprüfung der H0-21-Hypothese:**

H0-21: Die **soziale Integration** (Soziales Netz und Familienstand) ist unabhängig von folgenden Variablen: dem Alter, dem Geschlecht, dem Schulabschluss und dem Arbeitsplatz (mit / ohne Patientenkontakt).

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der sozialen Integration und der Schulbildung:**

Es konnte lediglich ein schwacher Zusammenhang zwischen einer Variablen des sozialen Netzes und der Schulbildung nachgewiesen werden:

Schulbildung und sozialer Rückhalt korrelieren ( $r = 0,227$ ;  $p < 0,05$ ).

Es scheint eine Tendenz zu bestehen, dass Probanden mit einer höheren Schulbildung einen höheren sozialen Rückhalt erleben, bzw. diesen besser initiieren und gestalten können. Bzw. dass ein sicherer soz. Rückhalt und eine bessere Schulbildung einhergehen.

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der sozialen Integration und dem Arbeitsplatz:**

Es konnte nachgewiesen werden, dass Beschäftigte *ohne* Patientenkontakt im Durchschnitt ( $m = 2,3$ ) geringfügig, aber signifikant ( $p < 0,05$ ) geselliger leben, als Beschäftigte mit Patientenkontakt ( $m = 2,1$ ). Es bleibt fraglich, ob sich die Ergebnisse so deuten lassen, dass Probanden *mit* Patientenkontakt im privaten Kontext, in Relation zu ihren Kollegen *ohne* Patientenkontext, sich eher zurückziehen. Und die Probanden *ohne* Patientenkontakt im privaten Bereich, quasi kompensatorisch entsprechend mehr soziale Kontakte nutzen und geselliger leben.

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der sozialen Integration und dem Alter:**

Die getesteten Zusammenhänge zwischen der sozialen Integration und dem Alter waren in der Gesamtstichprobe *nicht* signifikant.

### **Zur Testung des Zusammenhangs zwischen der soziale Integration und dem Geschlecht:**

Die getesteten Zusammenhänge zwischen der sozialen Integration und dem Geschlecht waren in der Gesamtstichprobe *nicht* signifikant.

## **Zur Überprüfung der H0-22-Hypothese:**

H0-22: Es lassen sich multifaktorielle **Cluster** oder **Profile** nachweisen, die gesundheitsförderlicher und gesundheitsschädlicher sind.

Ein zentraler Faktor, der übergreifend, als ein gesundheitsschädliches Cluster zu identifizieren gewesen wäre, konnte nicht festgestellt werden.

Die faktorenanalytischen und Clusterberechnungen offenbarten lediglich Faktoren, die jeweils durch ein Screeningverfahren gemessen wurden. Die ersten 3 Faktoren betreffen:

- 1- Die psychischen und somatischen Beschwerden erklären 17,2% der Gesamtvarianz
- 2- Die Offenheit erklärt 6,5 % der Gesamtvarianz
- 3- Den Alkoholkonsum und Nikotinkonsum erklären 5,9 % der Gesamtvarianz

Zusammengerechnet erklären diese 3 Faktoren 29,5 % der Varianz.

Dementsprechend wurden die verschiedenen Subgruppen differenzierter analysiert. Die Subgruppen setzten sich zusammen aus den Probanden mit erhöhten Alkoholismuswerten, erhöhten psychischen und somatischen Beschwerden, den Rauchern, den Probanden mit erhöhtem Medikamentenkonsum, erhöhten Essstörungen, etc. (S. 217 f.)

## **Profile**

In der Tabelle 4.79. werden jeweils die männlichen und weiblichen Probanden mit unauffälligen und auffälligen AUDIT- Scores bezüglich der erhobenen Variablen verglichen, deren Mittelwerte für die jeweiligen Gruppen in der Tabelle abzulesen sind. Durch diese Darstellungsform lassen sich die Ergebnisse der 4 unterschiedlichen Probandengruppen übersichtlich vergleichen.

Variablen	Frauen		Männer	
	unauffälliger AUDIT- Score	auffälliger AUDIT- Score	unauffälliger AUDIT- Score	auffälliger AUDIT- Score
	n = 112	n = 45	n = 47	n = 11
AUDIT	2,0	6,3	3,2	11,5
B-L	15,2	18	10,4	13,2
FTNA	0,5	1,1	0,4	0,6
FPI-R (Offenheit)	3,8	5,0	4,6	4,9
Berufliche Zufriedenheit	2,2	1,8	2,1	2,3
Private Zufriedenheit	2,5	2,2	2,4	2,2
Körperliche Zufriedenheit	2,1	2,0	2,2	1,5
Tablettenkonsum	0,4	0,4	0,2	0,2
Essstörungen	0,7	0,9	0,2	0,2
Therapiemotivation	0,5	0,8	0,3	0,4
Zurückgezogenheit	0,8	0,8	0,9	1,0
Geselligkeit	2,1	2,2	2,1	2,0
Sozialer Rückhalt	2,7	2,6	2,5	2,5
Altersgruppen	6,1	5,6	6,2	6,7
Ehe / eheähnlich	81,1 %	68,2 %	78,7 %	90,9 %
Alleinerziehend	5,4 %	9,1 %	2,1 %	0,0 %
Single	17,1 %	27,3 %	19,1 %	9,1 %
Arbeitsplatz ohne / mit Pat.	39,3% / 60,7%	40% / 60%	36,2% / 63,8%	36,4% / 63,6%

Tabelle 4.79.

Die Tabelle 4.79. veranschaulicht, dass innerhalb der Gruppe der männlichen Probanden mit auffälligem AUDIT- Score der durchschnittliche Alkoholismuswert (AUDIT- Score) fast doppelt so hoch ist (11,5), wie bei den weiblichen Probanden mit auffälligem AUDIT- Scores (6,3).

Der durchschnittliche Beschwerdewert (B-L) war zwar bei beiden Geschlechtern in der Gruppe der Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores auffällig höher, als in der Gruppe der Probanden mit unauffälligen AUDIT- Scores, aber die weiblichen Probanden wiesen in jedem Fall deutlich höhere Beschwerdemittelwerte auf, als die Männer. Selbst der mittlere B-L- Score der männlichen Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores (B-L = 13,2) war deutlich geringer als mittlere B-L- Score der weiblichen Probanden mit unauffälligen AUDIT- Scores (B-L = 15,2)

Die Tabelle 4.79. veranschaulicht, dass der Durchschnittswert für Nikotinabhängigkeit (FTNA) ebenfalls bei beiden Geschlechtern in der Gruppe der Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores deutlich höher liegt, als in der Gruppe der Probanden mit unauffälligen AUDIT- Scores zeigt. Die größte Differenz besteht zwischen den weiblichen Probanden mit unauffälligen AUDIT- Scores (mittlerer FTNA- Score = 0,5) und den weiblichen Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores (mittlerer FTNA- Score =1,1).

Ein interessantes Ergebnis besteht in dem Phänomen, dass die weiblichen Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores deutlich mehr Offenheit zeigen (5,0), als die weiblichen Probanden mit unauffälligen AUDIT- Scores (3,8). (Der Grenzwert für eine gute Offenheit liegt bei 4).

Die berufliche, private und körperliche Zufriedenheit nahm bei beiden Geschlechtern geringfügig in der Gruppe der Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores ab.

Die Tabelle 4.79. veranschaulicht, dass der Tablettenkonsum zwar einen Geschlechtereffekt aufweist (weibliche Probanden zeigen einen doppelt so hohen Mittelwert wie die Männer), aber keine Differenz zwischen den Gruppen unauffällige und auffällige AUDIT- Scores festgestellt werden konnte.

Das Merkmal Essstörung zeigt sich bei den weiblichen Probanden deutlich stärker (3,5- bis 4,5-fach) als bei den männlichen Probanden.

Die Therapiemotivation ist bei beiden Geschlechtern in der Gruppe der Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores höher, als in der Gruppe der Probanden mit unauffälligen AUDIT- Scores. Die weiblichen Probanden zeigen sowohl generell eine höhere Therapiemotivation, als auch einen höheren Anstieg der Therapiemotivation in der Gruppe der weiblichen Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores.

Bezüglich der Altersgruppen ist in der Tabelle 4.79. abzulesen, dass die weiblichen Probanden mit unauffälligen AUDIT- Scores durchschnittlich eine Altersgruppe jünger sind (5,6), als die männlichen Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores (6,7). (Details auf S. 187)

Ein auffälliges Ergebnis ist die Tatsache, dass weibliche Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores prozentual deutlich weniger in Ehe oder eheähnlicher Beziehung leben (68,2 %) als weibliche Probanden mit unauffälligen AUDIT- Scores 81,1 %. Bei den Männern ist dieser Effekt genau entgegengesetzt zu beobachten: männliche Probanden mit unauffälligen AUDIT- Scores leben prozentual deutlich weniger in Ehe oder eheähnlicher Beziehung (78,7 %) als männliche Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores (90,9 %).

Die Frage nach dem Singlestatus spiegelt logischer Weise das gleiche Ergebnis wider.

Die Tabelle 4.79. veranschaulicht, dass der Status alleinerziehend hauptsächlich ein weiblichen (Konflikt-) Thema ist: Die weiblichen Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores zeigen deutlich höhere Anteile an alleinerziehenden Müttern (9,1 %), als die weiblichen Probanden mit unauffälligen AUDIT- Scores (5,4 %).

Von den sämtlichen Probanden mit unauffälligen AUDIT- Scores haben etwa 40 % einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt und etwa 60 % einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt.

Bei den Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores ist die gleiche Verteilung zu beobachten: das bedeutet, dass 60 % der Probanden mit auffälligen AUDIT- Scores einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt haben.

In den folgenden Tabellen 4.80. bis 4.89. wird das Alkoholkonsumverhalten der 11 männlichen und 45 weiblichen Probanden mit erhöhten Alkoholismuszahlen (AUDIT- Scores) differenzierter betrachtet. (Anmerkung: Die 10 Items des AUDIT wurden bzgl. der Frageformulierung für die 10 folgenden Tabellen, aus Platzsparrniss, zwar geringfügig gekürzt, der Sinn blieb natürlich erhalten.)

1) Wie oft nehmen sie ein alkoholisches Getränk zu sich ?		Risikokonsumenten		
Antworten	Frauen		Männer	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nie	0	0 %	0	0 %
Max. 1x im Monat	1	2,2 %	0	0 %
2 - 4 x im Monat	9	20,0 %	0	0 %
2 - 4 x i.d. Woche	26	<b>57,8 %</b>	2	18,2 %
Min. 4 x die Woche	9	20,0 %	9	<b>81,8 %</b>
Gesamt	45	100 %	11	100 %

Tabelle 4.80.

Die Tabelle 4.80. verdeutlicht, dass die Majorität der Frauen (57,8 %) mit erhöhtem AUDIT- Score 2 bis 4 mal in der Woche Alkohol konsumiert, während ein noch größerer Prozentsatz (81,8 %) der männlichen Probanden (mit erhöhtem AUDIT- Score) mindestens viermal pro Woche Alkohol konsumiert. Die Männer trinken also deutlich häufiger Alkohol.

2) Wieviel trinken Sie an einem Tag ?		Risikokonsumenten		
Antworten	Frauen		Männer	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
10 g – 20 g	16	35,6 %	3	27,3 %
30 g – 40 g	24	<b>53,3 %</b>	5	<b>45,5 %</b>
50 g – 60 g	5	<b>11,1 %</b>	3	<b>27,3 %</b>
70 g – 90 g	0	0 %	0	0 %
> 100 g	0	0 %	0	0 %
Gesamt	45	100 %	11	100 %

Tabelle 4.81.

Die Tabelle 4.81. verdeutlicht, dass die Majorität sowohl der Frauen (53,3 %) als auch die der Männer (45,5 %) mit erhöhten AUDIT- Scores, täglich 30g bis 40g Ethanol konsumieren. 11,1 % der Frauen und 27,3% der Männer konsumieren täglich 50g bis 60g Ethanol. Gemäß den Alkoholkonsumgrenzwerten der WHO (40g RA für Männer und 20g RA für Frauen tgl.) konsumieren also 64,4 % der Frauen mit erhöhten AUDIT- Scores täglich zu viel Alkohol. Im Vergleich dazu konsumieren „nur“ 27,3 % der Männer täglich zu viel Alkohol.

**Anmerkung:** Mittels einer Häufigkeitsauszählung konnte festgestellt werden, dass 36 Frauen und 3 Männer täglich über ihren geschlechtsspezifischen Konsumgrenzwert Alkohol konsumieren (Details S. 161).

<b>3) Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Getränke bei einer Gelegenheit ?</b>				<b>Risikokonsumenten</b>	
<b>Antworten</b>	<b>Frauen</b>		<b>Männer</b>		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Nie	13	28,9 %	0	0 %	
Weniger als 1x Monat	21	<b>46,7 %</b>	2	18,2 %	
1x Monat	7	15,6 %	3	27,3 %	
1x Woche	4	8,9 %	6	<b>54,5 %</b>	
Täglich (fast)	0	0 %	0	0 %	
Gesamt	45	100 %	11	100 %	

Tabelle 4.82.

Die Tabelle 4.82. zeigt, dass die Majorität der Frauen (46,7 % %) mit erhöhtem AUDIT- Score weniger als einmal im Monat höhere Mengen Alkohol konsumieren. Im Gegensatz dazu konsumieren 54,5 % der Männer einmal die Woche höhere Mengen Alkohol. Die Männer konsumieren also häufiger höhere Mengen Alkohol als die Frauen.

<b>4) Wie oft haben Sie erlebt, dass Sie nicht mehr aufhören konnten zu trinken ?</b>				<b>Risikokonsumenten</b>	
<b>Antworten</b>	<b>Frauen</b>		<b>Männer</b>		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Nie	34	<b>75,6 %</b>	7	<b>63,6 %</b>	
Weniger als 1x Monat	9	20,0 %	0	0 %	
1x Monat	1	2,2 %	3	<b>27,3 %</b>	
1x Woche	0	0 %	1	<b>9,1 %</b>	
Täglich (fast)	1	2,2 %	0	0 %	
Gesamt	45	100 %	11	100 %	

Tabelle 4.83.

Die Frauen trinken Alkohol eher kontrolliert, bis auf zwei Ausnahmen: Eine Frau trinkt einmal im Monat unkontrolliert und Frau trinkt täglich unkontrolliert. Im Vergleich dazu gibt es 3 Männer, die einmal im Monat unkontrolliert trinken und einem Mann, der einmal pro Woche unkontrolliert trinkt. Tendenziell lässt sich aber feststellen, dass die Mehrheit der Probanden (mit erhöhten AUDIT- Scores) eher kontrolliert Alkohol konsumiert.

<b>5) Wie oft konnten Sie Erwartungen nicht mehr erfüllen ?</b>				<b>Risikokonsumenten</b>	
<b>Antworten</b>	<b>Frauen</b>		<b>Männer</b>		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Nie	39	86,7 %	7	63,6 %	
Weniger als 1x Monat	5	11,1 %	1	9,1 %	
1x Monat	1	2,2 %	3	27,3 %	
1x Woche	0	0 %	0	0 %	
Täglich (fast)	0	0 %	0	0 %	
Gesamt	45	100 %	11	100 %	

Tabelle 4.84.

Auch in der Tabelle 4.84. wird deutlich, dass die Mehrheit der Probanden mit erhöhten AUDIT- Scores eher angepasst leben. Von den Frauen (mit erhöhten AUDIT- Scores) erfüllen 13,3 % weniger als einmal im Monat und einmal im Monat alkoholbedingt nicht die Erwartungen. Im gleichen Zeitfenster waren es bei den Männern (n = 4) 36,4 %.

<b>6) Wie oft brauchten Sie Alkohol am Morgen ?</b>				<b>Risikokonsumenten</b>	
<b>Antworten</b>	<b>Frauen</b>		<b>Männer</b>		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Nie	45	100 %	10	90,9 %	
Weniger als 1x Monat	0	0 %	1	9,1 %	
1x Monat	0	0 %	0	0 %	
1x Woche	0	0 %	0	0 %	
Täglich (fast)	0	0 %	0	0 %	
Gesamt	45	100 %	11	100 %	

Tabelle 4.85.

Die Tabelle 4.85. verdeutlicht, dass Alkohol als Eye Opener von den Probanden mit erhöhten AUDIT-Scores fast gar nicht benutzt wird.

<b>7) Wie oft hatten Sie Schuldgefühle wegen Ihrem Alkoholkonsum ?</b>				<b>Risikokonsumenten</b>	
<b>Antworten</b>	<b>Frauen</b>		<b>Männer</b>		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Nie	31	68,9 %	5	45,5 %	
Weniger als 1x Monat	8	17,8 %	4	36,4 %	
1x Monat	4	8,9 %	2	18,2 %	
1x Woche	1	2,2 %	0	0 %	
Täglich (fast)	1	2,2 %	0	0 %	
Gesamt	45	100 %	11	100 %	

Tabelle 4.86.

Die Tabelle 4.86. zeigt, dass sich Männer (mit erhöhten AUDIT- Scores) häufiger alkoholbedingt schuldig fühlen als Frauen mit erhöhten AUDIT- Scores: 45,5 % der Männer fühlen sich nie schuldig, während 68,8% der Frauen (mit erhöhten AUDIT- Scores) sich nie schuldig fühlen.

Während sich 54,6 % der Männer weniger als einmal im Monat oder einmal im Monat schuldig fühlen, tun dies im gleichen Zeitfenster nur 26,7 % der Frauen. Eine Frau fühlt sich einmal pro Woche und eine Frau fühlt sich täglich schuldig.

<b>8) Wie oft hatten Sie alkoholbedingte Erinnerungslücken an den vorigen Abend ?</b>				<b>Risikokonsumenten</b>	
<b>Antworten</b>	<b>Frauen</b>		<b>Männer</b>		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Nie	40	88,9 %	7	63,6 %	
Weniger als 1x Monat	5	11,1 %	4	36,4 %	
1x Monat	0	0 %	0	0 %	
1x Woche	0	0 %	0	0 %	
Täglich (fast)	0	0 %	0	0 %	
Gesamt	45	100 %	11	100 %	

Tabelle 4.87.

Die Tabelle 4.87. verdeutlicht, dass alkoholbedingte Erinnerungslücken von den Probanden mit erhöhten AUDIT- Scores eher selten angegeben werden. Bei den Männern (mit erhöhten AUDIT-Scores) berichten 36,4 % davon weniger als einmal im Monat, im gleichen Zeitfenster berichten davon 11,1 % der Frauen (mit erhöhten AUDIT- Scores).

9) Haben Sie Sich oder andere unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt ?				Risikokonsumenten	
Antworten	Frauen		Männer		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Nein	44	97,8 %	8	72,7 %	
Ja, nicht letztes Jahr	1	2,2 %	2	18,2 %	
Ja, im letztes Jahr	0	0 %	1	9,1 %	
Gesamt	45	100 %	11	100 %	

Tabelle 4.88.

Die Tabelle 4.88. verdeutlicht, dass Alkohol und Aggression eher ein Thema der männlichen Probanden (mit erhöhten AUDIT- Scores) darstellt. Insgesamt berichten 27,3 % der männlichen Probanden von Eigen- oder Fremdverletzung, während dies nur 2,2 % der Frauen (mit erhöhten AUDIT- Scores) tun.

10) Hat jemand ihren Alkoholkonsum kritisiert ?				Risikokonsumenten	
Antworten	Frauen		Männer		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Nein	40	88,9 %	6	54,5 %	
Ja, nicht letztes Jahr	2	4,4 %	5	45,5 %	
Ja, im letztes Jahr	3	6,7 %	0	0 %	
Gesamt	45	100 %	11	100 %	

Tabelle 4.89.

Die Tabelle 4.89. verdeutlicht, dass die Kritik wegen Alkoholkonsum eher ein Thema der männlichen Probanden mit erhöhten AUDIT- Scores darstellt. Insgesamt berichten 45,5 % der männlichen Probanden davon. Im Vergleich dazu bestätigen das „nur“ 11,1 % der Frauen mit erhöhten AUDIT- Scores.

**Fazit:** Die Profile der männlichen Probanden (mit erhöhten AUDIT- Scores) sehen bzgl. der Alkoholkonsumgewohnheiten bedenklicher aus, als die der Frauen:  
Männer trinken häufiger, unkontrollierter, bei einer Gelegenheit höhere Mengen, mit mehr Schuldgefühlen und Aggression und werden häufiger kritisiert.  
Im Gegensatz dazu ist bei den Frauen (mit erhöhten AUDIT- Scores) die tägliche Trinkmenge in Relation zu den geschlechtsspezifischen Alkoholkonsumgrenzwerten, höher.  
Beide Geschlechtergruppen zeigen aber anscheinend keine morgendlichen Entzugssymptome, da lediglich ein Mann der 56 betroffenen Probanden davon berichtet weniger als einmal pro Monat Alkohol als Eye-Opener zu benutzen.

## Die Korrelationsberechnung für die 56 Probanden mit erhöhten Alkoholismuszahlen

Es folgen nun die Darstellungen der Korrelationsberechnungen für die Gruppe der **weiblichen** Probanden mit erhöhten Alkoholismuszahlen ( $n = 46$ ) und für die Gruppe der **männlichen** Probanden mit erhöhten Alkoholismuszahlen ( $n = 11$ ).

### Die Frauen mit erhöhten Alkoholismuszahlen zeigen folgende Merkmalszusammenhänge:

Der AUDIT- Score korrelierte mit:	
B-L- Score	$r = 0,610; p < 0,001$
Privater Zufriedenheit	$r = - 0,429; p < 0,01$
Körperlicher Zufriedenheit	$r = - 0,400; p < 0,01$
Essstörungen	$r = 0,372; p < 0,05$

Frauen mit erhöhten Alkoholismuszahlen zeigen hochsignifikante Zusammenhänge mit psychischen und somatischen Beschwerden (B-L) und geringer privater und körperlicher Zufriedenheit. Die berufliche Zufriedenheit zeigt mit dem Alkoholismus keinerlei Zusammenhänge. Alkoholismus und Essstörungen zeigen ebenfalls signifikante Zusammenhänge.

Der B-L- Score korrelierte mit:	
Beruflicher Zufriedenheit	$r = - 0,484; p < 0,01$
Private Zufriedenheit	$r = - 0,398; p < 0,01$
Körperliche Zufriedenheit	$r = - 0,457; p < 0,01$
Therapiewunsch	$r = 0,402; p < 0,01$
Sozialer Rückhalt	$r = - 0,377; p < 0,05$

Die psychischen und somatischen Beschwerden (B-L) zeigen sehr signifikante Zusammenhänge mit den 3 Varianten der Zufriedenheit.

Der Therapiewunsch und die psychischen und somatischen Beschwerden zeigen ebenfalls sehr signifikante Zusammenhänge.

Ein interessantes Ergebnis ist der signifikante Zusammenhang zwischen dem sozialen Rückhalt und den psychischen und somatischen Beschwerden.

Die berufliche Zufriedenheit korrelierte mit:	
Körperliche Zufriedenheit	$r = 0,473; p < 0,001$
Sozialer Rückhalt	$r = 0,310; p < 0,05$

Die berufliche Zufriedenheit der Frauen mit erhöhten Alkoholismuszahlen zeigt signifikante Zusammenhänge mit der körperlichen Zufriedenheit.

**Die private Zufriedenheit korrelierte mit:**

Körperliche Zufriedenheit  $r = 0,445; p < 0,01$

Sozialer Rückhalt  $r = 0,388; p < 0,01$

Die private und die körperliche Zufriedenheit (der Frauen mit erhöhten Alkoholismuszahlen) zeigen hohe Zusammenhänge.

**Die körperliche Zufriedenheit korrelierte mit:**

Tablettenkonsum  $r = -0,404; p < 0,01$

Es scheint nachvollziehbar, dass der Tablettenkonsum (der Frauen mit erhöhten Alkoholismuszahlen) negativ mit der körperlichen Zufriedenheit korreliert.

**Der Therapiewunsch korrelierte mit:**

Zurückgezogenheit  $r = 0,486; p < 0,001$

Geselligkeit  $r = -0,338; p < 0,05$

Sozialer Rückhalt  $r = -0,572; p < 0,001$

Ein interessantes, aber auch nachvollziehbares Ergebnis ist der negative Zusammenhang zwischen den Variablen des sozialen Netzes und dem Therapiewunsch.

**Der Tablettenkonsum korrelierte mit:**

Zurückgezogenheit  $r = 0,381; p < 0,01$

Eine interessante Zusammenhangstendenz zeigt der Tablettenkonsum mit der Zurückgezogenheit, sodass eine verstärkte soziale Einbindung evtl. den Tablettenkonsum moderieren könnte.

**Die Essstörungen korrelierten mit folgenden den Merkmalen:**

AUDIT- Score  $r = 0,372; p < 0,05$

B-L- Score  $r = 0,352; p < 0,05$

Private Zufriedenheit  $r = -0,317; p < 0,05$

Körperliche Zufriedenheit  $r = -0,299; p < 0,05$

Sozialer Rückhalt  $r = -0,410; p < 0,01$

Therapiewunsch  $r = 0,412; p < 0,01$

Die Frauen mit erhöhten Alkoholismuszahlen berichten von Essstörungen, die mit unterschiedlichen Variablen signifikant korrelieren. Interessant ist der deutliche negative Zusammenhang zum sozialen Rückhalt. Auch die Zusammenhänge zu den psychischen und somatischen Beschwerden und dem AUDIT- Score sind deutlich.

Die Frauen äußern bei verstärkten Essstörungen auch einen deutlichen Therapiewunsch.

### Die Männer mit erhöhten Alkoholismuswerten zeigen folgende Merkmalszusammenhänge:

#### Der AUDIT- Score korrelierte mit:

FTNA- Score	$r = 0,605; p < 0,05$
Körperliche Zufriedenheit	$r = - 0,723; p < 0,05$

Es wurde bei den Männern mit erhöhten Alkoholismuswerten ein deutlicher Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Nikotinabhängigkeit festgestellt.

Hohe Alkoholismuswerte zeigen auch hohe negative Zusammenhänge mit der körperlichen Zufriedenheit.

#### Der FTNA- Score korrelierte mit:

B-L- Score	$r = 0,782; p < 0,01$
Tablettenkonsum	$r = 0,648; p < 0,05$
Körperliche Zufriedenheit	$r = - 0,731; p < 0,05$

Die Nikotinabhängigkeit (der Männer mit erhöhten Alkoholismuswerten) zeigt hohe Zusammenhangsdaten zu den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Tablettenkonsum und (nachvollziehbarer Weise) auch negative Auswirkungen auf die körperliche Zufriedenheit.

#### Der Therapiewunsch korrelierte mit:

Zurückgezogenheit	$r = 0,613; p < 0,05$
Geselligkeit	$r = - 0,742; p < 0,01$

Wie auch bei den Frauen, korreliert der Therapiewunsch (der Männer mit erhöhten Alkoholismuswerten) mit den Variablen des sozialen Netzes. Auffällig ist dabei (im Gegensatz zu den Frauen), dass für die Männer der soziale Rückhalt keine Zusammenhänge zeigt, die Geselligkeit scheint für Männer mehr von Bedeutung.

#### Geselligkeit korrelierte mit:

Berufliche Zufriedenheit	$r = 0,618; p < 0,05$
--------------------------	-----------------------

Männer mit erhöhten Alkoholismuswerten zeigen hohe Zusammenhänge zwischen Geselligkeit und beruflicher Zufriedenheit.

**Fazit:** Beide Geschlechter mit auffälligen Alkoholismuswerten zeigen eine Vielzahl von signifikanten Zusammenhängen zu anderen Merkmalen.

Die Männer dieser Gruppe zeigen beispielsweise, im Gegensatz zu den Frauen, Zusammenhänge mit Nikotinabhängigkeit, während die Frauen (im Gegensatz zu den Männern) Zusammenhänge zu den Essstörungen zeigen.

→ Zwei Modelle (6.1. und 6.2.), die die alkoholrelevanten Zusammenhänge veranschaulichen, finden sich im Kapitel 05 (Diskussion der Ergebnisse).

Variablen	Frauen		Männer	
	Nichtraucher	Raucher	Nichtraucher	Raucher
AUDIT	n = 119 3,1	n = 38 3,5	n = 50 4,4	n = 8 7,3
B-L	15,3	18,4	10,3	15,1
FTNA	0,0	2,8	0,0	3,3
FPI-R (Offenheit)	4,1	4,2	4,7	4,9
Berufliche Zufriedenheit	2,1	1,9	2,1	2,1
Private Zufriedenheit	2,4	2,2	2,4	2,1
Körperliche Zufriedenheit	2,1	1,9	2,2	1,6
Tablettenkonsum	0,4	0,5	0,2	0,3
Essstörungen	0,7	1,0	0,2	0,3
Therapiemotivation	0,5	0,8	0,2	0,5
Zurückgezogenheit	0,8	0,7	0,9	1,3
Geselligkeit	2,1	2,2	2,1	1,9
Sozialer Rückhalt	2,7	2,6	2,6	2,0
Altersgruppen	6,1	5,4	6,4	5,9
Ehe / eheähnlich	80 %	65,8 %	48 %	62,5 %
Alleinerziehend	6,7 %	5,3 %	0 %	12,5 %
Single	16 %	31,6 %	16 %	25 %
Arbeitsplatz ohne / mit Pat.	37,8% / 62,2%	44,7% / 55,3%	32% / 68%	62,5% / 37,5%

Tabelle 4.90.

In der Tabelle 4.90. werden jeweils die männlichen und weiblichen Raucher und Nichtraucher bezüglich der erhobenen Variablen verglichen, deren Mittelwerte für die jeweiligen Gruppen in der Tabelle abzulesen sind.

Die Tabelle 4.90. verdeutlicht, dass die beiden Rauchergruppen (Männer und Frauen) höhere AUDIT-Score Mittelwerte zeigen, als die beiden Nichtrauchergruppen. Der Effekt ist besonders bei den Männern ausgeprägt: Während männliche Nichtraucher einen durchschnittlichen AUDIT-Score von „nur“ 4,4 aufweisen (einen für Männer unauffälligen Alkoholismuswert) zeigen die männlichen Raucher einen deutlich höheren Durchschnittswert von 7,3 an (einen für Männer auffälligen Alkoholismuswert).

Die weiblichen Raucher (3,5) zeigen zwar im Vergleich zu den weiblichen Nichtrauchern (3,1) auch einen höheren Wert, dieser bleibt aber unterhalb des Alkoholismusrisikogrenzwertes (Cut-Off = 4,0), der der AUDIT – Auswertung zugrunde liegt.

Ein interessantes Ergebnis ist die Tatsache, dass die Raucher durchschnittlich deutlich höhere psychische und somatische Beschwerden (B-L- Score) angeben, als die Nichtraucher.

Der Effekt ist bei den Männer geringfügig stärker ausgeprägt: Im Gegensatz zu männlichen Nichtrauchern (10,3) zeigen männliche Raucher einen durchschnittlichen B-L- Score von 15,1. Dieser Wert ist zwar als ein Durchschnittswert zu interpretieren, im Detail bedeutet es aber, dass 68,2 % der Bevölkerung weniger psychische und somatische Beschwerden angeben. (Der B-L- Score von 10,3 bedeutet, dass 50,8 % der Bevölkerung weniger psychische und somatische Beschwerden angeben).

Die weiblichen Raucher geben die deutlich höchsten B-L-Durchschnittswerte an (18,4). Die weiblichen Nichtraucher zeigen immer noch einen höheren B-L-Durchschnittswert (15,3) als die männlichen Raucher und Nichtraucher. Auch diese B-L-Werte befinden sich im Durchschnittsbereich. Aber z.B. der Rohwert 18,4 bedeutet, dass 61,4 % der Bevölkerung weniger psychische und somatische Beschwerden angeben.

Die Tabelle 4.90. verdeutlicht, dass die beiden Rauchergruppen (Männer und Frauen) geringfügig höhere Durchschnittswerte für Offenheit zeigen als die Nichtraucher.

In der Tabelle 4.90. ist abzulesen, dass die Raucher geringfügig unzufriedener (beruflich, privat, körperlich) sind, als die Nichtraucher. Der größte diesbezügliche Effekt findet sich bei den männlichen Nichtrauchern, die einen Durchschnittswert für körperliche Zufriedenheit von 2,2 äußern, im Gegensatz zu den männlichen Rauchern, die einen Durchschnittswert für körperliche Zufriedenheit von 1,6 äußern.

Die Tabelle 4.90. verdeutlicht, dass die beiden Rauchergruppen (Männer und Frauen) geringfügig höhere Durchschnittswerte im Tablettenkonsum zeigen als die Nichtraucher.

Die Tabelle 4.90. verdeutlicht, dass die beiden Rauchergruppen (Männer und Frauen) geringfügig höhere Durchschnittswerte für Essstörungen zeigen als die Nichtraucher. Dieser Effekt ist besonders bei den weibliche Probanden ausgeprägt: Die weiblichen Nichtraucher zeigen einen Durchschnittswert für Essstörungen von 0,7, während die weiblichen Raucher einen Durchschnittswert für Essstörungen von 1,0 angeben.

Die Tabelle 4.90. verdeutlicht, dass männliche Raucher deutlich stärker zurückgezogen leben (1,3) als weibliche Raucher (0,7).

Von den männlichen Rauchern leben ein größerer Anteil (62,5 %) in einer Ehe oder eheähnlichen Beziehung, als die männlichen Nichtraucher (48 %).

Bei den Frauen ist der gegenteilige Effekt festzustellen: von der weiblichen Rauchern leben 65,8 % und von den weiblichen Nichtrauchern leben 80 % in einer Ehe oder eheähnlichen Beziehung.

In den Gruppen der Raucher (31,6% und 25 %) ist der Anteil der Singles höher als in den Gruppen der Nichtraucher (16%).

Die Tabelle 4.90. zeigt, dass die männlichen Nichtraucher zu 32 % einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt haben, während die männlichen Raucher zu 62,5 % einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt haben.

Variablen	Frauen		Männer	
	B-L gering	B-L erhöht	B-L gering	B-L erhöht
	n = 122	n = 35	n = 49	n = 8
AUDIT	2,8	4,5	4,8	4,8
B-L	11,6	31,2	8,8	24,2
FTNA	0,5	1,1	0,3	1,1
FPI-R (Offenheit)	4,0	4,6	4,7	4,4
Berufliche Zufriedenheit	2,3	1,4	2,3	1,4
Private Zufriedenheit	2,5	2,0	2,4	2,1
Körperliche Zufriedenheit	2,2	1,5	2,2	1,6
Tablettenkonsum	0,3	0,7	0,1	0,5
Essstörungen	0,6	1,2	0,2	0,3
Therapiemotivation	0,4	1,1	0,2	0,5
Zurückgezogenheit	0,7	2,1	0,8	1,8
Geselligkeit	2,2	2,3	2,2	1,1
Sozialer Rückhalt	2,0	2,3	2,6	1,8
Altersgruppen	5,9	6,1	6,4	6,1
Ehe / eheähnlich	80,3 %	62,9 %	81,6 %	75 %
Alleinerziehend	6,6 %	5,7 %	0,0 %	12,5 %
Single	14,8 %	37,1 %	18,4 %	12,5 %
Arbeitsplatz ohne / mit Pat.	32,8% / 67,2%	62,9% / 37,1%	30,6% / 69,4%	62,5% / 37,5%

Tabelle 4.91.

In der Tabelle 4.91. werden jeweils die männlichen und weiblichen Probanden mit unauffälligen und auffälligen psychischen und somatischen Beschwerdewerten (B-L- Scores) bezüglich der erhobenen Variablen verglichen, deren Mittelwerte für die jeweiligen Gruppen in der Tabelle abzulesen sind.

Die Tabelle 4.91. zeigt ein interessantes Phänomen, dass darin besteht, dass die männlichen Probanden mit unauffälligen und auffälligen B-L- Score einen konstanten, durchschnittlichen Alkoholismuswert (AUDIT- Score) von 4,8 zeigen. Dieser Wert ist für die männlichen Probanden als ein unauffälliger Alkoholismuswert zu interpretieren.

Im Gegensatz dazu zeigen die weiblichen Probanden mit auffälligen B-L- Scores einen deutlich höheren durchschnittlichen AUDIT- Score (4,5), als die weiblichen Probanden mit unauffälligem B-L- Score (2,8). Der AUDIT- Score von 4,5 ist für die weiblichen Probanden als ein auffälliger Alkoholismuswert zu interpretieren.

In der Tabelle 4.91. ist abzulesen, dass die Probanden mit auffälligen B-L- Scores höhere Nikotinabhängigkeitswerte (FTNA- Scores) erzielen, als die Probanden mit unauffälligen B-L- Scores. Dieser Effekt ist bei den männlichen Probanden stärker ausgeprägt: Während die männlichen Probanden mit unauffälligen B-L- Scores einen durchschnittlichen FTNA- Score von 0,3 erzielten,

zeigen die männlichen Probanden mit auffälligen B-L- Scores einen durchschnittlichen FTNA- Score von 1,1.

Weibliche Probanden mit erhöhten B-L- Scores zeigen sich offener (4,6) als weibliche Probanden mit unauffälligen B-L- Scores (4,0). Bei den Männern war der gegenteilige Effekt festzustellen: Männliche Probanden mit erhöhten B-L- Scores zeigen sich weniger offener (4,4) als männliche Probanden mit unauffälligen B-L- Scores (4,7).

Die Tabelle 4.91. verdeutlicht, dass Probanden mit erhöhten B-L- Scores deutlich weniger Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich) zeigen, als Probanden mit unauffälligen B-L- Scores. Am deutlichsten zeigt sich der Effekt bei männlichen Probanden mit unauffälligen B-L- Scores, die eine berufliche Zufriedenheit von durchschnittlich 2,3 angaben, während die männlichen Probanden mit auffälligen B-L- Scores eine beruflich Zufriedenheit von durchschnittlich nur noch 1,4 zeigen.

Logischer weise reduzierte sich auch die körperliche Zufriedenheit in beiden Gruppen mit erhöhten psychischen und somatischen Beschwerden.

Ebenso nachvollziehbar ist die Steigerung des Tablettenkonsums in beiden Gruppen mit auffälligen B-L- Scores im Vergleich zu den Gruppen mit unauffälligen B-L- Scores.

Die Tabelle 4.91. zeigt, dass sich bei den Frauen das Ausmaß der durchschnittlichen Essstörungen in der Gruppe der auffälligen B-L- Scores verdoppelt (von 0,6 auf 1,2). Bei den Männern war der Effekt nur sehr gering ausgeprägt (0,2 auf 0,3).

Die Tabelle 4.91. zeigt, dass sich bei den Frauen das Ausmaß der durchschnittlichen Therapiemotivation in der Gruppe der auffälligen B-L- Scores fast verdreifacht (von 0,4 auf 1,1). Bei den Männern war der Effekt auf geringerem Niveau ähnlich ausgeprägt (0,2 auf 0,5).

Die Zurückgezogenheit ist in den Gruppen mit auffälligen B-L- Scores deutlich höher als in den Gruppen mit unauffälligen B-L- Scores. Frauen mit auffälligen B-L- Scores leben dreifach mehr zurückgezogen (2,1) als Frauen mit unauffälligen B-L- Scores (0,7). Männer mit auffälligen B-L- Scores zeigen durchschnittlich etwa doppelt hohe Werte für Zurückgezogenheit (1,8) als Männer mit unauffälligen B-L- Scores (0,8).

Während Frauen mit auffälligen B-L- Scores ebenso gesellig leben (2,2) wie Frauen mit unauffälligen B-L- Scores (2,2), leben männliche Probanden mit auffälligen B-L- Scores nur noch halb so gesellig (1,1) als männliche Probanden mit unauffälligen B-L- Scores (2,2).

Während Frauen mit auffälligen B-L- Scores einen vermehrten sozialen Rückhalt erleben (2,3), reduziert sich der soziale Rückhalt bei den männlichen Probanden mit auffälligen B-L- Scores (1,8).

Die Tabelle 4.91. verdeutlicht, dass die Probanden mit unauffälligen B-L- Scores mehr in Ehe oder eheähnlichen Beziehungen leben, als die Probanden mit auffälligen B-L- Scores.

Frauen mit auffälligen B-L- Scores leben deutlich häufiger als Singles (37,1 %), als dies Frauen mit unauffälligen B-L- Scores tun (14,8 %). Bei den Männern war der Effekt gegensätzlich: Männer mit auffälligen B-L- Scores leben seltener als Singles (12,5 %), als dies Männer mit unauffälligen B-L- Scores tun (18,4 %).

Während knapp 70 % (67,2% und 69,4%) der Probanden mit unauffälligen B-L- Scores einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt haben, arbeiten nur etwa 37 % (37,1 % und 37,5 %) der Probanden mit auffälligen B-L- Scores mit Patientenkontakt.

Der Großteil der Probanden mit auffälligen psychischen und somatischen Beschwerden arbeiten also *ohne* Patientenkontakt.

Variablen	Mäßig bis starker Tablettenkonsum	
	Frauen	Männer
	n = 19	n = 2
AUDIT	2,5	1,0
B-L	19	18
FTNA	1,2	0,0
FPI-R (Offenheit)	4,3	4,0
Berufliche Zufriedenheit	1,9	1,0
Private Zufriedenheit	2,2	2,0
Körperliche Zufriedenheit	1,6	1,5
Tablettenkonsum	2,2	2,0
Essstörungen	0,9	0,0
Therapiemotivation	1,1	0,5
Zurückgezogenheit	1,2	1,5
Geselligkeit	1,9	1,5
Sozialer Rückhalt	2,4	2,0
Altersgruppen	6,5	7,5
Ehe / eheähnlich	68,4 %	100 %
Alleinerziehend	5,3 %	0,0 %
Single	31,6 %	0,0 %
Arbeitsplatz ohne / mit Pat.	42,1% / 57,9%	0,0% / 100 %

Tabelle 4.92.

In der Tabelle 4.92. werden jeweils die männlichen und weiblichen Probanden mit einem mäßigen bis starken Tablettenkonsum bezüglich der erhobenen Variablen verglichen, deren Mittelwerte für die jeweiligen Gruppen in der Tabelle abzulesen sind.

(Dabei ist zu beachten, dass die Stichprobe aus 19 Frauen und nur 2 Männern besteht. Dementsprechend werden die Ergebnisse der Männer nicht gewertet.)

Die Frauen mit einem mäßigen bis starken Tablettenkonsum zeigen einen für die Gesamtstichprobe (mittlerer AUDIT- Score = 3,6) unterdurchschnittlich geringen Alkoholismuswert (2,5 bzw. 1,0). Tablettenkonsumenten scheinen also einen eher geringeren Alkoholismus zu betreiben.

Ein interessantes Ergebnis ist die Tatsache, dass die Frauen mit einem mäßigen bis starken Tablettenkonsum ein nur durchschnittliches Ausmaß an psychischen und somatischen Beschwerden angeben (B-L- Score 19).

Die Tabelle 4.92. zeigt, dass die Majorität der Frauen (57,9 %) mit einem mäßigen bis starken Tablettenkonsum einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt hat.

Die Korrelationsberechnungen mit den Daten von den Probanden mit mäßigen bis starken Tablettenkonsum zeigen folgende Zusammenhänge:

<b>Der Tablettenkonsum korrelierte:</b>	
Essstörungen	$r = 0,493; p < 0,05$
Beschwerdewert	$r = 0,617; p < 0,01$
Therapiewunsch	$r = 0,525; p < 0,05$

Das Merkmal Tablettenkonsum zeigt signifikante Zusammenhänge mit Essstörungen, den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Therapiewunsch.

<b>Der Therapiewunsch aus der genannten Subgruppe korreliert mit:</b>	
Nikotinabhängigkeit	$r = 0,703; p < 0,001$
Beschwerdewerte	$r = 0,495; p < 0,05$

Die Probanden mit erhöhtem Tablettenkonsum zeigen hohe signifikante Zusammenhänge zwischen dem Wunsch nach Therapie und Nikotinabhängigkeit und psychischen und somatischen Beschwerden.

Variablen	Mäßig bis starke Essstörungen
	Frauen
	n = 36
AUDIT	3,8
B-L	21,6
FTNA	1,3
FPI-R (Offenheit)	4,1
Berufliche Zufriedenheit	1,8
Private Zufriedenheit	2,1
Körperliche Zufriedenheit	1,8
Tablettenkonsum	0,7
Essstörungen	2,3
Therapiemotivation	1,2
Zurückgezogenheit	0,8
Geselligkeit	2,2
Sozialer Rückhalt	2,5
Ehe / eheähnlich	75 %
Alleinerziehend	5,6 %
Single	25 %
Arbeitsplatz ohne / mit Pat.	30,6% / 69,4%

Tabelle 4.93.

In der Tabelle 4.93. werden die weiblichen Probanden mit mäßigen bis starken Essstörungen bezüglich der erhobenen Variablen verglichen, deren Mittelwerte für die jeweiligen Gruppen in der Tabelle abzulesen sind.

Insgesamt beteiligten sich 157 weibliche Probanden an der Studie. Von diesen 157 Frauen beschreiben sich 36 Frauen (22,9 %) als mäßig bis stark essgestört. Von den 58 Männern der Studien beschreiben sich lediglich 2 Männer als mäßig bis stark essgestört.

In der Tabelle 4.93. ist abzulesen, dass innerhalb dieser Gruppe der essgestörten Frauen ein durchschnittlicher Alkoholismusscore von 3,8 festgestellt wurde. Ein noch unterhalb des Cut-Off-Limits gelegener Wert.

Der psychische und somatische Beschwerdewert der essgestörten Frauen (21,6) liegt noch im Durchschnittsbereich, obwohl 73,7 % der Frauen im Bundesdurchschnitt weniger Beschwerden angeben.

Die durchschnittliche Therapiemotivation der essgestörten Frauen (1,2) ist mit den weiblichen Probanden vergleichbar, die einen erhöhten Tablettenkonsum (1,1) und erhöhte psychische und somatische Beschwerden (1,1) angaben.

Die Tabelle 4.93. verdeutlicht auch, dass essgestörte Frauen sozial relativ gut eingebunden sind: Die Zurückgezogenheit ist eher gering ausgeprägt (0,8), die Geselligkeit (2,2) und der soziale Rückhalt (2,5) sind eher gut ausgeprägt.

75 % der essgestörten Frauen leben in einer Ehe oder eheähnlichen Beziehung.

5,6 % der essgestörten Frauen sind alleinerziehende Mütter.

69,4 % der essgestörten Frauen haben einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt.

<b>Frauen</b>	<b>Mäßig bis starke Essstörungen</b>			
<b>Altersgruppen</b>	<b>Alle Frauen der Studie</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	
>20	1	1	100 %	100 %
20 -25	6	2	33,3 %	<b>28,2 %</b>
26 - 30	13	3	23,1 %	
31 - 35	22	6	27,3 %	22,4 %
36 - 40	29	6	20,7 %	
41 - 45	24	8	33,3 %	
46 - 50	17	3	17,6 %	
51 - 55	23	3	13,0 %	
56 - 60	19	3	15,8 %	24,3 %
61 - 65	3	1	33,3 %	
<b>Gesamt</b>	<b>157</b>	<b>36</b>	<b>→ 22,9 %</b>	

Tabelle 4.94.

Die Tabelle 4.94. zeigt die Altersgruppenzuordnung der essgestörten Frauen und der Vergleich mit der Gesamtzahl aller weiblichen Probanden der Studie.

Insgesamt gaben 22,9 % aller weiblichen Probanden an, dass sie sich selber als mäßig bis stark essgestört einstufen.

Die eine Frau, die sich in der Altersgruppe unter 20 Jahren befindet und sich als essgestört beschrieb, wurde als 100%-Wert nicht eingerechnet für den durchschnittlichen Prozentsatz der essgestörten Frauen pro Altersgruppe. Trotzdem wird deutlich, dass der größte Anteil der essgestörten Frauen in der jüngsten Altersgruppe anzutreffen ist. Dieser Anteil beziffert sich auf minimal 28,2 %.

<b>Schulabschluss</b>	<b>Frauen mit Essstörungen</b>		
	<b>Alle Frauen der Studie</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Kein Abschluss	2	1	50 %
Hauptschule	32	7	21,9 %
Mittlere Reife	55	12	21,8 %
Abitur	34	10	<b>29,4 %</b>
Hochschulabschluss	31	6	19,4 %
Anderer Abschluss	3	0	0,0 %
Summe	157	36	22,9 %

Tabelle 4.95.

Die Tabelle 4.95. zeigt, dass knapp 30 % (29,4%) der essgestörten Frauen das Abitur absolvierten, während nur jeweils knapp 22 % der essgestörten Frauen den Hauptschul- bzw. den Realschulabschluss besitzen. Die Frauen mit Hochschulabschluss sind die Gruppe mit dem geringsten Anteil an Essstörungen. (Da nur 2 Frauen ohne Schulabschluss an der Studie teilnahmen und sich davon eine als essgestört beschrieb, wurden die 50 % auf Grund der geringen Anzahl nicht einkalkuliert.)

In der Gruppe der Frauen, die sich selber als mäßig bis stark essgestört beschrieb, konnten signifikante Korrelationen bzgl. ihrer Änderungsmotivation gefunden werden:

<b>Es wurden Korrelationen zwischen der Therapiemotivation und folgenden Merkmalen gefunden:</b>	
Körperliche Zufriedenheit	$r = -0,500; p < 0,01$
Psychische und somatische Beschwerden	$r = 0,525; p < 0,01$

Die Ergebnisse könnten wie folgt gedeutet werden: Essgestörte Frauen zeigen bei körperlicher Unzufriedenheit Therapiemotivation. Andererseits lässt das Ergebnis ebenso den Schluss zu: das bei erhöhter körperlicher Zufriedenheit (z.B. durch essstörungsbedingte Gewichtsreduktion) die Therapiemotivation sinkt.

Diese Frauengruppe zeigt einen Zusammenhang zwischen Beschwerden und Therapiemotivation.

Variablen	Mäßig bis starke Therapiemotivation	
	Frauen	Männer
	n = 26	n = 4
AUDIT	4,3	5,3
B-L	24,5	16,3
FTNA	1,3	0,8
FPI-R (Offenheit)	4,7	6,0
Berufliche Zufriedenheit	1,5	1,5
Private Zufriedenheit	2,1	1,0
Körperliche Zufriedenheit	1,7	1,5
Tablettenkonsum	0,8	0,5
Essstörungen	1,5	1,0
Therapiemotivation	2,4	2,0
Zurückgezogenheit	1,3	2,0
Geselligkeit	2,0	1,0
Sozialer Rückhalt	2,1	1,8
Altersgruppen	5,6	5,3
Ehe / eheähnlich	76,9 %	50 %
Alleinerziehend	11,5 %	25 %
Single	23,1 %	25 %
Arbeitsplatz ohne / mit Pat.	42,3% / 57,7%	25% / 75%

Tabelle 4.96.

In der Tabelle 4.96. werden die Probanden, die von einer mäßigen bis starken Therapiemotivation berichteten bezüglich ihrer Angaben zu den erhobenen Variablen geprüft.

(Dabei ist zu beachten, dass die Stichprobe aus 26 Frauen und nur 4 Männern besteht. Dementsprechend werden die Ergebnisse der Männer nur als Tendenzen gewertet.)

Die weiblichen Probanden mit deutlicher Therapiemotivation zeigen einen durchschnittlichen Alkoholismuswert von 4,3. Dieser durchschnittliche AUDIT- Score ist bereits über dem Cut-Off-Wert für Frauen und kann als auffällig interpretiert werden. Der AUDIT- Score der therapiemotivierten Männer ist noch unterhalb des Limits für Männer.

Die themotivierten Frauen zeigen darüber hinaus noch einen mäßig erhöhten Mittelwert für psychische und somatische Beschwerden (24,5). Der B-L- Score der themotivierten Männer ist im Durchschnittsbereich.

Die themotivierten weiblichen Probanden gaben, in Relation zu den Männern, deutlich höhere Nikotinabhängigkeitswerte (FTNA- Scores) an (1,8 zu 0,8) (Tabelle 4.96)..

In der Tabelle 4.96. ist abzulesen, dass die themotivierten Männer, in Relation zu den Frauen, einen auffällig geringen Mittelwert für die private Zufriedenheit (1,0) und Geselligkeit (1,0) und einen höheren Wert für Zurückgezogenheit (2,0), zeigen. Darüber hinaus waren die themotivierten Männer „nur“ zu 50 % in Ehe oder eheähnlichen Beziehungen. (Die themotivierten Frauen waren zu 76,9 % in Ehe oder eheähnlichen Beziehungen.)

Insbesondere die themotivierten Männer zeigen einen hohen Mittelwert der Offenheit (6,0), der noch über dem Wert der Frauen (4,7) liegt. Diese männliche Subgruppe zeigt die höchsten Werte für Offenheit.

Die Tabelle 4.96. verdeutlicht, dass der Anteil der alleinerziehenden Mütter in der Gruppe der themotivierten Probanden hoch (11,5 %) ist.

Variablen	Soziale Isolation	
	Frauen	Männer
	n = 1	n = 1
AUDIT	3	0
B-L	25	21
FTNA	6,0	3,0
FPI-R (Offenheit)	4	5,0
Berufliche Zufriedenheit	1	0
Private Zufriedenheit	0	1
Körperliche Zufriedenheit	2	1
Tablettenkonsum	2	1
Essstörungen	0	1
Therapiemotivation	3	2
Zurückgezogenheit	2	2
Geselligkeit	1	2
Sozialer Rückhalt	1	1
Altersgruppen	31 – 35 Jahre	31 – 35 Jahre
Ehe / eheähnlich	Nein	Nein
Alleinerziehend	Nein	Ja
Single	Ja	Nein
Arbeitsplatz ohne / mit Pat.	Ohne Pat.	Ohne Pat.

Tabelle 4.97.

In der Tabelle 4.97. werden exemplarischen eine Frau und ein Mann vorgestellt, die als einzige Probandenangaben, sozial isoliert zu leben (hohe Zurückgezogenheit, wenig sozialer Rückhalt, keine feste Partnerbeziehung).

Während bei beiden Probanden die Alkoholismuswerte (3 und 0) unauffällig waren, zeigen sie mäßig erhöhte Werte für psychische und somatische Beschwerden (25 und 21).

Die Frau wies eine starke Nikotinabhängigkeit (FTNA- Score = 6), der Mann eine geringe Nikotinabhängigkeit (FTNA- Score 3 ) auf..

Die Probanden gaben eine sehr geringe (0 bis1) Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich) an. Mit Ausnahme der Frau, die sich mäßig körperlich zufrieden beschrieb.

Die Tabelle 4.97. verdeutlicht, dass beide Probanden eine mäßige bis starke Therapiemotivation benannten.

Beide Probanden sind in der Altersgruppe zwischen 31 – 35 Jahre und haben einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt.

In der Tabelle 4.98. werden jeweils die männlichen und weiblichen Probanden hinsichtlich ihrer Arbeitsplätze (*mit* und *ohne* Patientenkontakt) und bezüglich der erhobenen Variablen verglichen, deren Mittelwerte für die jeweiligen Gruppen in der Tabelle 4.98. abzulesen sind.

Variablen	Frauen		Männer	
	Mit Pat.-Kontakt	Ohne Pat.-Kontakt	Mit Pat.-Kontakt	Ohne Pat.-Kontakt
	n = 95	n = 62	n = 37	n = 21
AUDIT	3,0	3,5	4,6	5,1
B-L	14,8	17,9	10,1	12,7
FTNA	0,4	1,1	0,03	1,2
FPI-R (Offenheit)	4,3	3,9	5,1	4,0
Berufliche Zufriedenheit	2,1	2,0	2,1	2,2
Private Zufriedenheit	2,4	2,3	2,4	2,2
Körperliche Zufriedenheit	2,1	1,9	2,1	2,0
Tablettenkonsum	0,4	0,4	0,2	0,1
Essstörungen	0,77	0,7	0,2	0,1
Therapiemotivation	0,5	0,5	0,4	0,1
Zurückgezogenheit	0,78	0,8	0,9	1,0
Geselligkeit	2,1	2,3	2,0	2,3
Sozialer Rückhalt	2,7	2,6	2,5	2,5
Altersgruppen	6,0	5,8	6,5	6,0
Ehe / eheähnlich	78,7 %	75,4 %	81,1 %	81,0 %
Alleinerziehend	6,4 %	6,6 %	0,0 %	4,8 %
Single	20,2 %	19,7 %	18,9 %	14,3 %

Tabelle 4.98.

Die Tabelle 4.98. zeigt ein interessantes Phänomen, dass darin besteht, dass beide Geschlechter mit einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt, die höheren durchschnittlichen AUDIT- Scores zeigen. Die durchschnittlichen Scores liegen für beide Geschlechter unterhalb des Risikolimits.

In der Tabelle 4.98. ist abzulesen, dass beide Geschlechter mit einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt, die höheren durchschnittlichen B-L- Scores zeigen. Die durchschnittlichen Scores liegen für beide Geschlechter im unauffälligen Bereich.

Bzgl. des Tablettenkonsums zeigen die Frauen deutlich höhere Werte als die Männer, der durchschnittliche Konsum wird aber als niedrig angegeben. An beiden Arbeitsplätzen konsumieren die Frauen gleichviel Tabletten, die Männer konsumieren vermehrt Tabletten an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt.

Die Tabelle 4.98. zeigt, dass bei den Frauen das Ausmaß der durchschnittlichen Essstörungen deutlich höher ist als bei den Männern, aber arbeitsplatzunabhängig.

Bzgl. der Therapiemotivation zeigen die Frauen deutlich höhere Werte als die Männer, der durchschnittliche Bedarf wird aber als niedrig angegeben. An beiden Arbeitsplätzen ist der Bedarf bei den Frauen identisch, die Männer zeigen an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt höhere Therapiemotivation. Generell ist die Therapiemotivation an beiden Arbeitsplätzen gering.

Die Tabelle 4.98. zeigt, dass es zwischen den Arbeitsplätzen und der sozialen Komponenten (Zurückgezogenheit, gesellig, sozialer Rückhalt) wenig Zusammenhänge gibt.

Tabelle 4.98. zeigt ebenfalls, dass es zwischen den Arbeitsplätzen und dem Familienstand (Ehe / Eheähnlich, alleinerziehend, Single) wenig Zusammenhänge gibt. Der geringste Anteil der Singles befindet sich bei den Männern, mit einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt. Der Status alleinerziehend betrifft eher die Frauen, unabhängig von Arbeitsplatz, mit Ausnahme von 4,8 % der Männer mit einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt.

In der folgenden Tabelle 4.99. werden die Gruppen der Zufriedenen (beruflich, privat und körperlich), der Therapiemotivierten, der Essgesörten (Frauen), der Tablettenkonsumenten (Frauen), der psychisch und somatisch Belasteten, der Raucher, der Alkoholrisikokonsumenten und die Probanden der Gesamtstichprobe bzgl. ihrer Therapiemotivation, ihres sozialen Netzes, ihres Familienstandes und ihres Arbeitsplatzes verglichen.

**Anmerkung:** In einigen Gruppen ist die Stichprobengröße gering, daher werden deren Daten in der folgenden Schilderung nicht berücksichtigt.

Gruppe→	Zufrieden		Therapie.		Essst.	Tabl.	Psy + Som		Raucher		Alkohol		Gesamt	
	M	F	M	F	F	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>N =</b>	44	108	4	26	36	19	8	35	8	38	11	45	58	157
<b>Prozent</b>	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Therapie</b>	<b>2,3</b>	11,1	100	10	<b>41,6</b>	31,6	12,5	37,1	25	21,1	18,2	24,5	6,9	16,5
<b>Zurückgez.</b>	25	<b>16,6</b>	75	42,3	25	36,8	75	37,2	50	21	<b>45,5</b>	26,7	31	20,4
<b>Gesellig</b>	84,1	91,6	75	80,8	91,7	79	25	88,2	75	86,8	72,8	<b>93,3</b>	78,3	88,5
<b>Soz Rückh</b>	<b>95,5</b>	94,5	75	<b>73,1</b>	91,6	84,3	62,5	82,8	75	84,2	90,9	93,3	89,6	93,6
<b>Ehe/ähnl.</b>	86,4	83	50	76,9	75	68,4	75	<b>62,9</b>	62,5	65,8	<b>90,9</b>	68,2	81	77,4
<b>Alleinerz.</b>	0	6,6	25	<b>11,5</b>	5,6	5,3	12,5	5,7	12,5	5,3	0	9,1	1,7	6,5
<b>Single</b>	13,6	13,2	25	23,1	25	31,6	12,5	<b>37,1</b>	25	31,6	<b>9,1</b>	27,3	17,2	20
<b>Mit Pat.K.</b>	63,6	63,9	75	57,7	<b>69,4</b>	57,9	37,5	<b>37,1</b>	37,5	55,3	63,6	60	63,8	60,5

Tabelle 4.99.

Die Tabelle 4.99. verdeutlicht, dass die Therapiemotivation in der Regel in den Frauengruppen höher ist als in den Männergruppen. In der Gruppe der essgestörten Frauen ist die Therapiemotivation am höchsten (41,6 %), gefolgt von der Gruppe der Frauen mit psychischen und somatischen Beschwerden (37,1 %) und der Gruppe der weiblichen Tablettenkonsumenten (31,6 %). Die geringste Therapiemotivation zeigen (nachvollziehbar) die zufriedenen Männer (2,3 %).

Für das Merkmal Zurückgezogenheit äußern in allen Gruppen die Männer die höchsten Werte. Insbesondere die Männer mit erhöhten Alkoholismuszahlen zeigen das größte Ausmaß an Zurückgezogenheit (45,5 %). Die zufriedenen Frauen leben am wenigsten zurückgezogen (16,6 %).

Ein interessantes Ergebnis ist die Tatsache, dass die alkoholauffälligen Frauen am geselligsten leben (93,3 %), während z.B. die zufriedenen Frauen zwar weniger, aber nicht ungesellig leben (84,1 %).

Die Tabelle 4.99. zeigt, dass die Frauen mit Therapiemotivation am wenigsten sozialen Rückhalt erleben (73,1 %), während in der Stichprobe aller Frauen 93,6 % Frauen mäßig bis starken sozialen Rückhalt erleben. Am häufigsten geben zufriedene Männer mäßig bis starken sozialen Rückhalt an (95,5 %).

Ein weiteres interessantes Ergebnis ist die Feststellung, dass Männer mit erhöhten Alkoholismuszahlen die Gruppe darstellen, die am häufigsten in einer Ehe oder eheähnlichen Beziehung lebt (90,9 %). Frauen mit psychischen und somatischen Beschwerden lebt am wenigsten häufig in fester Beziehung (62,9 %).

Der Status alleinerziehend findet sich am häufigsten bei den Frauen mit Therapiemotivation (11,5 %)

Der größte Singleanteil findet sich bei den Frauen mit psychischen und somatischen Beschwerden (37,1 %) , der kleinste Singleanteil bei den alkoholauffälligen Männern (9,1 %).

Die Tabelle 4. verdeutlicht, dass die Gruppe der essgestörten Frauen am häufigsten *mit* Patientenkontakt (69,4 %) arbeitet. Die Frauen mit psychischen und somatischen Beschwerden arbeitet seltener *mit* Patientenkontakt (37,1 %)

## 5. Diskussion

Die in diesem Kapitel folgende Ergebnisdiskussion basiert auf den Daten der Hypothesentestungen, die im Kapitel 04 (Ergebnisse) dargestellt werden.

Die Ergebnisdiskussion greift hauptsächlich die markantesten Ergebnisse heraus. Für einen vollständigen Ergebnisüberblick, siehe Kapitel 04 Ergebnisse.

Die getesteten Hypothesen bezogen sich auf 3 grundsätzliche Bereiche:

- Die Kooperationsbereitschaft und die Offenheit der Klinikmitarbeiter (Probanden)
- Die Merkmalsausprägungen (z.B. das Ausmaß des Alkohol- und Nikotinkonsums)
- Die Merkmalszusammenhänge (z.B. der Zusammenhang zwischen Alter und Alkoholkonsum)

### Zur Kooperationsbereitschaft der Klinikmitarbeiter

Ein grundlegendes Kriterium, das über die Qualität einer Probandenbefragung (per Fragebogen) entscheidet, insbesondere wenn die Datenerhebung sehr persönliche und z.T. auch gesellschaftliche Tabuthemen abfragt, ist die Offenheit und Kooperationsbereitschaft der Versuchspersonen.

Von den 301 Beschäftigten der Klinik Höhenried, die einen Fragebogen erhielten, konnten 217 Fragebögen ausgewertet werden. Die Rücklaufquote von 72 % wurde als ein sehr erfolgreiches Ergebnis interpretiert. Herbst, Schumann & Kraus (1994) zeigten, dass die Ausschöpfungsquote bei schriftlichen Befragungen zum Thema psychoaktive Substanzen in Deutschland zwischen 54 % und 66 % variiert. Im Vergleich dazu zeigen sich die Mitarbeiter der Klinik besonders kooperativ.

Ein differenzierterer Blick auf die Daten zeigt, dass die Kooperationsbereitschaft von den Faktoren Geschlecht, Alter und Arbeitsplatz beeinflusst werden:

Die Frauen zeigen sich deutlich kooperativer (75 %) als die Männer (63 %). Bis zum 40. Lebensjahr zeigen sich die Probanden besonders kooperativ (97 %), mit zunehmendem Alter dann immer weniger.

Des Weiteren zeigen sich die Mitarbeiter, die einen Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt haben, deutlich kooperativer (88 %), als die Mitarbeiter, die einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt haben (55 %).

Entweder führt der tägliche Umgang mit Patienten und gesundheitsrelevanten Themen dazu, auch selber zu derartigen Themen Stellung zu beziehen, oder es suchen sich eher kooperative und gerne Hilfeleistungen gebende Menschen, Berufe mit Patientenkontakt. Letzteres erscheint sehr nahe liegend, obwohl auch eine Kombination logisch erscheint.

Insgesamt zeigten sich 28 % der Probanden nicht kooperativ, sie gaben den Fragebogen nicht zurück. Diese Probanden sind den Auswertungen zufolge eher ältere, männliche Probanden mit einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt. Über deren Substanzkonsum lassen sich keine Aussagen machen. Ein übermäßig hoher Alkoholkonsum dieser Gruppe wird aber als Ursache für die mangelnde Kooperation nicht zwingend angenommen. Die Erfahrung, dass insbesondere ältere Arbeitnehmer weniger Interesse an gesundheitspolitischen Themen und Maßnahmen zeigen, wurde schon von den Autoren Rummel, Rainer & Fuchs (2004) beschrieben.

Darüber hinaus berichtet eine nur geringe Anzahl von den kooperativen Probanden von einer Alkoholabstinenz (8,3 % Frauen und 6,9 % Männer), sodass davon auszugehen ist, dass auch unter den nicht-kooperativen Probanden Nicht- und Geringkonsumenten zu finden sind.

Die evaluierte Offenheit (FPI-Subskala Nr. 10) der Probanden ergaben gute Durchschnittswerte, die auch im Bundesdurchschnitt zu erwarten sind. Auch die verschiedenen Subgruppierungen (Probanden mit erhöhten Alkoholismuswerten, erhöhten Beschwerdewerten, erhöhtem Tablettenkonsum, die Raucher, die Essgestörten, etc.) zeigen durchgängig eine gute, zufrieden stellende Offenheit.

**Fazit:** Die zufrieden stellende Offenheit und die hohe Kooperationsbereitschaft der Klinikbeschäftigten ist insbesondere deshalb beachtenswert und erfreulich, da der Schwerpunkt der Studie (Substanzkonsum), besonders für Mitglieder der helfenden Berufsgruppen, ein schwieriges und ambivalentes Konfliktthema darstellt.

Dieser quantitativ relativ kurze Bereich der vorliegenden Studie ist dennoch ein wesentlicher „Grundpfeiler“, da die Kooperationsbereitschaft und Offenheit besonders wichtige Motivationsparameter der Angestellten darstellen. Diese sind einerseits für die Validität der hier vorliegenden Daten von entscheidender Bedeutung, andererseits sprechen sie aber auch für die Akzeptanz und die Teilnahme am (noch zu implementierenden) Präventionsprogramm von grundlegender Bedeutung.

## **Zu den getesteten Merkmalsausprägungen**

### **Alkoholismus**

Anmerkung: Es sei nochmals erwähnt, dass der hier oft benutzte Terminus Alkoholismus nicht als diagnostischer Begriff im Sinne einer pathologischen Abhängigkeitserkrankung begriffen wird, sondern lediglich die Alkoholausprägung bezeichnet.

Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stand der Alkoholkonsum *sämtlicher* Beschäftigten der Klinik. Es sei nochmals erwähnt, dass das gesamte Spektrum des Alkoholkonsums kritisch betrachtet wurde, nicht nur die Minorität der Alkoholabhängigen.

Zur Abstinenz:

Vorab sei erwähnt, dass 13 Frauen (8,3 %) und 4 Männer (6,9 %) berichten, dass sie alkoholabstinent leben. Insgesamt geben 7,9 % der Probanden der Gesamtstichprobe an, dass sie alkoholabstinent leben.

Damit zeigen die Probanden eine deutlich geringere Alkoholabstinenz als es nach einer Repräsentativbefragung 1997 (Kraus, Bauernfeind 1998, in DHS-website) zu erwarten gewesen wäre: 14,9% der Frauen und 9,6% der Männer zeigten sich alkoholabstinent. Noch höhere Diskrepanzen bestehen zu den Daten von (Feuerlein, Küfner & Soyka, 1998): Einen abstinenten Lebensstil zeigten 16% - 13% der Männer und 30% - 21% der Frauen (in den alten und neuen Bundesländern).

Der durchschnittliche Alkoholismuswert ist für die gesamte Stichprobe unauffällig. Diese erste, oberflächliche Betrachtung der Daten könnte den Schluss nahe legen, den geringen durchschnittlichen Alkoholismuswert der Studie als Indiz für einen generellen unauffälligen Alkoholismusstatus im Klinikum zu interpretieren. Es wurde aber ausführlich dargelegt, dass nur zwei geschlechtsspezifische Cut-Off-Werte mit möglichst hoher Spezifität den Anforderungen dieser Studie genügen. Die Ergebnisauswertung folgte diesen Prinzipien.

Die ermittelten Ergebnisse geben zur Besorgnis Anlass: Insgesamt zeigen 56 der 215 Probanden (26%) erhöhte Alkoholismuswerte.

Etwa 29 % der weiblichen Probanden (n = 45) und etwa 19 % der männlichen Probanden (n = 11) zeigen einen Alkoholismuswert der oberhalb der festgelegten (geschlechtsspezifischen) Cut-Off-Werte liegen. (Kritisches zu den Cut-Off-Werten S. 147 f.)

**Es muss auch festgestellt werden, dass die größten Anteile an Probanden mit erhöhten Alkoholismuswerten in den jüngsten Altersgruppen anzutreffen sind. Die Studie offenbart ein bislang im Klinikalltag nicht sichtbares Phänomen, nämlich ein signifikantes Alkoholrisikoverhalten einer unerwartet hohen Anzahl von Betroffenen, aber auch insbesondere von jungen Beschäftigten. Von den jüngeren Angestellten waren die jungen Frauen deutlich am häufigsten betroffen. Dass die jungen Frauen in der Klinik zur Hauptrisikogruppe gehören ist ein überraschendes Ergebnis, das insbesondere in Bezug auf die geplanten Interventionen zu berücksichtigen sein wird.**

Bislang lagen noch keine suchtspezifischen Daten aus einem klinischen Arbeitsbereich vor (Rummel & Bellabarba, 1998). Die vorhandenen Fakten, die das Alkoholproblem auf ca. 5 % bis max. 20 % quantifizieren (Christians, 1990; Fuchs, 1995; DHS, 1996; BKK, 1999), beziehen sich auf nicht-klinische betriebliche Arbeitsumwelten.

Ziegler prognostizierte 1988, dass bei einem höheren Durchschnittsalter mit vermehrtem Alkoholismus zu rechnen sei, und dass bei einem höheren Frauenanteil mit weniger Alkoholismus zu

rechnen ist. Die Daten von Seifert (1999) und Hoth (1994), die insbesondere die Problematik des Alkoholkonsums von jungen Erwachsenen und Auszubildenden fokussierten, sprechen für die Möglichkeit eines beachtenswerten Trends. Nämlich einer *jüngeren* Risikogruppe. Seifert (1999) belegt bei 11% der jungen Frauen (20 -25 Jahre) und 21 % der jungen Männer einen Alkoholisikokonsum. Hoth (1994) identifiziert 25 % der weiblichen und 50 % der männlichen Auszubildenden mit schädlichem Alkoholgebrauch.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sprechen eindeutig für die Problematik des Alkoholisikokonsums der jüngeren Arbeitnehmer. Ein besonders wichtiges und auch überraschendes Ergebnis der vorliegenden Studie ist die (negative) Spitzenposition der jüngeren *weiblichen* Arbeitnehmerinnen.

Anmerkung: Diese Tatsache ist um so beachtenswerter, da die jungen Frauen auch noch weitere Risikofaktoren (Nikotin- und Tablettenkonsum, Essstörungen) aufweisen.

### **Die Sucht der Helfer ?**

Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Fragestellung gelegt, ob die Beschäftigten der „Helfenden Berufe“, also Arbeitnehmer an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt, einen höheren Substanzkonsum aufweisen.

Interessanter weise zeigt der Arbeitsplatz *keinerlei signifikante Effekte* auf das Merkmal Alkoholismus. Es wurden 26,5 % der Beschäftigten *ohne* Patientenkontakt und 25,8 % der Beschäftigten *mit* Patientenkontakt mit erhöhten Alkoholismuswerten registriert. Bei einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt sind aufgerundet ca. 20 % alkoholauffällige Männer und 30 % alkoholauffällige Frauen anzutreffen. Bei einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt ist das gleiche Verhältnis zu beobachten.

Die Konsequenzen für die jeweiligen Arbeitsinhalte sind vielfältig und bedeutsam ! Die Relevanz und der Handlungsbedarf für Interventionsmaßnahmen scheinen damit gut belegt.

Anmerkung: Eine differenziertere Analyse der helfenden Berufsgruppen könnte evtl. andere Ergebnisse hervorbringen. Innerhalb dieser Berufe (Pflegedienst, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten) sind die Belastungen sehr heterogen. Auf Grund der zugesicherten Anonymisierung war diese Detailbetrachtung leider nicht möglich (siehe S. 151).

Ein weiteres interessantes Ergebnis ist die Feststellung, dass Männer speziell in der Ehe oder eheähnlichen Beziehung deutlich gehäufter Risikoverhalten (Nikotin- und Alkoholkonsum) zeigen. Bei den männlichen Singles ist der Substanzkonsum geringer. Bei den Frauen ist der gegenteilige Effekt zu verzeichnen: ohne feste Beziehung zeigen die Frauen häufiger Risikoverhalten.

Männer zeigen *in* fester Beziehung einen höheren Alkoholkonsum (der gleiche Effekt ist bzgl. des Nikotinkonsums zu verzeichnen), Frauen zeigen *ohne* feste Beziehung verstärkten Substanzkonsum.

Bei den weiblichen Probanden zeigt sich in der Subgruppe der Frauen mit Hochschulabschluss der größte Anteil (39 %) von alkoholauffälligen Frauen. In der Gruppe der männlichen Probanden zeigt sich bei den Männern mit Mittlerer Reife der größte Anteil (25 %) von alkoholauffälligen Männern.

Der Anteil der Alkoholauffälligen wurde speziell bei den Frauen mit erhöhten Alkoholismuswerten mit zunehmender Schulbildung größer. Auch Feuerlein, Kufner & Soyka, (1998) schildern, dass bei den Frauen (im Alter zwischen 25 – 69 Jahren) der mittlere Alkoholkonsum bei Oberschichtfrauen um die Hälfte höher ist als bei Unterschichtfrauen.

Fazit: Anscheinend bestätigen sich durch die vorliegende Studie die vorher noch nicht wissenschaftlich geprüften Vermutungen (Rummel & Bellabarba, 1998), dass der Substanzkonsum für Klinikpersonal so nahe liegend ist, wie in kaum einer anderen Arbeitsumwelt. Nur wenige Experten (Loevenich et al., 1996) äußerten bislang Vermutungen zum Ausmaß des Suchtverhaltens bei Klinikpersonal, ihre Angaben sind entsprechend hoch: das Risiko wurde auf das 30 bis 100fache taxiert. (!)

Im weiteren Verlauf der Ergebnisdiskussion werden sowohl die Probanden mit erhöhten Alkoholismuswerten differenzierter analysiert, als auch signifikante Merkmalszusammenhänge zwischen den Merkmalen des Alkoholismus und anderen Merkmalen (Nikotin- und Tablettenkonsum, psychische und somatische Beschwerden, Zufriedenheit, soziodemographischen Daten) dargestellt.

### **Die Gruppe der 56 Probanden mit erhöhten Alkoholismuswerten**

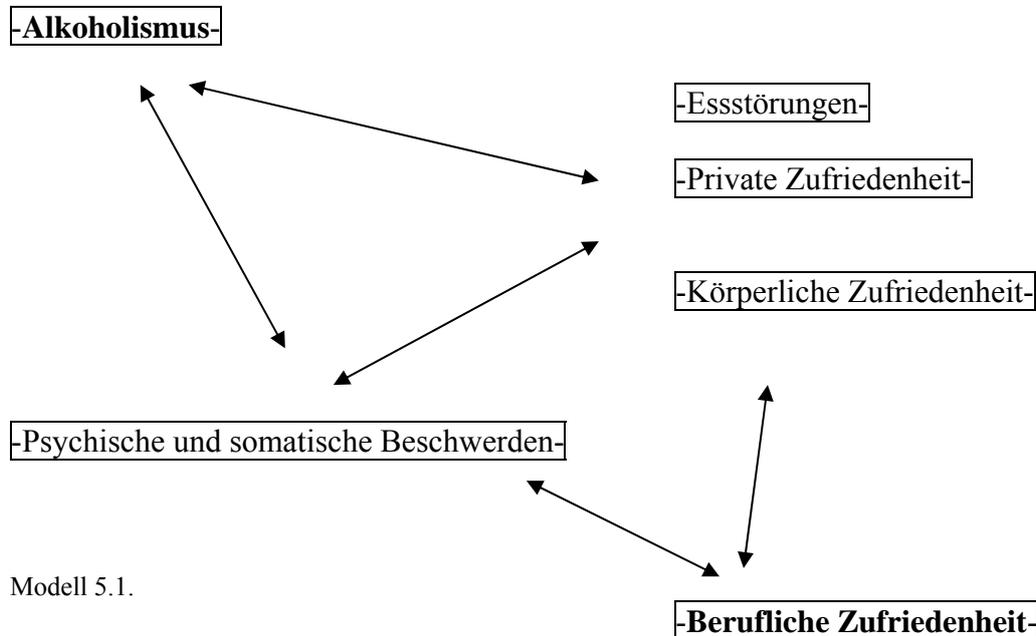
Speziell diese Subgruppe wurde differenzierter analysiert, um einen möglichst überschaubaren Eindruck der wechselwirkenden Merkmale zu erhalten, die mit der Alkoholismusausprägung in Zusammenhang stehen.

Ein erstes und zugleich sehr wichtiges Indiz für die Zuverlässigkeit der gefundenen Ergebnisse ist die Tatsache, dass innerhalb der Gruppe der weiblichen und männlichen Alkoholrisikokonsumenten höhere Werte für Offenheit festgestellt wurden, als in der Gruppe der Probanden mit unauffälligen Alkoholismuswerten. Beide Durchschnittswerte können aber als zufriedenstellend interpretiert werden.

Die Berechnungen der Korrelationen zwischen der Alkoholismusausprägung und allen anderen Variablen, speziell für die Subgruppe der Alkoholrisikokonsumenten (Details siehe S. 223 f.) führte zu den Alkoholismusmodellen Nr. 1 für die Frauen und Nr. 2 für die Männer.

### Das Alkoholismus – Modell Nr. 1 → (speziell für **Frauen** mit erhöhten Alkoholismuswerten)

Das folgende Modell 5.1. veranschaulicht eine Auswahl der gefundenen, berechneten Korrelationen, die für die Merkmalsausprägung Alkoholismus relevant sind und mit der beruflichen Zufriedenheit in Zusammenhang stehen. Die komplette Auflistung der berechneten Korrelationen befindet sich auf S. 217 f. und wird in diesem Kapitel diskutiert.



Modell 5.1.

Das Modell 5.1. veranschaulicht eindrücklich die wechselseitigen Zusammenhänge der unterschiedlichen Merkmale und demzufolge auch die Einflussgrößen auf den Alkoholismus.

Die Alkoholismusaussprägung der alkoholauffälligen Frauen korreliert:

- pos. mit Psychischen und somatischen Beschwerden:  $r = 0,610$ ;  $p < 0,001$
- pos. mit Essstörungen:  $r = 0,372$ ;  $p < 0,05$
- neg. mit privater Zufriedenheit:  $r = -0,429$ ;  $p < 0,01$
- neg. mit körperlicher Zufriedenheit:  $r = -0,400$ ;  $p < 0,01$

Die genannten Merkmale zeigen auch untereinander ähnliche Korrelationen (Details siehe S. 223 f.). Die Studie überprüfte den Alkoholkonsum speziell im betrieblichen Kontext. Daher wurde auch der Zusammenhang zwischen der beruflichen Zufriedenheit und der Alkoholismusaussprägung berechnet. Wie im Modell 5.1. ersichtlich, zeigt die berufliche Zufriedenheit keinen *direkten* Einfluss auf den Alkoholismus der Frauen, aber das genannte Merkmal korreliert hoch und signifikant sowohl mit den psychischen und somatischen Beschwerden, als auch mit der körperlichen Zufriedenheit.

Die berufliche Zufriedenheit korreliert:

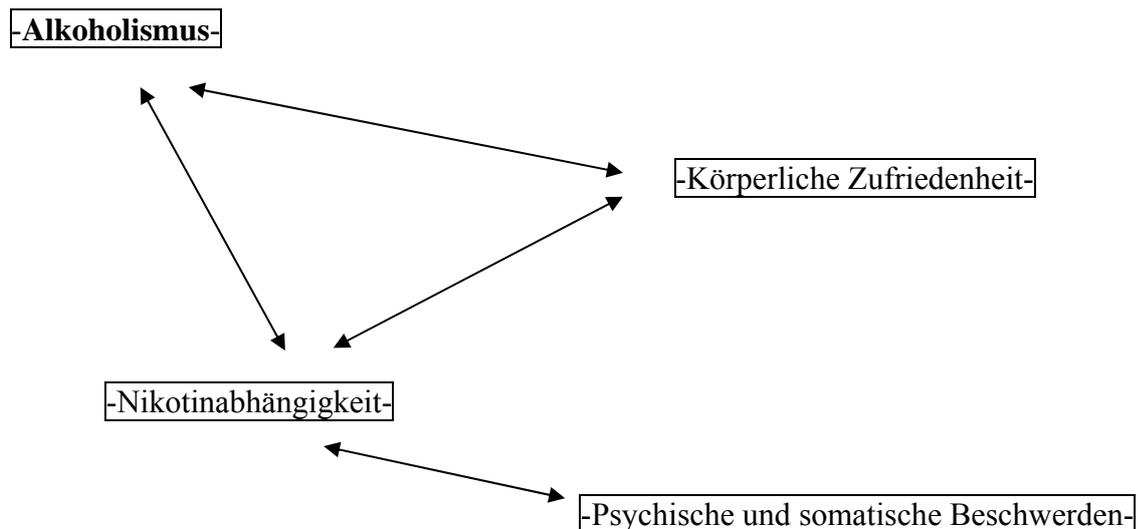
- pos. mit der körperlichen Zufriedenheit:  $r = 0,473$ ;  $p < 0,001$
- neg. mit den psychischen und somatischen Beschwerden:  $r = -0,484$ ;  $p < 0,01$

Damit wechselwirkt die berufliche Zufriedenheit mit zwei Merkmalen, die wiederum in *direkter* Wechselwirkung mit der Alkoholismusaussprägung stehen.

Es folgt nun das Modell 5.2., das speziell für die Männer mit erhöhten Alkoholismusaussprägungen berechnet wurde.

**Das Alkoholismus – Modell Nr. 2** → (speziell für **Männer** mit erhöhten Alkoholismuswerten)

Das folgende Modell 5.2. veranschaulicht eine Auswahl der gefundenen, berechneten Korrelationen, die für die Merkmalsausprägung Alkoholismus der alkoholauffälligen Männer relevant sind (Details S. 219).



Modell 5.2.

Das Modell 5.2. veranschaulicht die berechneten Korrelationen zwischen den relevanten Merkmalen zum Alkoholismus.

Die Alkoholismuswerte der alkoholauffälligen Männer korrelieren signifikant mit der körperlichen Zufriedenheit ( $r = -0,723$ ;  $p < 0,05$ ) und der Nikotinabhängigkeit ( $r = 0,605$ ;  $p < 0,05$ ).

Die Nikotinabhängigkeit korreliert signifikant mit der körperlichen Zufriedenheit ( $r = -0,731$ ;  $p < 0,05$ ) und die psychischen und somatischen Beschwerden korrelieren signifikant mit der Nikotinabhängigkeit ( $r = 0,782$ ;  $p < 0,01$ ).

Im Vergleich zum Modell 5.1. (für die weiblichen Probanden mit erhöhten Alkoholismuswerten), zeigt das Modell für die Männer einige Unterschiede:

Beispielsweise wirken die psychischen und somatischen Beschwerden nicht (wie bei den alkoholauffälligen Frauen) *direkt* auf die Alkoholismusaussprägung ein. Quasi an dessen Stelle steht die Ausprägung der Nikotinabhängigkeit, die direkt mit dem Alkoholismus und der körperlichen Zufriedenheit korreliert.

Auch die Essstörungen, die bei den alkoholauffälligen Frauen direkt mit dem Alkoholismus korrelieren, sind für männliche alkoholauffällige Probanden nicht relevant.

**Fazit:** Die erfolgreiche Aufdeckung der direkten und indirekten Einflussgrößen auf den Alkoholismus ist für die konzeptionellen Überlegungen zur betrieblichen Prävention von Alkoholismus relevant und wichtig.

### **Weitere Auffälligkeiten der 56 Alkoholrisikokonsumenten:**

Ein weiteres interessantes Ergebnis ist die Feststellung, dass Probanden mit erhöhten Alkoholismuswerten auch deutlich höhere Ausprägungen z.B. bzgl. ihrer psychischen und somatischen Beschwerden angeben. Speziell innerhalb der Frauengruppe (mit erhöhten Alkoholismuswerten) korrelieren Alkoholismus und der psychische und somatische Beschwerdewert hochsignifikant (Model 5.1.).

Bei den Frauen mit erhöhten Alkoholismuswerten zeigen sich darüber hinaus signifikante Zusammenhänge zwischen den Beschwerdewerten und der Essstörung, aber auch zwischen den Beschwerdewerten und der Therapiemotivation.

Auch die Mittelwerte für Nikotinabhängigkeit sind in der Gruppe der Alkoholauffälligen höher (bleiben aber generell im unauffälligen Bereich).

Der Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Nikotinabhängigkeit ist ausschließlich bei den Männern zu finden und dort relativ hoch und signifikant. Der Zusammenhang zwischen Nikotin- und Alkoholkonsum ist gut belegt. Verschiedene Studien konnten beweisen, dass etwa 70 % der Alkoholabhängigen Raucher sind (Münchner Evaluation der Alkoholismustherapie, MEAT – Studie von Küfner & Feuerlein 1989). Zimdars, Lindenmeyer, Kolling (unter: <http://fdr-online.info/pdf/bdk-27-lindenmeyer.pdf>) beziffern den Prozentsatz rauchender Alkoholiker auf 80 % und benennen weitere Autoren mit ähnlichen Ergebnissen (Zemlin, 1996).

Es konnte auch festgestellt werden, dass Nichtraucher generell geringere Alkoholismusausprägungen erzielen als die Raucher. Bei den Männern war die Differenz der Alkoholismuswerte zwischen den Rauchern und Nichtrauchern deutlich höher als bei den Frauen.

Bei alkoholauffälligen Männern zeigt sich eine hohe negative Korrelation zwischen der Nikotinabhängigkeit und der körperlichen Zufriedenheit. Des Weiteren konnte in der genannten Gruppe ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Nikotinabhängigkeit und dem Tablettenkonsum festgestellt werden.

Die Frauen mit erhöhten Alkoholismuswerten berichten von einer geringeren (beruflichen, privaten und körperlichen) Zufriedenheit, als die Frauen mit unauffälligen Alkoholismuswerten. Insbesondere die private und körperliche Zufriedenheit korreliert negativ hochsignifikant mit dem Alkoholismus.

Bei den Frauen korrelieren die berufliche und die körperliche Zufriedenheit recht deutlich und hochsignifikant miteinander. Die körperliche Zufriedenheit korreliert ebenfalls mit der privaten Zufriedenheit (Modell 5.1.).

Männer und Frauen mit erhöhten Alkoholismuszahlen äußerten sich fast 3mal häufiger privat unzufrieden.

Die Männer mit erhöhten Alkoholismuszahlen berichten von einer geringeren (beruflichen, privaten und körperlichen) Zufriedenheit. Insbesondere die körperliche Zufriedenheit zeigt hohe signifikante negative Korrelationen zum Alkoholismus (Modell 5.2.).

Innerhalb der Gruppe der Männer mit erhöhten Alkoholismuszahlen besteht eine hohe Korrelation zwischen beruflicher Zufriedenheit und Geselligkeit.

Ein markantes Ergebnis ist die Tatsache, dass sich fast ein Drittel der alkoholauffälligen Frauen als kaum oder gar nicht beruflich zufrieden schildert. Bei den (alkohol)unauffälligen Frauen sind es „nur“ halb so viele. Bei den Männern ist ein vergleichbarer Effekt zu verzeichnen.

Die Zufriedenheit der alkoholauffälligen Frauen zeigt signifikante Zusammenhänge mit den Essstörungen und dem Tablettenkonsum.

Die Zusammenhangstestungen lassen allerdings keine Rückschlüsse zu, ob Essstörungen oder erhöhter Tablettenkonsum zu verstärkter Unzufriedenheit führen, oder umgekehrt.

Zur sozialen Einbindung dieser Gruppe kann festgestellt werden, dass sowohl die Alkoholrisikokonsumenten, als auch die Probanden mit unauffälligen Alkoholismuszahlen, sich generell als sozial integriert beschreiben.

Dennoch beschreiben sich 1,5mal so viele Probanden (Männer und Frauen) mit erhöhten Alkoholismuszahlen als mäßig bis stark zurückgezogen lebend, im Vergleich zu den Probanden mit unauffälligen Alkoholismuszahlen.

Frauen mit erhöhten Alkoholismuszahlen schildern sich deutlich geselliger, im Vergleich zu den Frauen mit unauffälligen Alkoholismuszahlen. Bei den Männern ist der gegenteilige Effekt zu verzeichnen: Alkoholauffällige Männer leben weniger gesellig als alkoholunauffällige Männer.

Der gleiche Effekt zeigt sich in dem interessanten Ergebnis, dass alkoholauffällige Frauen deutlich weniger oft in einer Ehe oder eheähnlichen Beziehung leben, als dies Frauen mit unauffälligen Alkoholismuszahlen tun. Bei den Männern ist wieder das Gegenteil der Fall: es leben mehr alkoholauffällige Männer in fester Beziehung als dies alkoholunauffällige Männer tun.

Die alkoholauffälligen Frauen sind deutlich häufiger alleinerziehend, als dies Frauen mit unauffälligen Alkoholismuszahlen sind. Der Status -alleinerziehend- ist sicherlich ein relevanter Belastungsfaktor.

Die Männer sind von dem Phänomen (fast) gar nicht betroffen.

Der Tablettenkonsum ist (innerhalb der Probandengruppe mit erhöhten Alkoholismuswerten) bei Frauen doppelt so hoch wie bei den Männern. Frauen mit erhöhten Alkoholismuswerten konsumieren deutlich weniger Tabletten, als Frauen mit unauffälligen Alkoholismuswerten. Der generelle Konsum wird von der Subgruppe der Alkoholgefährdeten aber als gering angegeben.

Der gegenteilige Effekt ist zwischen Alkoholismus und Essstörungen festzustellen. Alkoholauffällige Frauen geben häufiger Essstörungen an, als Frauen mit unauffälligen Alkoholismuswerten. Die entsprechenden Korrelationen waren signifikant.

Die Studie konnte belegen, dass beide Geschlechter unterschiedliche Trinkmuster und Reaktionen auf den Alkoholkonsum zeigen: Es wurde festgestellt, dass Männer öfter und mehr Alkohol trinken, öfters deswegen kritisiert werden, sich sowohl öfters schuldig fühlen als auch alkoholbedingt aggressives Verhalten zeigen. Frauen dagegen trinken öfters über ihren Alkoholgrenzwert hinaus als Männer, fühlen sich aber weniger schuldig.

Die Gemeinsamkeiten liegen darin, dass die Majorität der Männer und Frauen eher kontrolliert trinkt, die Erwartungen von anderen erfüllen kann, nicht am Morgen trinkt, und nur sehr selten von alkoholbedingten Erinnerungslücken berichtet.

Das konkrete Trinkverhalten zeigt Zusammenhänge zu den alkoholrelevanten Symptomen:

Beispielsweise konnte ein Zusammenhang zwischen der konsumierten Alkoholmenge und der privaten Unzufriedenheit belegt werden. Das Merkmal alkoholbedingter Kontrollverlust korrelierte mit körperlichen Symptomen, wie z.B. Zittern und körperlicher Unzufriedenheit.

Das Merkmal Alkohol als Eye-opener zu konsumieren korrelierte mit dem Nikotinkonsum speziell am Morgen. Die alkoholbedingten Schuldgefühle korrelierten mit den Symptomen Zittern, Brustschmerz und dem allgemeinem Beschwerdewert und mit trüben Gedanken.

Die Alkoholitems korrelierten besonders häufig mit den psychischen Symptomen Reizbarkeit und Grübelei.

Bei den Probanden (Männer und Frauen) mit erhöhten Alkoholismuswerten konnten hohe negative signifikante Korrelationen zwischen der Geselligkeit und der Therapiemotivation festgestellt werden. Es bleibt fraglich, ob die Therapiemotivation Ausdruck einer Änderungsmotivation ist, oder eher den Wunsch nach sozialem Kontakt widerspiegelt.

Fazit:

Die Evaluation des Alkoholkonsums führte zu interessanten Ergebnissen. Es sei nochmals erwähnt, dass insbesondere die Problematik des Alkoholrisikokonsums der jungen weiblichen Probanden durch die vorliegende Studie aufgedeckt werden konnte.

Auch die berechneten Zusammenhänge der Wechselwirkungen zwischen Alkoholkonsum und den Variablen sind beachtenswert und werden als wichtige Datenbasis für die Konzeption des Präventivprogramms dienen.

Neben den Ergebnissen zum Alkoholkonsum konnten auch bzgl. der anderen Variablen beachtenswerte Ergebnisse erzielt werden.

### **Psychische und somatische Beschwerden**

Die Probanden, die für dieses Merkmal erhöhte Werte erzielten, zeigten eine gute durchschnittliche Offenheit (FPI-Subskala Nr. 10).

Der durchschnittliche Beschwerdewert der Gesamtstichprobe kann zwar als unauffällig interpretiert werden. Der durch den Rohwert 15 errechnete Staninewert 5 entspricht dem Mittelwert der Bevölkerung (Zerssen unter Mitarbeit von Koeller, 1976). Exakt bedeutet dies, dass 58,9 % der Bevölkerung weniger Beschwerden beklagen als der durchschnittliche Klinikbeschäftigte. Damit liegt der mittlere Beschwerdewert der Probanden der Klinik also im Bundesdurchschnitt.

Aber es muss auch festgestellt werden, dass insgesamt ein Fünftel aller Probanden einen erhöhten Beschwerdewert erzielte.

Darüber hinaus zeigte sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied: Frauen äußerten signifikant mehr psychische und somatische Beschwerden als Männer.

Die Autoren (Loevenich et al., 1996; Rummel & Bellabarba, 1998) betonen die psychischen und somatischen Beschwerden als häufige Symptome für das Medizinalpersonal.

Die Männer mit erhöhten Beschwerdewerten erzielen exakt die gleichen Alkoholismuszahlen, wie die Männer mit unauffälligen Beschwerdewerten. Im Gegensatz zu den Frauen: Frauen mit erhöhten Beschwerdewerten erzielen deutlich höhere Alkoholismuszahlen, als die Frauen mit unauffälligen Beschwerdewerten. Der Durchschnitts-Alkoholismus-Wert der Frauen mit erhöhten Beschwerdewerten liegt eindeutig oberhalb des Cut-Off-Wertes für Frauen.

Der interessante Zusammenhang (bei Frauen) zwischen Alkoholismus und den psychischen und somatischen Beschwerden kann allerdings nicht kausal geklärt werden, d.h. ob der Alkoholismus primär oder sekundär bedingt ist.

Die Raucher äußerten signifikant höhere durchschnittliche psychische und somatische Beschwerdewerte als die Nichtraucher. Besonders deutlich war dieser Effekt bei den Männern: Die psychischen und somatischen Beschwerden korrelieren bei den alkoholauffälligen Männern insbesondere mit der Nikotinabhängigkeit hoch und sehr signifikant.

Die weiblichen Probanden mit erhöhten Beschwerdewerten zeigen einen mehr als doppelt so hohen Durchschnittswert für Nikotinabhängigkeit, wie die Frauen mit unauffälligen Beschwerdewerten. Die männlichen Probanden mit erhöhten Beschwerdewerten zeigen einen fast viermal so hohen Durchschnittswert für Nikotinabhängigkeit, wie die Männer mit unauffälligen Beschwerdewerten.

Es wurden hochsignifikante negative Zusammenhänge zwischen dem Beschwerdewert und einerseits der beruflichen und andererseits der körperlichen Zufriedenheit festgestellt. Der Zusammenhang zwischen der körperlichen Zufriedenheit und dem Beschwerdewert ist bei normaler Selbstwahrnehmung zu erwarten.

Der Zusammenhang zwischen beruflicher Unzufriedenheit und psychischen und somatischen Beschwerden ist ein interessantes Ergebnis. Die beruflich unzufriedenen Frauen zeigen signifikant höhere Beschwerdewerte als die beruflich unzufriedenen Männer. Damit zeigen die beruflich unzufriedenen Frauen einen mäßig erhöhten Mittelwert für die psychischen und somatischen Beschwerden.

Bei den Männern und Frauen mit erhöhten Beschwerdewerten waren die 3 Variablen der Zufriedenheit deutlich geringer, als bei den Probanden mit unauffälligen Beschwerdewerten.

Der Beschwerdewert zeigt ebenfalls hochsignifikante Zusammenhänge mit der Therapiemotivation.

Die Ergebnisse konnten belegen, dass die Angestellten, die einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt haben, signifikant höhere Beschwerdewerte angeben, als ihre Kollegen an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt. Die Probanden mit erhöhten Beschwerdewerten waren fast 3mal häufiger an einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt tätig.

Der Beschwerdewert zeigt ebenfalls hochsignifikante Zusammenhänge mit den Essstörungen. Insbesondere die Frauen erzielten bei auffälligen Beschwerdewerten doppelt so hohe Ausprägungen für Essstörungen.

Im Falle von erhöhten psychischen und somatischen Beschwerden leben Männer deutlich weniger gesellig und erleben weniger sozialen Rückhalt. Bei Frauen ist exakt der gegenteilige Effekt zu vermerken.

Aber das Merkmal Zurückgezogenheit steigert sich bei beiden Geschlechtern im Falle von erhöhten Beschwerdewerten.

Der Tablettenkonsum war in der Gruppe der Probanden mit erhöhten Beschwerdewerten mehr als zweifach (Frauen) und fünffach (Männer) erhöht, im Vergleich zu Probanden mit unauffälligen

Beschwerdewerten. Das generelle Konsumniveau ist aber nach Angaben der Probanden als gering zu betrachten.

Die Therapiemotivation war in der Gruppe der Probanden mit erhöhten Beschwerdewerten fast 3fach erhöht, im Vergleich zu Probanden mit unauffälligen Beschwerdewerten. Das generelle Niveau der Therapiemotivation ist, nach Angaben der Probanden, als gering zu betrachten.

Unter den Frauen mit erhöhten Beschwerdewerten befinden sich auffällig viele Singles. Im Gegensatz dazu leben Männer mit auffälligen Beschwerdewerten (häufiger als die Frauen) in einer Ehe oder eheähnlichen Beziehung.

Die Probanden mit erhöhten Beschwerdewerten arbeiten auffällig häufig an einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt.

Im Theorieteil der Arbeit konnte dokumentiert werden, dass unter erschwerten Bedingungen die beruflichen Belastungen (Stress) zu psychischen (z.B. auch berufliche Unzufriedenheit) und somatischen Reaktionen führen können. Puls (2003) beschreibt, dass Stress eher zu Somatisierungen als zu einem gesteigerten Alkoholkonsum führt (Vgl. Born 1984 a + b).

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die berufliche Unzufriedenheit *indirekt* auf den Alkoholismus einwirkt (Modell 5.1., S. 244).

## **Nikotinabhängigkeit**

Die Probanden, die für dieses Merkmal erhöhte Werte erzielen, zeigen eine gute durchschnittliche Offenheit (FPI-Subskala Nr. 10).

Von den 217 kooperativen Probanden, bezeichnen sich 46 Probanden als Raucher (21 %). Auf die Geschlechter bezogen konnte festgestellt werden, dass 24,2 % der Frauen und 13,8 % der Männer rauchen. Zu den mäßigen bis sehr starken Rauchern zählen 7,6 % der Frauen und 5,2 % der Männer.

Wenn die Altersgruppen berücksichtigt werden, lässt sich feststellen, dass sich in der jüngsten Altersgruppe prozentual betrachtet, die meisten Raucher befinden, mit zunehmendem Alter wird der Anteil der Raucher geringer.

Im Vergleich zu den Daten des Statistischen Bundesamtes (1996) (37 % Raucher zwischen 18 – 59 Jahren) ist der Raucheranteil unter den Beschäftigten der Klinik gering. Andere Autoren, wie z.B. Weiland & Keil (1995) schildern, dass sich in Deutschland über ein Viertel der Bevölkerung als Raucher einstufen. Das würde dem Ergebnis dieser Studie ungefähr entsprechen. Allerdings

dokumentieren bislang die Studien, dass Männer stets in einem höheren Ausmaß zu den Rauchern zählen, als Frauen dies tun.

Ein differenzierterer Blick auf die Raucher der vorliegenden Studie führt zu dem unerwarteten Ergebnis, dass ein hoher Anteil der Raucher zu den jüngeren Altersgruppen zählt.

Ähnlich wie beim auffälligen Alkoholkonsum überrascht auch in der Rauchergruppe der hohe Anteil der jungen *weiblichen* Probanden.

### **Weitere Details der Raucher:**

Männliche Raucher leben eher in Ehe oder eheähnlicher Gemeinschaft, als männliche Nichtraucher, während dieser Effekt bei Frauen umgekehrt stattfindet: weibliche Nichtraucher leben eher in Ehe oder eheähnlicher Gemeinschaft als weibliche Raucher.

Unter den Rauchern sind mehr weibliche als männliche Singles (in Relation zu ihrem eigenen Geschlecht).

Es konnte festgestellt werden, dass die Nikotinabhängigkeit negativ mit der Schulbildung korreliert. Das entspricht den Erwartungen, die auch den Daten von Nordlohne (1992) und dem Statistisches Bundesamt (1996) entsprechen.

Probanden mit einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt zeigen eine signifikant höhere Nikotinabhängigkeit, als Probanden an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt. Die möglichen Hintergründe, z.B. die unterschiedlichen Rauch-Gelegenheiten der Berufsgruppen, blieben unklar.

Bei Männern ist der Zusammenhang zwischen Nikotinabhängigkeit und Tablettenkonsum hoch und signifikant.

Fazit: Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Raucher (Frauen und Männer) höhere Alkoholismuszahlen, höhere Durchschnittswerte für psychische und somatische Beschwerden, einen höheren Tablettenkonsum, höhere Ausprägungen für Essstörungen, ein geringeres soziales Netz, geringere Zufriedenheit, aber auch eine höhere Therapiemotivation zeigen, als Nichtraucher. Das Gesamtniveau der Therapiemotivation kann aber als gering interpretiert werden.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **Tablettenkonsum**

Die Probanden, die für dieses Merkmal erhöhte Werte erzielen, zeigen eine gute durchschnittliche Offenheit (FPI-Subskala Nr. 10).

Es beschreiben 19 weibliche und nur 2 männliche Probanden, dass sie einen mäßigen bis starken Tablettenkonsum betreiben. Es sind also hauptsächlich Frauen (12 % der Gesamtstichprobe), die von dieser Merkmalsausprägung berichten.

Damit liegen die männlichen Probanden der Klinik deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Auch die weiblichen Probanden zeigen zwar einen recht hohen durchschnittlichen Tablettenkonsum, verglichen mit den Daten von Kraus & Bauernfeind (1998) (11,5 % Männer und 19,5 % Frauen) sind aber auch diese Werte noch unterdurchschnittlich.

Eine altersspezifische Analyse offenbarte jedoch, dass 27,3 % der über 56 jährigen Frauen betroffen sind. Mit abnehmendem Alter reduzierte sich der Tablettenkonsum. Bei den unter 30 jährigen Frauen lag der Betrag bei nur noch 5 %.

Die Betroffenen befinden sich, erwartungsgemäß, in den höheren Altersgruppen und sie zeigen einen eher unterdurchschnittlich geringen Alkoholismussmittelwert. Lediglich 4 Frauen zeigen sowohl erhöhte Alkoholismusswerte, als auch einen mäßigen oder starken Tablettenkonsum.

Die Autoren Kraus & Bauernfeind (1998) und Glaeske (1998) stellen fest, dass im Gegensatz zu den anderen psychotropen Substanzen, Medikamente von Frauen häufiger als von Männern und von Älteren häufiger als von Jungen konsumiert werden.

Die weiblichen Probanden, die von einem erhöhten Tablettenkonsum berichten, arbeiten eher (58 %) an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt, sie sind also in einer Arbeitsumwelt, die den Substanzgebrauch quasi nahe legt. Rummel & Bellabarba (1998) berichten von diesem Effekt.

Die Ausprägung der psychischen und somatischen Beschwerden ist in der Gruppe der mäßig bis starken Tablettenkonsumenten im Vergleich zur Gesamtstichprobe etwas erhöhter, es zeigen sich auch signifikante Korrelationen zwischen psychischen und somatischen Beschwerden und dem Tablettenkonsum, aber die Ausprägungen der psychischen und somatischen Beschwerden sind immer noch im statistischen Durchschnitt. Konkret bedeutet dies, dass 65 % der Bevölkerung geringere Beschwerdescores zeigen.

Fast ein Drittel der betroffenen Frauen sind Singles. Es konnte festgestellt werden, dass Frauen ohne feste Beziehung vermehrtes Risikoverhalten bzw. vermehrte Belastungen erleben. Bei den Männern war der gegenteilige Effekt wahrzunehmen, sie zeigen dieses Verhalten eher in festen Beziehungen.

Die Probanden mit erhöhtem Tablettenkonsum zeigen signifikante Zusammenhänge zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden und dem Wunsch nach Therapie, sie zeigen auch signifikante Zusammenhänge zwischen dem Merkmal Essstörungen und dem Therapiewunsch. Darüber hinaus wurden ebenfalls hohe signifikante Zusammenhänge zwischen dem Wunsch nach Therapie und der Nikotinabhängigkeit festgestellt.

Diese Subgruppe scheint sowohl belastet als auch relativ einsichtig zu sein. Die Therapiemotivation wird als ein Indiz dafür interpretiert.

## **Essstörungen**

Die Probanden, die für dieses Merkmal erhöhte Werte erzielen, zeigen eine gute durchschnittliche Offenheit (FPI-Subskala Nr. 10).

Essstörungen sind ein Merkmal, das hauptsächlich von Frauen angegeben wird. Und zwar berichten ca. 23 % aller weiblichen Probanden (n = 36) von mäßigen oder starken Essstörungen.

Am stärksten ist die jüngste Altersgruppe betroffen, mit zunehmendem Alter wird der Anteil der Betroffenen geringer. Diese Problematik ist bekannt und entspricht den Erwartungen (Details S. 88 f.).

Da in der Studie die Essstörungen nicht differenziert abgefragt wurden (Anorexie, Bulimie, Binge Eating Disorder) und die unterschiedlichen Störungen verschiedene Prävalenzdaten zeigen, kann der Anteil der Frauen, die sich als essgestört bezeichneten, nicht exakt bewertet werden. Aber der Wert von 23 % spricht quasi für sich: Jede vierte bis fünfte Frau der Stichprobe benennt dieses Merkmal als mäßig oder stark vorhanden.

Innerhalb dieser Subgruppe konnte ein Alkoholismusscore von 3,8 festgestellt werden, ein relativ hoher, aber noch unterhalb des Cut-Off-Limits gelegener Wert.

Der psychische und somatische Beschwerdewert der essgestörten Frauen lag zwar noch im oberen Durchschnittsbereich, obwohl 73,7 % der Frauen im Bundesdurchschnitt weniger Beschwerden angeben als die essgestörten Frauen des Klinikums.

Der Tablettenkonsum wird von den essgestörten Frauen als gering bezeichnet. Der Tablettenkonsum wurde relativ unspezifisch abgefragt, sodass z.B. Appetitzügler von den Frauen evtl. nicht als Medikamente wahrgenommen werden.

Die essgestörten Frauen leben, nach eigenen Angaben, sozial eingebunden und gesellig. Obwohl andererseits 25 % der Frauen als Single leben.

Sowohl die berufliche, als auch die körperliche Zufriedenheit erzielten innerhalb dieser Subgruppe Durchschnittswerte zwischen kaum und mäßig, die private Zufriedenheit war höher.

Es konnte innerhalb dieser Subgruppe ein Zusammenhang festgestellt werden zwischen der Therapiemotivation und den psychischen und somatischen Beschwerden und der Therapiemotivation und der körperlichen Zufriedenheit.

Die Ergebnisse könnten wie folgt gedeutet werden: Essgestörte Frauen zeigen bei körperlicher Unzufriedenheit Therapiemotivation. Andererseits lässt das Ergebnis ebenso den Schluss zu, dass bei erhöhter körperlicher Zufriedenheit (z.B. durch essstörungsbedingte Gewichtsreduktion) die Therapiemotivation sinkt.

Der größte Anteil der essgestörten Frauen gab das Abitur als höchsten Schulabschluss an. Die spezifischen Varianten der Essstörungen wurden nicht abgefragt, auch nicht der Body Mass Index (BMI). Es kann also nur (theoriegeleitet) vermutet werden, dass auf Grund der höheren Schulbildung eher weniger adipöse und mehr anorektische und / oder bulimische Essstörungen vorliegen.

Ca. 70 % der essgestörten Frauen arbeitet in der Klinik *mit* Patientenkontakt. Also sind insbesondere die helfenden Berufsgruppen betroffen.

### **Zur beruflichen Zufriedenheit**

Die Verknüpfungen zwischen der beruflichen Zufriedenheit und unterschiedlichen Merkmalen, insbesondere Alkoholismus, wurde bereits dargestellt (Modell Nr.1).

Insgesamt schildern sich ca. 82 % der Belegschaft als beruflich zufrieden. Das bedeutet aber auch, dass ca. 18 % der Angestellten beruflich nicht zufrieden sind. Die berufliche Unzufriedenheit variiert deutlich in Abhängigkeit zu unterschiedlichen Variablen:

Die Probanden der *jüngsten* Altersgruppe sind besonders häufig (30 %) unzufrieden. Ca. 20 % aller Frauen und 12 % aller Männer sind beruflich unzufrieden.

Die geringste berufliche Zufriedenheit schildern die alkoholauffälligen Männer (ca. 46 %), am häufigsten sind die alkoholunauffälligen Männer 89 % beruflich zufrieden.

Die berufliche Zufriedenheit ist unabhängig vom Arbeitsplatz: An den Arbeitsplätzen *mit* und *ohne* Patientenkontakt beschreiben sich jeweils ca. 18 % der Beschäftigten als kaum bis gar nicht beruflich zufrieden.

Bei beruflicher Unzufriedenheit zeigt sich auch ein deutlicher Therapiewunsch.

Der indirekte Zusammenhang zwischen der beruflichen (Un-)Zufriedenheit und der Alkoholismusaussprägung wurde bereits im Modell 5.1. hier im Kapitel veranschaulicht. Die Relevanz für das zu implementierende Präventionsprogramm sei nochmals unterstrichen.

### **Therapiemotivation**

Die Probanden, die für dieses Merkmal erhöhte Werte erzielen, zeigen eine gute durchschnittliche Offenheit. Insbesondere die männlichen Probanden zeigen deutlich höhere Durchschnittswerte als die Männer (und Frauen) der Gesamtstichprobe.

Die Therapiemotivation ist in der Regel bei weiblichen Probanden deutlich höher als bei männlichen Probanden. Das trifft auch auf die unterschiedlichen Subgruppen zu: Innerhalb der Gruppe der Probanden mit erhöhten Alkoholismuszahlen, der Gruppe mit erhöhten psychischen und somatischen Beschwerden, etc. Eine Ausnahme bilden die Raucher, hier zeigen die Männer mehr Therapiemotivation. (Dabei ist kritisch anzumerken, dass sich in der Gruppe der Raucher nur 8 Männer befinden).

In der Gruppe der essgestörten Frauen ist die Therapiemotivation am höchsten (41,6 %), gefolgt von der Gruppe der Frauen mit psychischen und somatischen Beschwerden (37,1 %) und der Gruppe der weiblichen Tablettenkonsumenten. Die geringste Therapiemotivation zeigen (nachvollziehbar) die zufriedenen Männer.

Wenn Frauen sich therapiemotiviert äußern (26 Frauen tun dies) dann zeigen sie erhöhte Alkoholismuszahlen, erhöhte psychische und somatische Beschwerden, die berufliche und körperliche Zufriedenheit ist zwischen kaum und mäßig angesiedelt, die private Zufriedenheit ist gut. Desweiteren zeigen die therapiemotivierten Frauen eher Essstörungen als einen erhöhten Tablettenkonsum, sie sind zwar sozial eingebunden, beschreiben sich aber eher als zurückgezogen. Es leben zwar zweidrittel dieser Frauen in fester Beziehung, aber fast 12 % der therapiemotivierten Frauen sind alleinerziehend und 23 % leben als Single.

## **Der Arbeitsplatz**

### **Der Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt**

Die männlichen Probanden, die an einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt arbeiten, zeigen eine eben noch durchschnittliche Offenheit, die weiblichen Probanden liegen knapp darunter. Diese Berufsgruppe zeigte auch die geringste Kooperation (gemessen am Fragebogenrücklauf).

Für die Konzeption des Präventivprogramms wird dementsprechend auch diese Subgruppe besonders motiviert werden müssen.

Die Offenheit der Beschäftigten an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt ist deutlich höher.

Sowohl die weiblichen, als auch die männlichen Probanden, die einen Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt haben, zeigen die höheren durchschnittlichen Alkoholismuszahlen. Die durchschnittlichen Scores liegen für beide Geschlechter aber unterhalb des Risikolimits.

Darüber hinaus zeigen beide Geschlechter wieder an einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt, die höheren durchschnittlichen psychischen und somatischen Beschwerden. Die durchschnittlichen Scores liegen für beide Geschlechter im unauffälligen Bereich.

Probanden mit einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt zeigen eine signifikant höhere Nikotinabhängigkeit, als Probanden an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt

### **Der Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt, die helfenden Berufsgruppen**

Die Probanden, die an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt arbeiten, zeigen eine gute durchschnittliche Offenheit.

Wie bereits weiter oben (S. 242) geschildert, bestand eine wichtige Fragestellung darin, ob die Beschäftigten der „Helfenden Berufe“, also Arbeitnehmer an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt, einen höheren Substanzkonsum aufweisen.

Die Datenauswertung konnte belegen, dass es bzgl. des Alkoholkonsums keine signifikanten Differenzen zwischen den beiden Berufsgruppen (mit und ohne Patientenkontakt) gibt. Tendenziell zeigen die Berufsgruppen *ohne* Patientenkontakt einen höheren Substanzkonsum.

Die Fakten sprechen aber für sich: Bei einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt sind aufgerundet ca. 20 % alkoholauffällige Männer und 30 % alkoholauffällige Frauen anzutreffen. Bei einem Arbeitsplatz *ohne* Patientenkontakt ist das gleiche Verhältnis zu beobachten. Die jeweiligen Konsequenzen für die Arbeitsqualität und -sicherheit sind vielschichtig (Details siehe 2.8, 2.9, 2.11, 2.12, 2.13)

Anmerkung: Eine differenziertere Analyse der helfenden Berufsgruppen könnte evtl. andere Ergebnisse hervorbringen. Innerhalb dieser Berufe (Pflegedienst, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten) sind die Belastungen und Kompensationsressourcen sehr heterogen. Auf Grund der zugesicherten Anonymisierung war diese Detailbetrachtung leider nicht möglich.

Die weiblichen Probanden, die von einem erhöhten Tablettenkonsum berichten, arbeiten eher (58 %) an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt, sie sind also in einer Arbeitsumwelt, die den Substanzgebrauch quasi nahe legt.

Etwa 70 % der essgestörten Frauen arbeitet in der Klinik an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt.

Fazit: In beiden Berufsgruppen sind die Geschlechter fast identisch verteilt: ca. 30 % Männer und ca. 70 % Frauen. Während die Beschäftigten *ohne* Patientenkontakt tendenziell (statistisch nicht signifikant) höhere Alkoholismus- und Beschwerdewerte zeigen, ist bei den weiblichen Beschäftigten *mit* Patientenkontakt tendenziell ein höherer Tablettenkonsum zu verzeichnen.

Die Beschäftigten *ohne* Patientenkontakt zeigen eine signifikant höhere Nikotinabhängigkeit, die weiblichen Beschäftigten *mit* Patientenkontakt zeigen die größte (statistisch nicht signifikante) Ausprägung an Essstörungen.

Die berufliche Zufriedenheit ist unabhängig vom Arbeitsplatz: An den Arbeitsplätzen *mit* und *ohne* Patientenkontakt beschreiben sich jeweils ca. 18 % der Beschäftigten als kaum bis gar nicht beruflich zufrieden.

## **Ein generelles Fazit:**

Die Identifikation von auffälligem Alkoholismus (definiert als AUDIT-Score über dem Cut-Off-Wert) im betrieblichen Kontext kann als erfolgreich absolviert angesehen werden.

Eine gute Offenheit und eine hohe Kooperationsbereitschaft der Klinikangestellten ermöglichten es, die aufgedeckten Daten und Fakten als repräsentativ und valide zu interpretieren.

Neben der differenzierten Analyse der Probanden mit auffälligem Alkoholismus, konnten sowohl weiterer Problemgruppen identifiziert werden, als auch deren Interaktionen und wechselseitige Einflussnahmen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Studie wichtige, vorher nicht sichtbare Problemfelder innerhalb der Klinik aufdecken und quantifizieren konnte.

**Ein besonders bedeutsames Ergebnis der Studie ist die Identifikation der jungen, insbesondere der jungen weiblichen Beschäftigten, die einen auffälligen Alkoholismus und (in Relation zu den männlichen Probanden) hohe Raucheranteile zeigen.**

Des Weiteren sind die jungen Frauen mit Essstörungen dokumentiert worden und auch die Gruppe der (älteren) Frauen mit hohem Tablettenkonsum.

Es wurden zahlreiche signifikante Merkmalszusammenhänge aufgedeckt. Die ermittelten Daten der Zusammenhangstestungen führten zu zwei Alkoholismusmodellen (S. 244 f.). Ein Modell zeigt die signifikanten Wechselwirkungen von Merkmalen, die den Alkoholismus der Männer betreffen, das andere Modell betrifft das Bedingungsgefüge des weiblichen Alkoholismus.

Die Studie liefert damit reichhaltige Informationen, die für die Konzeption eines betrieblichen Präventionsprogramms genutzt werden können.

Im nächsten Kapitel wird die Konzeption und das Design des betrieblichen Präventionsprogramms für die Klinik Höhenried dargestellt.

## 6. Das betriebliche Präventionsprogramm der Klinik Höhenried

Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung dienen als Datenbasis für die Konzeption eines Präventionsprogramms für die Klinik Höhenried.

Bevor praktisch-konkrete Aspekte zur Entwicklung und Implementierung des Präventionsprogramms zusammengestellt werden, sollte das Verständnis der Dynamik „Alkohol im Betrieb“ reflektiert werden.

Ein Faktor, der über Erfolg oder Misserfolg einer Präventionsprogramm-Implementierung entscheidet, ist die Konsensbildung (bzgl. des Standpunktes zum Alkoholkonsum im Betrieb) auf höchster Entscheidungsebene.

Ein derartiges Programm, mit dem damit verbundenen Engagement vieler Beschäftigter, hat nur eine Chance auf Erfolg, wenn die gesamte Betriebsleitung, in diesem Fall Klinikleitung, geschlossen und für jeden Arbeitnehmer sichtbar, das Programm nicht nur mit Worten, sondern insbesondere auch durch die Vorbildfunktion auf der Handlungsebene, in der Umsetzung in den Betriebsalltag aktiv unterstützt.

Die Standpunktdefinition kann nicht durch einmalige Nennung durchgesetzt werden, sie muss regelmäßig wieder in das Bewusstsein aller Beteiligten gebracht werden. Die Tendenz, das Alkoholproblem der Minderheit der Alkoholkranken quasi zu überantworten, ist ständig latent vorhanden. Dem gilt es (besonders als Vorgesetzter) entgegenzuwirken.

Das hier verfolgte Ziel bezieht das gesamte Spektrum des Alkoholkonsums ein. Im betrieblichen Kontext ist jede Art von Alkoholkonsum problematisch. Jeder ist betroffen, da jeder direkte oder indirekte Auswirkungen erfährt und zu kompensieren hat.

Dementsprechend verfolgt dieses Interventionsprogramm das Ziel, das gesamte Spektrum des Alkoholkonsums zu problematisieren und eine generelle Reduktion des Konsums zu erreichen. Kreitman (1986) spricht von einem „preventiv paradox“: Eine Reduktion des Gesamtalkoholkonsums, also auch bei den Gering- bis Mäßigkonsumenten, würde effektiver zur Verminderung der alkoholbedingten Folgeschäden führen, als lediglich eine Minderung des Konsums der Alkoholkranken. Darüber hinaus hätte eine generelle Reduzierung des Alkoholkonsums auch positive Folgen auf die Personen mit starken und pathologischen Kosummustern (Leder mann, 1956 a, b).

**Anmerkung:** Die folgende Darstellung wird verdeutlichen, dass es nicht *das eine* Programm geben wird, sondern, dass ein ganzes Konzept mit vielen Facetten und unterschiedlichsten Inhalten ohne Befristung durchgeführt werden wird.

# Das Alkoholpräventionsprogramm für die Klinik Höhenried

Die Konzeption des Präventivprogramms basiert auf drei wesentlichen Aspekten:

## 1) Charakteristika erfolgreicher betrieblicher Präventionsprogramme

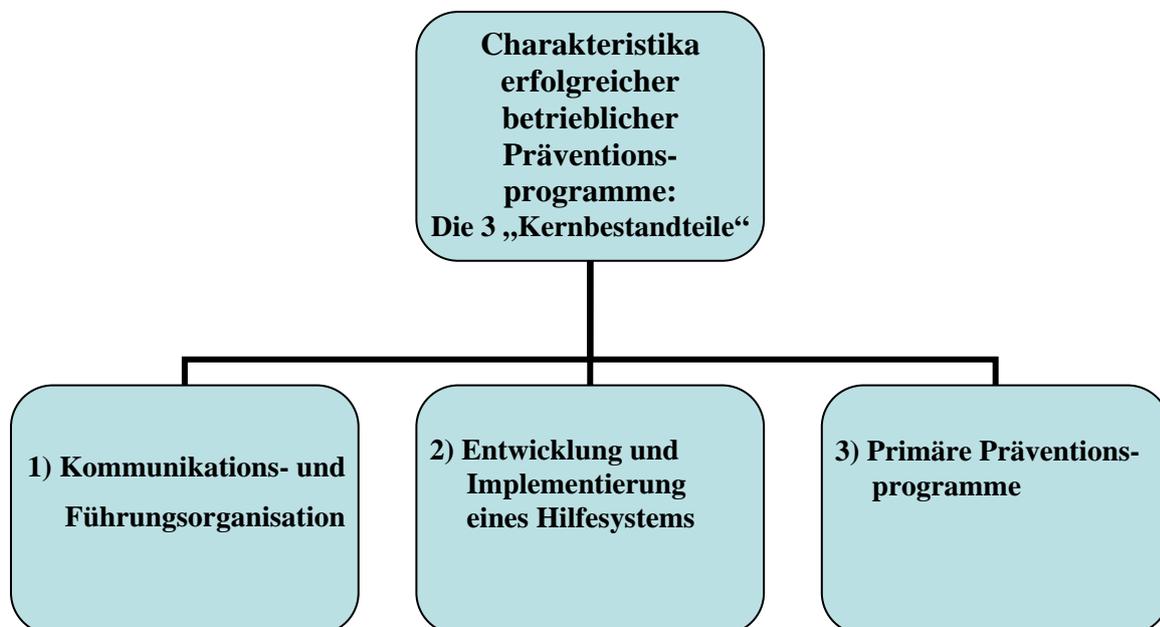
## 2) Besonderheiten für die spezifische Arbeitsumwelt des Klinikkontextes

## 3) Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

- 1) Die bereits erprobten und erfolgreichen Charakteristika von betrieblichen Präventionsprogrammen (siehe Kapitel 2.14.) werden übernommen.
- 2) Das bereits vorhandene Wissen über den Kontexteinfluss der Arbeitsumwelt -Klinik- wird bei der Bearbeitung des 1. und 3. Punktes berücksichtigt.
- 3) Die Ergebnisse der durchgeführten Transparenzstudie (Mitarbeiterbefragung) bestimmen maßgeblich über die Schwerpunkte der inhaltlichen Konzeption des Präventionsprogramms.

## Zu 1) Charakteristika erfolgreicher betrieblicher Präventionsprogramme

Das folgende Modell 6.1. veranschaulicht die 3 so genannten Kernelemente moderner betrieblicher Präventionsprogramme:



Modell 6.1.

Fuchs, Rainer, Rummel & Schönherr (1998) bestätigen, dass diese 3 Kernelemente in der „Fachdiskussion inzwischen allgemein als grundlegend anerkannt“ werden.

## **Zu den 3 Kernelementen moderner betrieblicher Präventionsprogramme:**

Als übergeordnete Instanz für die Entwicklung und Koordination der geplanten Maßnahmen wurde ein so genannter Gesundheitszirkel in der Klinik gegründet.

Teilnehmer dieses Gesundheitszirkels sind: die Betriebsärztin, der Suchtbeauftragte, die Beauftragte für Schwerbehinderte, die Betriebsrätin und die Vertreter der Geschäftsführung und Ärzteschaft. Darüber hinaus ist geplant, dass in regelmäßigen Abständen Vertreter von regionalen Selbsthilfegruppen eingeladen werden.

Als ein schriftlich fixierter Handlungsrahmen wurde zwischen der Geschäftsführung und der Mitarbeitervertretung (Betriebsrat) bereits im November 2000 eine Dienstvereinbarung „Sucht“ verabschiedet. (Details im Kapitel 2.20., eine zusammenfassende Darstellung der Dienstvereinbarung „Sucht“ ist im Anhang S. 281 zu finden)

### **Zum 1. Kernelement: Kommunikations- und Führungsorganisation**

**Theorie:** Dieser Baustein umfasst z.B. die Fortbildung, Beratung und das Training für Vorgesetzte und Multiplikatoren. Für die unterschiedlichen Zielgruppen werden Informationsveranstaltungen durchgeführt, um psychosoziale Kompetenzen und Ressourcen zu reflektieren und zu trainieren. Insbesondere das Kommunikationstraining dient als Sicherung des Konfliktmanagements.

Die Autorinnen Rummel, M. & Bellabarba, J. (1998) weisen, auf Grund von eigenen Erfahrungswerten darauf hin, speziell für die (leitenden) Berufsgruppen im Klinikkontext die Themenschwerpunkte der Fortbildungen und Seminare nicht auf den Schwerpunkt Alkoholsucht aufzubauen. Es sollten die Themen Kompetenz-, Kommunikations-, Führungs- und Konfliktmanagementtraining hervorgehoben werden.

Der Umgang mit Alkohol und anderen Substanzen im betrieblichen Kontext sollte ein *integrativer* Bestandteil der Fortbildungsreihe sein. (Näheres zu der Problematik Mitarbeiterschulung bzgl. Sucht im Klinikkontext, auf S. 255)

**Praxis:** Bereits seit Anfang 2005 etablierte Strukturen und Bausteine der Kommunikations- und Führungsorganisation:

#### **Das Konfliktmanagement wurde in der Klinik institutionalisiert:**

- Eine allen Beschäftigten gut bekannte, kompetente und vertraute Ansprechpartnerin wurde für diese Funktion bestimmt.

#### **Es finden regelmäßige Schulungen der Vorgesetzten statt:**

- Die erste Schulung bzgl. des Umgangs mit alkoholauffälligen Mitarbeitern fand im November 2004 statt, weitere regelmäßige Termine sind geplant.

- Die Konzeptumsetzung von regelmäßigen externen Seminaren und internen Fortbildungen mit externen Fachleuten wurde bereits begonnen. Die Themen der Seminare:

- Konfliktbewältigung
- Kommunikationstraining
- Personalführung
- Organisationsanalyse

**Es finden regelmäßige Klinikleitungskonferenzen statt:**

- Regelmäßige Sitzungen der Mitglieder der Klinikleitung zur Bilanzierung der gesundheitspolitischen (und damit auch der suchtspezifischen) Bemühungen.

**Zum 2. Kernelement: Entwicklung und Implementierung eines Hilfesystems**

**Theorie:** Dieser Baustein umfasst die professionelle Suchtberatung sowohl für die Alkoholauffälligen, als auch deren Vorgesetzte und Kollegen. (Anmerkung: Eine besondere Problemgruppe bilden die alkoholauffälligen Vorgesetzten). Die Beratung wird von einem betriebsinternen Fachmann (Suchtbeauftragter) durchgeführt. Die Aufgabe des Suchtbeauftragten bezieht sich auf die Handhabung der Problematik im Betrieb, in beratender Funktion, und *nicht* auf die Therapie oder Behandlung der Betroffenen.

Der Gesundheitszirkel bemüht sich um eine Netzwerkentwicklung mit externen Therapieeinrichtungen, sodass alkoholauffällige Mitarbeiter schnell und sicher an bekannte und professionelle Einrichtungen in der Region verwiesen werden können.

**Praxis:** Bereits etablierte oder in der Entwicklungsphase befindliche Strukturen und Bausteine des Hilfesystems:

**Eine transparente Vorgehensweise:**

- Die Dienstvereinbarung „Sucht“ macht den Ablauf im Falle einer Alkoholauffälligkeit für alle Beschäftigten transparent.

**Schulungen der Vorgesetzten:**

- Zum Umgangs mit alkoholauffälligen Mitarbeitern (konstruktive Konfrontation und Aktivierung des Hilfesystems / Präventivprogramms)
- Zu ihrer eigenen Position und bzgl. ihrer Vorbildfunktion für ihre unterstellten Mitarbeiter.

**Präsenz von Ansprechpartnern:**

- Eine Betriebsärztin und ein Suchtbeauftragter sind im Unternehmen präsent, gut bekannt und geschätzt. Sie werden von den Beschäftigten als ansprechbar, kompetent und vertrauenswürdig beschrieben.

### **Gründung von Selbsthilfegruppen:**

- Selbsthilfegruppen zu den Themen: Nikotinabhängigkeit, Alkohol, Tabletten, Essstörungen werden als externe Gruppen geplant.

### **Die Arbeit des Gesundheitszirkels:**

- Der oben beschriebene Gesundheitszirkel beginnt mit der Entwicklung, dem Ausbau und der Konsolidierung eines Behandlungsnetzwerkes in der Region. Es werden sowohl zu unterschiedlichen Beratungsstellen, Fachkliniken, Fachambulanzen und Fachärzten, als auch zu regionalen Selbsthilfegruppen Kontakte geknüpft und Kooperationswünsche und mögliche Kooperationsmodalitäten konzipiert. Das Netzwerk soll den schnellen und sicheren Handlungsablauf erleichtern und ihn gleichzeitig für alle transparenter gestalten.

**Fazit:** Die bislang entwickelten Bausteine entsprechen dem Standard EAP (siehe Kapitel 2.14.)

### **Zum 3. Kernelement: Primäre Präventionsprogramme:**

**Theorie:** Dieser Baustein umfasst z.B. die Regelungen zum Verbot bzw. zur Verfügbarkeit von Alkohol. Diese Elemente zeigen nachhaltige Wirkungen auf den Alkoholkonsum. Die betriebsinternen Arbeitsplätze werden regelmäßig bzgl. der Arbeitsplatzgestaltung unter gesundheitsbezogenen Gesichtspunkten kritisch von Fachleuten (Betriebsärzte, Schwerbehindertenbeauftragte, Betriebsräte, etc.) geprüft. Die Informations- und Risikovermittlung als primäre Intervention (erreicht weniger ältere und evtl. bereits alkoholranke oder alkoholauffällige Beschäftigte) ist eine erfolgreiche Intervention für jüngere Angestellte, Auszubildende, interessierte Mitarbeiter und neu eingestellte Kollegen (Details, siehe Kapitel 2.2., S. 28).

### **Praxis:**

#### **Die Verfügbarkeit von Alkohol und Zigaretten:**

- Ein Alkoholverbot, das seit Mai 2004 in Kraft ist, regelt den offiziellen Umgang mit der Substanz und dokumentiert die Haltung der Klinikleitung und der Mitarbeitervertretung zum Thema Alkohol im Betrieb.
- Ein Zigarettenautomat ist in der Klinik und auf dem Klinikgelände nicht verfügbar.

#### **Alkoholfreie Alternativen:**

- Es sind an unterschiedlichen Stellen im Betrieb alkoholfreie Getränke zu finden. Das Mineralwasser ist kostenlos verfügbar.

#### **Gesundheitsprüfungen von Person und Arbeitsplatz:**

- Die Betriebsärztin führt im Zweijahresrhythmus mit jedem Beschäftigten eine Gesundheitsprüfung durch.

- Die Betriebsärztin prüft in regelmäßigen Abständen die gesundheitsrelevanten Aspekte eines jeden Arbeitsplatzes. Dies geschieht konkret vorort, als Hausbegehung.

Weitere Programmelemente befinden sich weiter unten im Text: Unter Punkt 3 werden primäre Präventivmaßnahmen beschrieben, die auf Grund der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung, in der Entwicklungsphase sind.

## **Zu 2) Besonderheiten für die spezifische Arbeitsumwelt des Klinikkontextes**

Die Autorinnen Rummel, M. & Bellabarba, J. (1998) weisen schon darauf hin, dass im Klinikkontext spezifische Sachverhalte zu berücksichtigen sind. Insbesondere gilt es, die 3 unterschiedlichen Berufsgruppen gleichermaßen für die geplanten Maßnahmen zu interessieren und sie zu integrieren. Mit den 3 verschiedenen Berufsgruppen sind die Behandler (Physiotherapeuten, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, etc.), das Pflegepersonal und der Bereich Verwaltung und Technik gemeint. Für eine erfolgreiche Programmimplementierung ist die effektive Kooperation und Integration dieser 3 Sektoren von entscheidender Bedeutung.

Die Autorinnen berichten von Erfahrungswerten, die zeigen, dass sich insbesondere die Integration von Ärzten in die Präventionsprogramme, als deutlich schwierig herausstellte. Das Pflegepersonal und die Beschäftigten aus Verwaltung und Technik zeigten sich in der Regel kooperativ.

Es wurde vermutet, dass von Ärzten erwartet wird, dass sie sich mit der Thematik Sucht auskennen. Die Autorinnen Rummel & Bellabarba (1998) geben zu bedenken, dass die Ärzte im Klinikbild eine wesentliche Signal- und Vorbildfunktion ausüben, dementsprechend wird empfohlen, dass die Ärzteschaft durch deutliche Weisung ihrer Vorgesetzten zur Kooperation motiviert werden sollten und dass ein Präventionsprogramm, das speziell im Klinikkontext kompatibel funktionieren soll, deutlich die Aspekte Kompetenz-, Kommunikations-, Führungs- und Konfliktmanagementtraining hervorheben sollte.

Bei den unterschiedlichsten Behandlern (Physiotherapeuten, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, etc.), die nach Expertenmeinung nur schwer Hilfsmaßnahmen für sich selber in Anspruch nehmen können (Rummel & Bellabarba, 1998), sollten möglichst wenig Widerstände provoziert und ihnen der Weg zu den Präventionsprogrammen möglichst leicht gemacht werden.

Die Thematik der Suchtprobleme sollte ein *integratives* Element im gesundheitsorientierten Präventionsprogramm darstellen, aber keinesfalls dessen Zentrum bilden.

Die Autorinnen (Rummel & Bellabarba, 1998) stellen fest: „Wie in anderen Betrieben auch ist im Krankenhaus Suchtprävention langfristig erfolgreicher, wenn die Einbettung in eine präventive Gesamtstrategie gewährleistet ist.“

Puls (2003) betont zurecht, dass eine suchtspezifische betriebliche Prävention nur eingeschränkt sinnvoll erscheint. Ein ausgewogenes Maß zwischen suchtspezifischen und allgemeinen gesundheitsförderlichen Interventionen und Hilfsangeboten erscheint also ratsam.

Die bereits vorhandenen suchtspezifischen Interventionen sollten bzgl. der suchtspezifischen Aspekte ergänzt werden (Überblick: Klepsch & Fuchs, 1998).

Riedel & Zell (1996) schreiben, dass „eine Professionalisierung der Personalarbeit und die Förderung der Führungskompetenzen bei Mitarbeitern mit Personalverantwortung für Krankenhäuser künftig überlebenswichtig ist.“

Diese wichtigen Erfahrungswerte haben für die Implementierung der unterschiedlichen Maßnahmen zwei konkrete Konsequenzen:

- Erstens wird deutlich, dass die Behandler selber spezifische Hilfe brauchen, um die entsprechenden Interventionen annehmen zu können. Dafür scheinen Teilnahmeaufforderungen und Motivationsarbeit von den Chefärzten hilfreich für die Behandler zu sein.

- Zweitens dienen die Erfahrungswerte als Richtschnur bei der Konzeption von Schulungs- und Informationsveranstaltungen. Die Thematik Alkoholismus und Sucht werden als ein *integratives* Element eines übergreifenden Gesundheitsprojektes dargestellt und weitere Aspekte (Kommunikationstraining, Konfliktmanagement, etc.) hervorgehoben.

Es ist speziell für derart schwierige Themen (Alkoholkonsum am Arbeitsplatz) von Bedeutung, dass nicht nur der Inhalt der Maßnahmen, sondern auch deren Form für die Betroffenen kompatibel gestaltet wird.

Sowohl die Strukturen der Hilfsmaßnahmen, als auch die zu berücksichtigenden Besonderheiten wurden beschrieben. Es folgt nun die Schwerpunktsetzung durch die Erkenntnisse aus der Mitarbeiterbefragung.

### **3) Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung setzen die Schwerpunkte**

**Theorie:** Ein beachtenswerter Tatbestand ist das erhöhte Risikoverhalten (Alkohol- und Nikotinkonsum) und die Nennung verschiedener weiterer Belastungsfaktoren und Symptome (Essstörungen, berufliche Unzufriedenheit, etc.) speziell von der jüngsten Altersgruppe der Beschäftigten.

Rummel, Rainer & Fuchs (2004) heben hervor, dass insbesondere jüngere Angestellte (und neu eingestellte Erwachsene) besonders gut für primär präventive Maßnahmen zugänglich sind, da der Anpassungsdruck zu einer erhöhten Aufnahmemotivation führt.

Das bedeutet, dass speziell für die jüngeren Beschäftigten Präventivbausteine zur Verfügung gestellt werden.

Die gefundenen wechselwirkenden Faktoren, die mit dem Alkoholismus korrespondieren sind z.B. körperliche Unzufriedenheit, psychische und somatische Beschwerden, Essstörungen (Frauen), berufliche Unzufriedenheit und Nikotinkonsum (Männer). (Siehe Kapitel 04 (Ergebnisse) und die Modelle 5.1. und 5.2. im Kapitel 05)

Ein adäquates Präventivprogramm sollte sowohl körperliche Aspekte einbeziehen, als auch berufs- und arbeitsplatzbezogene Maßnahmen integrieren.

**Anmerkung:** Die Ergebnisse der groß angelegte DIFA Studie (1997) zeigten, dass sich die deutschen Großunternehmen mit ca. 50 % ihrer Präventivbemühungen auf die Auszubildenden konzentrieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Klinik-Studie legen diese Vorgehensweise nahe.

### **Praxis:**

#### **Zur Förderung der beruflichen Zufriedenheit:**

- Die Wiedereinführung von regelmäßigen Teamsitzungen
- Regelmäßige Supervisionstermine
- Flexiblere Arbeitszeitgestaltung

#### **Zur Förderung der körperlichen Zufriedenheit:**

- Die Klinik verfügt seit 2004 über einen Angestellten, der speziell für die Koordination und Organisation der Sport- und Freizeitaktivitäten verantwortlich ist. Es werden folgende Programmpunkte umgesetzt:

- Regelmäßige Einweisungen für die modernen Geräte im Fitnessraum (Fitnessgruppe) und für die Bogenschießanlage.
- Im Winter werden Langlaufski kostenlos verliehen für die Loipen auf dem großen (80 ha) Klinikgelände direkt am Starnberger See.
- Nutzungsmöglichkeiten der klinikeigenen Sauna und des Schwimmbades (Wellnessgruppe)
- Da vielen (neuen und jüngeren) Mitarbeitern nicht bekannt ist, dass die Klinik über ein eigenes Boots- und Badehaus direkt am Starnberger See verfügt, mit den entsprechenden Angeboten (Segeln, Surfen, Schwimmen, etc.) wird in jedem Frühjahr dafür geworben. Eine spezielle Broschüre wird erstellt.

#### **Weitere primäre Präventivmaßnahmen:**

##### **Das klinikeigene Internet:**

- Das klinikeigene Internet erhält ein „Problemforum“, ein anonymer Chatroom für Fragen, Anregungen, Sorgen und Ärger.
- Im klinikeigenen Internet und an mehreren Informationstafeln im Haus werden regelmäßig Informationen zu verschiedenen Themen aktualisiert: Z.B. Zugang zur Psychotherapie, Fakten und Interventionsmöglichkeiten zu Tablettenabhängigkeit, Essstörungen, etc.

(Der Datenschutzbeauftragte überprüft lediglich, dass z.B. keine persönlichen Beleidigungen veröffentlicht werden.)

**Vortragsreihen:**

- Zu den Themen: Ernährung und Bewegung, Alkohol und andere Drogen, Stress und Entspannung.

**Kurse und Trainingsseminare:**

Nichtrauchertraining, Selbstbehauptungs- und Kommunikationstraining.

**Personalmanagement:**

- Die Vorgesetzten werden geschult, um mit den Angestellten berufliche Perspektiven und Fortbildungsmöglichkeiten zu erörtern.

**Ein übergeordnetes Leitbild:**

- Mit der Entwicklung eines berufsgruppenübergreifenden, klinikbezogenen Leitbildes (Klinikkonzept) wurde Anfang 2005 begonnen. Auf einer Betriebsvollversammlung wurden Arbeitsgruppen gebildet, um die relevanten Themen (Kommunikationswünsche, interdisziplinäre Teamarbeit, Außendarstellung der Arbeit, Belohnungs- und Rückmeldesysteme, Beschwerdemanagement, etc.) zu diskutieren und im weiteren Verlauf zur Konsensbildung und damit auch zur schriftlichen Fixierung des Klinikleitbildes zu gelangen. Dieses Leitbild soll für alle Beschäftigten, quasi wie ein Handlungsleitfaden im täglichen Betrieb nutzbar sein.

Die Thematik der alkoholbezogenen Störungen und Probleme ist in dem vorgestellten Konzept ein *integrativer* Bestandteil der unterschiedlichen Bausteine. Die Hintergründe sind gut dokumentiert.

Das Hilfesystem für alkoholauffällige Beschäftigte wird von kompetenten Personen des Gesundheitszirkels getragen.

Die Präventivwirkung wird durch die vielfältigen Interventionen quasi synergetisch bewirkt. Darüber hinaus haben die multiplen Bemühungen und Interventionen eine deutliche Signalfunktion an alle Beschäftigten: Diese werden sich stärker eingebunden und wahrgenommen fühlen, sodass bislang pathogene Trinkkulturen nicht mehr aufrecht erhalten werden können.

Die vielfältigen Aktivitäten werden in regelmäßigen Abständen (vierteljährlich) u.a. im Rahmen des Gesundheitszirkels bilanziert.

## 7. Ausblicke

Seit Mai 2004 finden in der Klinik Höhenried alkoholbezogene Interventionen statt. Diese werden nach der schrittweisen Einführung der verschiedenen Präventionsprogramm-Bausteine konkretisiert und intensiviert. (Die Bausteine werden im Kapitel 06 beschrieben).

Eine wissenschaftliche Nachprüfung (Evaluation) ist für das Jahr 2007 vorgesehen, um die Impact-Effekte des betrieblichen Präventionsprogramms mit den Daten der vorliegenden Studie, die den aktuellen Status-Quo (2004) transparent werden ließ, prüfend zu vergleichen.

Erste Schwierigkeiten, die schon im Anfangsstadium der Bemühungen offensichtlich wurden, waren insbesondere das ambivalente und verunsicherte Verhalten der Vorgesetzten.

Da diese besonders im Blickfeld aller Beschäftigten stehen, fällt deren Verhalten augenscheinlich jeden sofort auf. Ein rezidivierender quasi-öffentlicher Alkoholkonsum, trotz betrieblich vereinbartem Alkoholverbot, wurde oft als „Ausnahme von der Regel“ rationalisiert.

Ein wichtiger, wesentlicher Schritt ist es, der Gruppe der Vorgesetzten die notwendigen Informationen bzgl. ihrer Außenwirkung zu vermitteln, als auch den Ablaufprozess im Falle von Alkoholauffälligkeiten zu trainieren.

In diesem Kontext wird die Kluft zwischen dem (fälschlicher weise) vorausgesetzten Problemverständnis (insbesondere bei den professionellen Helfern) und dem z.T. irrationalen Verhalten deutlich.

Die Reaktionen auf das vereinbarte Alkoholverbot und die geplanten Interventionen sehen bei den unterschiedlichen Berufsgruppen sehr verschieden aus. Während das subalterne Personal eher problembewusst den Konsum heimlicher praktiziert, scheint besonders das ärztliche Personal, auch die Chefärzte und andere Führungskräfte die Alkoholproblematik oftmals abzuspalten. Das führt dann bislang noch zum öffentlichen Alkoholkonsum während der Arbeitszeit. Die schwierige Einbindung, insbesondere der Ärzte, in die relevanten Programmschritte, wurde schon von Rummel & Bellabarda (1998) beschrieben.

Ein quasi alles entscheidender Faktor ist die Konsensbildung (bzgl. des Standpunktes zum Alkoholkonsum im Betrieb) auf höchster Entscheidungsebene. Die Vorgesetzten aus der Geschäftsführung und der Ärzteschaft und die Mitglieder der Mitarbeitervertretung (Betriebsrat) werden die nächste Betriebsvollversammlung nutzen, um dazu Stellung zu beziehen.

Natürlich ist das nur ein erster (aber wichtiger) Schritt, der Signalwirkungen setzen soll.

Des weiteren wird insbesondere die Gruppe der Klinikleitung regelmäßiger Anregungen und Fortbildungen benötigen (siehe Kapitel 06).

Die Vernetzung des Systems im Kliniksetting, in der Region aber auch in dem Bewusstsein der Beschäftigten wird sich nur sukzessive und langfristig gestalten.

Die positive protektive Wirkung der Maßnahmen wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass jeder Angestellte das Engagement des Gesundheitszirkels und der Klinikleitung wahrnimmt. Dadurch verändern sich Wahrnehmungsmuster und betriebsinterne Trinkkulturen.

Das Kliniksystem ist ein deutlich hierarchisches Modell, dessen Spitze eine fundamentale Signalwirkung für alle anderen Subalternen ausübt. Der negative Fall bedeutet, dass eine Führungskraft durch wenige unbedachte Handlungen unabsehbar reichhaltige destruktive Impulse geben kann.

Aber im positiven Fall, kann durch ein geschlossenes konzeptgebundenes Handeln der Klinikleitung auf allen untergeordneten Ebenen, relativ schnell und effektiv positive Wirkungen erzeugt werden.

Ein fundiertes Präventionsprogramm sollte nach Hauß & Kirschner (1988) die folgenden 4 Faktoren beinhalten:

- 1- Problemwahrnehmung
- 2- Ist-Analyse und Präventionsprogramm - Entwicklung
- 3- Durchführung des Präventionsprogramms
- 4- Qualitätssicherung

Bislang sind die Programmpunkte 1 und 2 absolviert. Die nächsten Monate und Jahre werden für die Implementierung und Durchführung des Präventionsprogramms genutzt (Punkt 3).

Der 4. Punkt wird sowohl mittels konstanter Überprüfung des Programmablaufs durch den Gesundheitszirkels, der Klinikleitung und des Betriebsrates, als auch durch die, für 2007 geplante wiederholte Evaluation, stattfinden.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass die genannte Problematik nicht einmal und dann für alle Zeiten gelöst werden kann, sondern einen Prozess darstellt, der das Unternehmen in seiner Entwicklung begleitet und auch als Chance gesehen werden, um kontinuierlich wachsam und aufmerksam die Abläufe und Belange des Betriebes und seiner Beschäftigten zu verfolgen.

## 8. Zusammenfassung

Die vorliegende Studie diene hauptsächlich der Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum im betrieblichen Kontext einer Rehabilitationsklinik in Oberbayern.

Es bestand das Anliegen und die Notwendigkeit, den gegenwärtigen Status Quo des Suchtmittelkonsums (insbesondere Alkohol) der Beschäftigten der Klinik Höhenried zu evaluieren. Darüber hinaus sollte die Datenerhebung der geplanten Entwicklung eines betrieblichen Präventionsprogramms als Grundlage dienen.

Die Studie diene einer möglichst umfassenden und sicheren Bestandsaufnahme der alkoholismusauffälligen Beschäftigten der Klinik. Da dies im Hinblick auf die Konzeption eines Alkoholpräventionsprogramms geschieht, werden parallel neben der Erhebung der Alkoholismusausprägung auch relevante andere Daten abgefragt, wie z.B. Kooperationsbereitschaft und Offenheit, Nikotinkonsum, psychische und somatische Beschwerden (u.a.: unterschiedliche Schmerzempfindungen, psychovegetative Symptome, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Depressionen, Ängste, Konzentrationsprobleme, Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit, etc.). Des Weiteren Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich), Medikamentenkonsum, Essstörungen, Therapiewunsch, soziale Integration, Arbeitsplatz (mit und ohne Patientenkontakt) und soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand).

Wie im Theorieteil der vorliegenden Arbeit (S. 96 ff) bereits beschrieben, ist davon auszugehen, dass neben einer relativ kleinen Anzahl von Alkoholkranken, eine sehr viel größere Zahl von Beschäftigten steht, deren Konsum ein breites Alkoholismusspektrum, mit den entsprechenden negativen Effekten, ausweist. Dementsprechend konzentriert sich die Studie inhaltlich auf die Identifikation einer größeren, weitgefächerten Gruppe von alkoholismusauffälligen Beschäftigten und *nicht* primär auf die Identifikation und klinische Diagnostik von Alkoholabhängigen.

Die untersuchte Rehabilitationsklinik verfügte zum Zeitpunkt der Datenerhebung (August 2004) über 410 Betten. Die Behandlungsschwerpunkte sind sowohl kardiologische und orthopädische Rehabilitation und Anschlussheilverfahren (AHB), als auch psychosomatische Heilverfahren.

Die Belegschaft der gesamten Rehabilitationsklinik bestand zum Zeitpunkt der Datenerhebung aus insgesamt 301 Beschäftigten. Davon sind exakt 150 Beschäftigte an einem Arbeitsplatz *mit* Patientenkontakt tätig.

Die Erhebung von suchtrelevanten Daten, speziell im Klinikkontext, wird von Experten als ein schwieriges Projekt interpretiert, zu dem auch derzeit noch keine exakten Daten verfügbar sind (Fuchs, Rainer & Rummel, 1998; Rummel & Bellabarba, 1998; Puls, 2003).

Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die erwähnten Forschungsdefizite, indem eine (schriftliche) Mitarbeiterbefragung zum Substanzkonsum durchgeführt wurde.

Die schriftliche Befragung beinhaltete 99 Items. Es wurden folgende Instrumente genutzt:

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT ): Alkohol-Screening: 10 Items
- Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA): 6 Items
- Beschwerdeliste (B-L und B-L') von Zerssen, für psychische und somatische Beschwerden: 48 Items
- Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI -R) Skala Nr.10 „Offenheit“ :12 Items
- 15 zusätzliche Items: zur Zufriedenheit (beruflich, privat, körperlich), zum Medikamentenkonsum, zu Essstörungen, zum Therapiewunsch, zur sozialen Integration und demografische Items (Familienstand, Alter, Geschlecht, Schulabschluss)

Die Zielsetzung der vorliegenden Studie (die Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum im betrieblichen Kontext einer Rehabilitationsklinik in Oberbayern) kann als erfolgreich absolviert angesehen werden. Die Ergebnisse der Studie waren sehr reichhaltig und vielschichtig.

Von den 301 Beschäftigten wurden insgesamt 217 vollständig ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet. Damit konnte eine Ausschöpfungsquote von 72 % erreicht werden.

Die zufriedenstellende Offenheit (Ergebnisse der FPI-Subskala für Offenheit) und die hohe Kooperationsbereitschaft der Klinikbeschäftigten (gemessen an der Rücklaufquote) ist insbesondere deshalb beachtenswert und erfreulich, da der Schwerpunkt der Studie (Substanzkonsum), besonders für Mitglieder der helfenden Berufsgruppen, ein schwieriges und ambivalentes Konfliktthema darstellt.

Das zentrale Ergebnis der Studie ist die Quantifizierung der Beschäftigten mit auffälligen Alkoholismuswerten: Von den 157 Frauen, die den Fragebogen beantworteten, zeigten etwa 29 % (45 Frauen) auffällige Alkoholismuswerte. Von den 58 Männern zeigten etwa 19 % (11 Männer) auffällige Alkoholismuswerte. (Details S. 158 f.)

Die Profile der alkoholauffälligen männlichen Probanden sehen bzgl. der Alkoholkonsumgewohnheiten bedenklicher aus, als die der alkoholauffälligen Frauen: Diese Männer trinken häufiger, unkontrollierter, bei einer Gelegenheit höhere Mengen, mit mehr Schuldgefühlen und Aggression und werden häufiger kritisiert. Im Gegensatz dazu ist bei den alkoholauffälligen Frauen die tägliche Trinkmenge in Relation zu den geschlechtsspezifischen Alkoholkonsumgrenzwerten, höher.

**Es musste festgestellt werden, dass die größten Anteile an Probanden mit erhöhten Alkoholismuswerten in den jüngsten Altersgruppen anzutreffen sind. Die Studie offenbart ein bislang im Klinikalltag nicht sichtbares Phänomen, nämlich ein signifikantes Alkoholrisikoverhalten einer unerwartet hohen Anzahl von Betroffenen, insbesondere von**

**jungen Beschäftigten. Von den jüngeren Angestellten waren die jungen Frauen deutlich am häufigsten betroffen.**

Es wurden zahlreiche signifikante Merkmalszusammenhänge aufgedeckt (S. 173 f.). Die ermittelten Daten der Zusammenhangstestungen führten u.a. zu zwei Alkoholismusmodellen (S. 244 f.). Ein Modell zeigt die signifikanten Wechselwirkungen von Merkmalen, die den Alkoholismus der Männer betreffen: Der Alkoholismus der alkoholauffälligen Männer zeigte hohe, sehr signifikante Zusammenhänge mit der körperlichen Zufriedenheit und der Nikotinabhängigkeit. Das Modell des Bedingungsgefüges des weiblichen Alkoholismus zeigte hohe, sehr signifikante Zusammenhänge mit Essstörungen, privater und körperlicher Zufriedenheit und psychischen und somatischen Beschwerden. Diese Faktoren korrelieren ebenso mit der beruflichen Zufriedenheit, sodass für die Frauen ein (indirekter) Zusammenhang zwischen beruflicher Zufriedenheit und der Alkoholismusausprägung nachgewiesen werden konnte.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Studie wichtige, vorher nicht sichtbare Problemfelder in der Arbeitsumwelt der Reha-Klinik aufdecken und quantifizieren konnte.

Neben der differenzierten Analyse der Probanden mit auffälligen Alkoholismuswerten, konnten weitere Problemgruppen (insbesondere junge Beschäftigte mit hohen Alkoholismusausprägungen und hohen Raucheranteilen, beruflich Unzufriedene, junge Frauen mit Essstörungen, Frauen mit hohem Tablettenkonsum) quantifiziert werden.

Die Studie liefert damit reichhaltige Informationen, die für die Konzeption eines betrieblichen Präventionsprogramms genutzt werden können.

Im Kapitel 06 wird das Präventionsprogramm für die Rehabilitationsklinik dargestellt. Die Konzeption basiert (1) auf den Erfahrungswerten anderer Präventivprogramme, (2) den zu berücksichtigenden Besonderheiten des Klinikkontextes und (3) den Ergebnissen der vorliegenden Studie.

Von zentraler Bedeutung ist die Konsensbildung, insbesondere der leitenden Angestellten, zur Gesundheitspolitik und insbesondere zum Umgang mit Suchtmitteln in der Klinik. Die Alkoholismusprävention wird als integrativer Bestandteil eines umfassenden Gesundheitsprogramms implementiert. Die Kommunikationsstrukturen und –kompetenzen werden geschult und gefördert. Primäre Präventivmaßnahmen werden konzipiert und vorhandene verstärkt. Die sekundären und tertiären Maßnahmen werden durch die Entwicklung von Interventions- und Behandlungsnetzwerken vollzogen. Die Gesamtkonzeption wird von einem multiprofessionellen Gesundheitszirkel überwacht und gesteuert. Eine Nachuntersuchung ist für 2007 geplant.

# Anhang

<b>Inhalt</b>	<b>Seiten</b>
Das Anschreiben für die Probanden	274
Der Fragebogen (4 Seiten)	275
Adressen und Adressbücher für Suchtberatung und -therapie	280
Dienstvereinbarung „Sucht“	281

**Name des Beschäftigten**

**Matthias Ennenbach**

Diplom Psychologe

Psychotherapeut

Tel.: 08158 / 99 74 50

Klinik - Tel. : 2191

E-Mail: matthias.ennenbach@hoehenried.de

Bernried, der 06.07.04

**Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,**

**ich wende mich mit einer Bitte an Sie !** In der letzten Betriebsvollversammlung, am Mittwoch, den 23.06.04, habe ich mein Anliegen ja bereits vorgetragen:

**Seien Sie doch so nett und füllen mir den beigefügten Fragebogen aus.** Es dauert nur etwa 10 Minuten. Die Daten benötige ich persönlich für meine Doktorarbeit. Ihr ausgefüllter Fragebogen bleibt völlig anonym, die Daten sind ausschließlich für mich persönlich.

Werfen Sie den Fragebogen bitte in jedem Fall (möglichst bald) zurück in mein

**Postfach : Ennenbach Nr. 29.**

(Die Postfächer befinden sich jetzt am neuen Haupteingang, bei der Patientenaufnahme.)

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich jederzeit gerne an mich.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung !**

Mit freundlichen Grüßen

M. Ennenbach

**Bitte lesen Sie die Fragen gut durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an.**

<b>Ich leide unter folgenden Beschwerden</b>	<b><i>Stark</i></b>	<b>Mäßig</b>	<b>Kaum</b>	<b>Gar nicht</b>
01. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals				
02. Kurzatmigkeit				
03. Schwächegefühl				
04. Schluckbeschwerden				
05. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust				
06. Druck- oder Völlegefühl im Leib				
07. Mattigkeit				
08. Übelkeit				
09. Sodbrennen oder saures Aufstoßen				
10. Reizbarkeit				
11. Grübeleien				
12. Starkes Schwitzen				
13. Kreuz- oder Rückenschmerzen				
14. Innere Unruhe				
15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen				
16. Unruhe in den Beinen				
17. Überempfindlichkeit gegen Wärme				
18. Überempfindlichkeit gegen Kälte				
19. Übermäßiges Schlafbedürfnis				
20. Schlaflosigkeit				
21. Schwindelgefühl				
22. Zittern				
23. Nacken- oder Schulterschmerzen				
24. Gewichtsabnahme				
25. Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen				
26. Müdigkeit				
27. Gleichgewichtsstörungen				
28. Anfallsweise Atemnot				
29. Erstickungsgefühl				
30. Neigung zum Weinen				
31. Appetitlosigkeit				
32. Schluckauf				
33. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern				
34. Rasche Erschöpfbarkeit				
35. Angstgefühl				
36. Leibscherzen (Magen- oder Unterleib)				
37. Verstopfung				
38. Energielosigkeit				
39. Gelenk- oder Gliederschmerzen				
40. Konzentrationsschwäche				
41. Kalte Füße				
42. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit				
43. Leichtes Erröten				
44. Frieren				
45. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen				
46. Trübe Gedanken				
47. Innere Gespanntheit				
48. Taubheitsgefühl („Einschlafen“, „Absterben“, Brennen oder Kribbeln) in Händen und / oder Füßen				

**1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?**

- Nie
- 1 x im Monat oder weniger
- 2 – 4 x im Monat
- 2 – 4 x in der Woche
- 4 x oder mehr die Woche

**2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wieviel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?**

**(Ein alkoholphaltiges Getränk entspricht z.B. 0.25 l Bier, 0.1 l Wein/ Sekt, 3cl Spirituosen.)**

- 1 oder 2
- 3 oder 4
- 5 oder 6
- 7 - 9
- 10 oder mehr

**3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?**

- Nie
- weniger als einmal im Monat
- einmal im Monat
- einmal in der Woche
- täglich oder fast täglich

**4. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?**

- Nie
- weniger als einmal im Monat
- einmal im Monat
- einmal in der Woche
- täglich oder fast täglich

**5. Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man an Sie in der Familie, im Freundeskreis und im Berufsleben hat, nicht mehr erfüllen konnten?**

- Nie
- weniger als einmal im Monat
- einmal im Monat
- einmal in der Woche
- täglich oder fast täglich

**6. Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuss wieder fit zu fühlen?**

- Nie
- weniger als einmal im Monat
- einmal im Monat
- einmal in der Woche
- täglich oder fast täglich

**7. Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?**

- Nie
- weniger als einmal im Monat
- einmal im Monat
- einmal in der Woche
- täglich oder fast täglich

**8. Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?**

- Nie
- weniger als einmal im Monat
- einmal im Monat
- einmal in der Woche
- täglich oder fast täglich

**9. Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon einmal verletzt?**

- Nein
- Ja, aber nicht im letzten Jahr
- Ja, während des letzten Jahres

**10. Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?**

- Nein
- Ja, aber nicht im letzten Jahr
- Ja, während des letzten Jahres

	Stimmt	Stimmt nicht
1. Manchmal bin ich zu spät zu einer Verabredung oder zur Schule gekommen.		
2. Ich habe manchmal hässliche Bemerkungen über andere Menschen gemacht		
3. Manchmal schieb ich etwas auf, was ich sofort tun sollte		
4. Ich bin hin und wieder ein wenig schadenfroh		
5. Hin und wieder gebe ich ein bisschen an		
6. Manchmal bin ich beleidigt, wenn es nicht nach meinem Willen geht		
7. Ich spreche oft Drohungen aus, die ich gar nicht ernst meine		
8. Meine Tischmanieren sind zu Hause schlechter als im Restaurant		
9. Manchmal habe ich Gedanken, über die ich mich schämen muss		
10. Wenn ich irgendwo zu Gast bin, ist mein Benehmen meistens besser als zuhause		
11. Ab und zu erzähle ich auch mal eine Lüge		
12. Ich spreche manchmal über Dinge, von denen ich nichts verstehe		

1	Rauchen Sie ?  Falls Sie nicht rauchen, überspringen sie die nächsten 6 Fragen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gelegentlich
2.	Wieviel Zeit vergeht zwischen dem Aufwachen und ihrer ersten Zigarette ?	<input type="checkbox"/> 5 Minuten <input type="checkbox"/> 6 – 30 Minuten <input type="checkbox"/> 31 – 60 Minuten <input type="checkbox"/> Mehr als 60 Minuten
3.	Finden Sie es schwierig, an Orten , wo das Rauchen verboten ist, (z.B. Kirche, Bücherei, Kino, usw.) das Rauchen zu lassen ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.	Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen ?	<input type="checkbox"/> Die erste morgens <input type="checkbox"/> Andere
5.	Wieviel Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag ?	<input type="checkbox"/> Bis 10 <input type="checkbox"/> 11 – 20 <input type="checkbox"/> 21 – 30 <input type="checkbox"/> 31 und mehr
6.	Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7.	Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

	<b>Stark</b>	<b>Mäßig</b>	<b>Kaum</b>	<b>Gar nicht</b>
01. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen beruflichen Situation ?				
02. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen privaten Situation ?				
03. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen körperlichen Verfassung ?				
04. Wie hoch schätzen Sie Ihren täglichen Tablettenkonsum?				
05. Bemerkten Sie bei Sich ein gestörtes Essverhalten?				
06. Haben Sie den Wunsch, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen ?				
07. Leben Sie eher zurückgezogen ?				
08. Leben Sie eher gesellig ?				
09. Haben Sie Freunde, Verwandte, auf die Sie Sich verlassen können ?				

1- Leben Sie in fester Partnerschaft / Ehe ?	
2- Leben Sie alleinerziehend ?	
3- Leben Sie alleine, als Single ?	

<p><b>Ihr Alter:</b></p> <p><input type="checkbox"/> unter 20 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 20 bis 25 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 26 bis 30 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 31 bis 35 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 36 bis 40 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 41 bis 45 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 46 bis 50 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 51 bis 55 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 56 bis 60 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 61 bis 65 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> über 65 Jahre</p> <p><b>Geschlecht:</b></p> <p><input type="checkbox"/> weiblich</p> <p><input type="checkbox"/> männlich</p> <p><b>Ihr Schulabschluss:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kein Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Hauptschule</p> <p><input type="checkbox"/> Realschule</p> <p><input type="checkbox"/> Gymnasium</p> <p><input type="checkbox"/> Hochschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p><b><u>Bemerkungen:</u></b></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

## **Adressen und Adressbücher für Suchtberatung und -therapie**

In den folgenden Büchern sind zahlreiche Einrichtungen und Therapeuten mit Adressen und Telefonnummer aufgelistet, die sich u.a. auch auf Alkoholprobleme spezialisiert haben:

Beratungsführer (2002/2003): Die Beratungsstellen in Deutschland. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB) auch unter: [www.dajeb.de](http://www.dajeb.de)

Dorenberg-Kohmann, B. (Ed.) (2000): Einrichtungen in Stadt und Landkreis München. 10. Auflage.

### ***Selbsthilfegruppen im Internet***

Anonyme Alkoholiker (AA)	<a href="http://www.anonyme-alkoholiker.de">www.anonyme-alkoholiker.de</a>
Arbeitskreis Alkohol in der Arbeitswelt e.V.	<a href="http://www.aida-selbsthilfe.de">www.aida-selbsthilfe.de</a>
Blaues Kreuz in der Ev.Kirche Bundesverband	<a href="http://www.blaues-kreuz.org">www.blaues-kreuz.org</a>
Deutscher Guttempler-Orden	<a href="http://www.guttempler.de">www.guttempler.de</a>
Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe	<a href="http://www.freundeskreis-sucht.de">www.freundeskreis-sucht.de</a>
Homepage von Süchtigen für süchtige und Angehörige	<a href="http://www.drogeninfos.ch">www.drogeninfos.ch</a>
Kreuzbund e.V.	<a href="http://www.kreuzbund.de">www.kreuzbund.de</a>
Suchtinformationsserver Jugend hilft Jugend e.V.	<a href="http://www.jugend-hilft-jugend.de">www.jugend-hilft-jugend.de</a>

Weitere hilfreiche Internetseiten:

<http://www.managermagazin.de/life/gesundheit/0,2828,214782,00.html> und  
[www.alkoholhilfe.de/Broschueren/Basis\\_Info\\_DHS.pdf](http://www.alkoholhilfe.de/Broschueren/Basis_Info_DHS.pdf)

# Dienstvereinbarung

## Strukturierter Ablauf im Umgang mit Suchtmittelerkrankten

1. Schritt: Vertrauliches Gespräch zwischen Vorgesetztem (a) und Betroffenen (b).  
Der Suchtbeauftragter (c) kann hinzugezogen werden.  
Das Gespräch hat keine direkten Konsequenzen es werden aber verbindliche Vereinbarungen bzgl. Leistungen und Arbeitszeiten getroffen.
2. Schritt: Falls keine Verbesserung der Situation festzustellen ist, erfolgt nach spätestens 2 Monaten das 2. Gespräch der 3 Personen a, b, c, + Personalrat (d)  
Auflage werden festgelegt: Fristsetzung für die Inanspruchnahme einer Suchtberatung (externe Suchtberatungsstelle, ein Nachweis ist zu erbringen).  
Konsequenzen (Abmahnung, mögliche Kündigung, werden angedroht).
3. Schritt: Falls keine Verbesserung der Situation festzustellen ist, erfolgt nach spätestens 2 Monaten das 3. Gespräch der 4 Personen a, b, c, d.  
Auflagen:       - Keine einzelnen Urlaubstage  
                  - Abmeldungen bei Krankheit in festgelegter Weise  
                  - Innerhalb von 2 W. Nachweis für Suchtberatung.
4. Schritt: Falls die Absprachen nicht eingehalten werden, erfolgt nach spätestens 2 Wochen das 4. Gespräch der 4 Personen a, b, c, d.  
  
***Er erfolgt die 1. offizielle Abmahnung.***  
Auflagen       - Innerhalb von 2 W. Nachweis für Suchtberatung.  
  
Falls die Absprachen nicht eingehalten werden, erfolgt nach spätestens 2 W die 2. offizielle Abmahnung. Der Suchtberatungsnachweis ist zu erbringen.
5. Schritt: Die nächste Auffälligkeit führt automatisch zur Kündigung.
- 
6. Schritt: Der Gekündigte erhält eine Wiedereinstellungszusage. Die Wiedereinstellung erfolgt bei nachgewiesener Entwöhnungsbehandlung und gilt für 2 Jahre.
7. Schritt: Bei Rückfälligkeit wird das Verfahren wieder beim 3. Schritt weitergeführt.

# Literatur

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2004): Sucht 50 (2) 102-112 (2004)

Ärztezeitung (2000): unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2000/01/25/012a0403.asp?cat=/medizin/alkohol>

Agarwal, D.P. & Goedde, H.W. (1984) : Alkohol metabolisierende Enzyme: Alkoholunverträglichkeit und Alkoholkrankheit. In: Zang, K.D. (hrsg.) Klinische Genetik des Alkoholismus. Kohlhammer, Stuttgart Berlin, Köln, Mainz, S 65-89.

Agarwal, D.P. & Goedde, H.W.: Genetik des Alkoholismus. In: Kisker, K.P., Lauter, H., Meyer, J.-E., Müller, C. Strömgen (Hrsg.): Abhängigkeit und Sucht. Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 3, Springer, Berlin 1987.

Alexander, B.K., Hadaway, P.& Combs, R. (1980) Rat Park Chronicle. In: British Columbia Medical Journal, 22, No.2 (Feb.).

Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21, 613-619.

Anderer, T. (1993): Rauschende Triumphe. Business-Drogen. Forbes, 2, 49-53

Arbter, P.A., Backhaus, T. Bercker, D., et al.: (1999): Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von schädlichem Alkoholgebrauch und Alkoholabhängigkeit im niedergelassenen Bereich Verlagsgesellschaft, Witten 1999

Babor, T.F.; de la Fuente, J.R.; Saunders, J.; and Grant, M.(1992): AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Babor, T.F., Hofman, M., DelBoca, F.K., Hesselbrock, V., Meyer, R.E., Dolinsky, Z.S., Rounsaville, B. (1992): Types of alcoholics, I. evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch Gen Psychiatry 49

Badura, B. & Pfaff, H. (1989): Stress, ein Modernisierungsrisiko ? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 41, 644-668.

Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, Ch. (2004): Fehlzeiten-Report 2003. Springer

Balint, M.: Angstlust und Regression. Klett, Stuttgart 1960.

Balint, M.: Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Klett. Stuttgart 1970

Bamber, E. (2000): Psychische Belastungen: Begriffe und Konzepte. In: Badura, B., Litsch, M. & Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 1999 – Psychische Belastungen am Arbeitsplatz (S. 45-57). Berlin, Heidelberg: Springer.

Bandura, A. (1969): Principles of behaviour modification. New York: Holt, Rhinehart and Winston.

- Bandura, A.: Lernen am Modell. Klett, Stuttgart 1976
- Bandura, A. (1979): Soziale-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barnes, G.E. (1980): Characteristics of clinical alcoholic personality. J. Stud. Alcohol 41, 894.
- Bastide, R. (1973): Soziologie der Geisteskrankheiten. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Becker, U., Deis, A., Sorensen, T.I.A., Gronbaek, M., Borch-Johnsen, K., Müller, C.F., Schnohr, P. & Jensen, G. (1996): Prediction of risk of liver disease by alcohol intake, sex, and age: a prospective population study. Hepatology 1996; 23: 1025–1029.
- Beiglböck W (1994). Alkohol am Arbeitsplatz - Probleme und Handlungsmöglichkeiten der Arbeitnehmersvertretungen. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung (17) 3/4, 47 - 53.
- Bellarbarba, J. & Schnappauf, D. (Hrsg.) (1996): Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Verlag für Angewandte Psychologie Hogrefe, Göttingen.
- Benkers, O. & Hippus, H. (2004): Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. 5. Auflage.
- Beratungsführer (2002/2003): Die Beratungsstellen in Deutschland. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB) auch unter: [www.dajeb.de](http://www.dajeb.de)
- Beresford, T. P., Blow, F. C., Hill, E., & Lucey, M. R. (1990). Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. Lancet, 336, 482-485.
- Berger, H. & Legnaro, A. (1980). Die Karriere von Jugendlichen zum Alkoholiker. In: H. Berger, A. Legnaro & K.-H. Reuband (Hrsg.). Jugend und Alkohol. Trinkmuster, Suchtentwicklung und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Berger, K. & May, B. (1989): Fehlzeitverhalten chronischer Alkoholiker in einem Großbetrieb – Untersuchungsergebnisse. Suchtgefahren, 35.Jg. Heft 3, 145-163
- Besson. J. (2002): Ganzheitlicher Ansatz der Alkoholsucht. Curriculum Schweiz Med Forum Nr.21 Mai 2002. Unter: [http://www.medicalforum.ch/pdf\\_d/2002/2002-21/2002-21-436.PDF](http://www.medicalforum.ch/pdf_d/2002/2002-21/2002-21-436.PDF)
- Bilitza, K. (1985): Prävention von Alkoholmißbrauch und Alkoholismus am Arbeitsplatz. In: Zeitschrift für Arbeit- und Organisationspsychologie. 29.
- Bilitza, K. (1985b): Prävention von Alkoholmissbrauch und Alkoholismus am Arbeitsplatz. In: Psychologie und Praxis, Nr.29, S. 82-87
- BKK Landesverband NW in Zusammenarbeit mit dem BKK Bundesverband (1999): BKK – Informationen für betriebliche entscheidungsträger. Zwei, die nicht zusammenpassen: Alkohol und Arbeitswelt. Team BKK Gesundheit, Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Essen.
- Black, J.E. & Greenough, W.T. (1991): Development approaches to the memory process. In: Martinez, J.L. & Kesner, R.P. (eds.): Learning and Memory. San Diego: Academic Press; 61-92
- Bleich, S., Havemann-Reinecke, U. & Kornhuber, J. (2002): Fagerström – Test für Nikotinabhängigkeit. Beltz Test GmbH Göttingen
- Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. J Stud Alcohol Jul: 423-432.

- Borgers D.(1988): Rauchen und Berufe – Rauchverhalten bei 125 ausgewählten Berufen. Prävention 1988; 11; 12-15
- Born, J. (1984a): Einige vorgängige Erläuterungen zu theoretischen Grundlagen des Belastungs-, Beanspruchungs-, Bewältigungsmodells. Unveröffentlichtes Manuskript, Frankfurt am Main.
- Born, J. (1984b): Riskante Problemlösungen. Die Bewältigung alltäglicher Belastungen und der Konsum von Alkohol/Tabak/Medikamenten. Unveröffentlichtes Manuskript, Frankfurt am Main.
- Borsari, B. & Carey, K. B. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 728–733.
- Bottlender, M., Scharfenberg, C.D. & Soyka, M. (2003): Evaluation der ambulanten Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten: Ergebnisse zum Verlauf nach Therapie: 2-Jahres-Katamnese München, unter: <http://www.scientificjournals.com/sj/sfp/Pdf/aId/5957>
- British Medical Association: Alcohol: Guidelines on sensible drinking. London: British Medical Association 1995.
- Bronisch, T.H. & Wittchen, H.-U. (1992): Lifetime an 6 month prevalence of abuse and dependece of alcohol in the Munich follow – up Study. *Europ. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 241. 273 - 282
- Bühringer G & Simon R (1992). Die gefährlichste Psychoaktive Substanz. *Epidemiologie zum Konsum und Mißbrauch von Alkohol.* psycho (18) 3, 156 - 162.
- Bühringer, G. (1996). Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. In J. Margraf (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 2) (S. 215-245). Berlin: Springer.
- Bühringer G, Augustin R, Bergmann E, Bloomfield K, Funk W, Junge B, Kraus L, Merfert-Diete C, Rumpf H-J, Simon R, Töppich J (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Bd. 128. Baden-Baden: Nomos.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (1996): „Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken Alkohol-Drogen-Medikamente“, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1986): Bericht der Bundesregierung über die gegenwärtige Situation des Missbrauchs von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten in der Bundesrepublik Deutschland und die Ausführung des Aktionprogramms des Bundes und der Länder zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmissbrauchs (Drucksache 10/3540). Bonn: Bonner Universitäts-Druckerei.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (1995): Repräsentativerhebung 1994, Bonn.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.) (1992). *Aktionsgrundlage 1990 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Teilband: Alkoholkonsum. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der Bevölkerung ab 14 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West). Köln: Autor.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1994): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 1993/94*, BzGA, Köln 1994
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.) (1996). *Der Mensch ist, was er ißt! Ein Ernährungswegweiser und Ratgeber bei häufigen ernährungsabhängigen Gesundheitsstörungen*. Köln.

- Campbell, R.L. & Langford, R.E. (1995): Substance abuse in the workplace. Boca Raton: CRC Press, Lewis Publishers.
- Caplan, G. (1964): Principles of Preventive Medicine. London
- Capra, F. (1988): Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild. Knaur Verlag.
- Capra, F. (1990): Das Neue Denken. Scherz Verlag.
- Christians, R. (1990): Alkohol am Arbeitsplatz. In: Personalwirtschaft, 17.Jg.,Nr.7,S11
- Clifford et al. (1981): Preliminary findings from a twin study of alcohol use. In: Gedda, Parisi, Nance (eds) Twin research, vol 3 Alan R. Liss, New York, p 47
- Cloninger, C.R., Bohman, M., Sigvardsson, S., (1981): Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. Arch Gen Psychiatry 38
- Cloninger, C.R.(1987): Recent advances in family studies of alcoholism. In: Goedde, H.W. & Agarwal, D.P. (eds.): Genetics and Alcoholism. Liss, New York, p.47-60
- Costello, R.M. (1975): Alcoholism treatment and evaluation: In search of methods. Int. J. Addict 10: 251-275.
- Cotton, N.S. (1979): The familial incidence of alcoholism. A review. Quart. Journal Alcohol 40, p. 89-116
- Cooper, M.L., Russell, M. & George, W.H. (1988): Coping, expectancies and alcoholabuse: A test of social learning formulations. Journal of Abnormal Psychology, 97 (2), 218-230.
- Crum, R.M., Muntaner, C., Eaton, W.W., Anthony, J.C. (1995): Occupational stress and the risk of alcohol abuse and dependence. Alcohol Clinical and Experimental Research, Vol. 19, No. 3, S. 647-655.
- Csiernik, R. (1995): A review of research methods used to examine employee assistance program delivery options. Evaluation and Program Planning, 18 (1) 25-36.
- De Jong, C.A.J., Brink, W. van der, Hartefeld, F.M. & Wielen, E.G.M. van der (1993): Personality disorders in alcoholics and drug addicts. Comprehens. Psychiat.34, S. 87-94
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, 1997): Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland, Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS): Website: Epidemiologie des Konsums psychotroper Substanzen: <http://www.dhs.de/veroeffentlichungen/epidemiologie.htm>
- Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) (1990): Alkoholprobleme am Arbeitsplatz. Informationen und Hilfen. Kassel: Nicol-Verlag
- Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) (1996): Jahrbuch Sucht. Geesthacht
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). (2003). Jahrbuch Sucht 2004. DHS: Hamm.
- DIFA FORUM e. V (1997): Deutsche Initiative zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit alkoholhaltigen Genussmitteln, Wiesbaden. Unter: [http://www.difa-forum.de/arbeit/home\\_a.html](http://www.difa-forum.de/arbeit/home_a.html)

„Diagnostische und Statistische Manual“ der American Psychiatric Association in 4. Fassung DSM-IV (1994)

Donovan, D. M. & Marlatt, G. A. (1993). Behavioral treatment. In M. Galanter (Ed.), Recent developments in alcoholism. Volume 11: Ten years of progress (pp. 397–411). New York, NY: Plenum Press.

Drew, L.R.H. (1968): Alcoholism as a self-limited disease. *Quart.J.Stud. Alcohol* 29: 956-967

Edwards G, ed.: Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke 1997.

Eifler, S. (1997): Einflußfaktoren von Alkoholkonsum. Sozialisation, Self-Control, und Differentielles Lernen. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Elsesser, K. & Satory, G. (2001). Medikamentenabhängigkeit. Göttingen: u.a. Hogrefe.

Emrick, C.D. (1974): A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationship of outcome criteria and drinking behaviour following treatment. *Q. J. Stud. Alcohol* 35 : 88.

Emrick, C.D., Tonigan, S., Montgomery, H. & Little, L. (1993): Alcoholic Anonymous: What is currently known ? In: McCrady, B.S. & Miller, W.R. (eds.): Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives. Alcohol Research Documentation. Rutgers University, New Brunswick (p. 41-79)

Engels, F. (1845 / 1964): Die Lage der arbeitenden Klasse in England. Berlin. Dietz Verlag

Ermann, M.(1995): Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer.

Fahrenberg, J. Hampel, R. & Selg, H.(1994): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI – R. 6., ergänzte Auflage, Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen

Feser, H. (1997): Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern. Arbeitshefte Führungspsychologie. Bd 26. Sauer - Verlag

Feuerlein, W. (1974): Der Alkoholiker im Betrieb. In: Maul, D. (Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz. Ein Reader, Neuland-Verlag, Hamburg 1979, S. 64-67.

Feuerlein, W. (1979): Alkoholismus – missbrauch und Abhängigkeit. Thieme Verlag Stuttgart

Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C. & Antons, K. (1979 b): Münchner Alkoholismustest. (MALT): Weinheim: Beltz.

Feuerlein, W. (1989). Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung-Folgen-Therapie (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Feuerlein, W. (1996): Zur Mortalität von Suchtkranken. In: Mann, K., Buchkrmer, G. (Hrsg.): Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Fischer, Stuttgart.

Feuerlein, W., Kufner, H. & Soyka, M. (1998): Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 5. Auflage.Thieme.

Feuerlein, W. (1999): Alkoholismus. Warnsignale, Vorbeugung, Therapie. C.H.Beck Verlag

- Finarete, H. (1988) Heavy Drinking - The Myth of alcoholism as a Disease. University of California Press, USA.
- Fichter, M.M., Weyerer, S., Kellnar, S. & Dilling, H. (1986): Zur Epidemiologie des Alkoholismus. *Med. Welt* 37. 752 - 757
- Fichter, M. (1997): Epidemiologie von Alkoholmißbrauch und Abhängigkeit. In: Soyka, M. & Möller, H.J. (Hrsg.): *Alkoholismus als psychische Störung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer: 1-11.
- Fiellin, D.A., Reid, M.C., O'Connor, P.G. (2000). Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review. *Arch Intern Med.* 2000;160:1977-89.
- Fleming, M. F., Manwell, L. B., Barry, K. L., Adams, W. & Stauffacher, E. A. (1999). Brief physician advice for alcohol problems in older adults: A randomized community-based trial. *Journal of Family Practice*, 48, 378–384.
- Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A. & Barry, K. L. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 36–43.
- Forsberg, L., Ekman, S., Halldin, J. & Rönnerberg, S. (2000). Brief interventions for risk consumption of alcohol at an emergency surgical ward. *Addictive Behaviors*, 25, 471–475.
- Franke, A., Mohn, K., Sitzler, F., Welbrink, A. & Witte, M. (2001). *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit von Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren*. Weinheim: Juventa.
- Freud, A. (1989): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Fischer Verlag
- Freud, S. (1942): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. GW Bd. 5. Imago, London
- Frick, U., Rehm, J., Thien, U. & Spuhler, T. (1996). Zur Konstruktion und Validierung eines Indikators für Alkoholprobleme in der schweizerischen Gesundheitsbefragung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41 (3), 133-142.
- Fuchs, R. (1992): Sucht am Arbeitsplatz. Ein nicht mehr zu verleugnendes Thema. In: *Sucht*, 1, S. 48-55.
- Fuchs, R. (1995): Suchtprävention am Arbeitsplatz. In: Mann, K. & Buchkremer, G.: *Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland*. Sucht Sonderband, Neuland Geesthacht, 150-154.
- Fuchs, R. & Resch, M. (1996): *Arbeitsmanual „Alkohol und Arbeitssicherheit“*. Hogrefe - Verlag
- Fuchs R, Petschler T. (1998): Betriebswirtschaftliche Kosten durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. In: Fuchs R, Rainer L, Rummel M (Hrsg). *Betriebliche Suchtprävention*, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998
- Fuchs, R., Rainer, L., Rummel, M. (1998): *Betriebliche Suchtprävention*. Verlag für angewandte Psychologie Göttingen.
- Fuchs, Rainer, Rummel & Schönherr (1998): In: Fuchs, R., Rainer, L., Rummel, M. (1998): *Betriebliche Suchtprävention*. Verlag für angewandte Psychologie Göttingen.
- Funke, W., Schickentanz, B. (2002). *Medikamente*. In Fengler, J. (Hrsg.). *Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung - Therapie - Prävention; 100 Schlüsselbegriffe* (S. 19 – 24). Landsberg/Lech: Ecomed Verlagsgesellschaft.

- Garn, S.M. (1985): Continuities and changes in fatness infancy through adulthood. *Current Problems in Pediatrics*, 15, 5-47.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2000): Was sind Ess-Störungen? Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung, Weinheim-Basel 2000.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2004): Magersucht und andere Essstörungen. Aus Politik und Zeitgeschichte (B1-2/2004) unter: Quelle:[http://www.bpb.de/publikationen/WYUC2K,0,0,Magersucht\\_und\\_andere\\_Esst%F6rungen.html](http://www.bpb.de/publikationen/WYUC2K,0,0,Magersucht_und_andere_Esst%F6rungen.html)
- Glaeske, G. (2002): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2003* (S 51 – 76). Göttingen. Hogrefe.
- Gleick, J. (1990): *Chaos – Die Ordnung des Universums*. Knauer. Verlag.
- Glöckner-Rist, A., Rist, F. & Kufner, H. (Hrsg.): (1974 – 2003) *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA)
- Gmel, G. (1996). Antwortverhalten bei Fragen zum Alkoholkonsum – Non-response-bias in schriftlichen Nachbefragungen. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 22 (2), 285-301.
- Gohlke, H., Gohlke-Bärwolf, C., Peters, K., Schmitt, M., Katzenstein, M., Gaida, C., Schneider, E., Roskamm, H.(1998): Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule. Eine prospektive kontrollierte Studie.
- Goldblatt, P.B., Moore, M.E. & Stunkard, A.J. (1965): Social factors in obesity. *Journal of the American Medical Association*, 192, 1039-1044.
- Goodwin et al. (1976): *Is alcoholism hereditary ?* Oxford University Press. New York
- Greiner, B., Rummel, M. & Fuchs, R. (1998) In: Fuchs, R., Rainer, L., Rummel, M. (1998): *Betriebliche Suchtprävention*. Verlag für angewandte Psychologie Göttingen.
- Gröben, F & Szibor, D. (2000): Umfrage bei Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen. Universität Karlsruhe (TH) Institut für Sport und Sportwissenschaft. Prof. Dr. Klaus Bös
- Handmaker, N. S., Miller, W. R. & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 285–287.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Dilling, H., & John, U. (1998). Substance use, abuse and dependence among the adult population in a rural and urban region of Northern Germany. *European Addiction Research*, 4, 208-209.
- Hauß, F. & Kirschner, W. (1988): Krankenstand und Gesundheitsförderung im Betrieb – Überlegungen zu einer systematischen betrieblichen Gesundheitsförderung. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, 42.Jg. Nr.9, S. 278-280
- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A. & Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 15, 29–38.
- Heather, N. (1998). Using brief opportunities for change in medical settings. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 133–147). New York, NY: Plenum Press.

- Heatherston, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. & Fagerström, K.-O. (1991): The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a reversion of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Brit J Addict*, 86, 11109 – 1127.
- Helmert, U. & Borgers, D. (1998): Rauchen und Beruf. Eine Analyse von 100 000 Befragten des Mikrozensus 1995. *Bundesgesundheitsblatt* 1998; 41: 102 - 106
- Helzer, J.D. & Pryzbeck, T.R. (1988): The cocurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J. Stud. Alcohol* 49: 219-224.
- Hemmingsson, T. & Lundberg, I. (1998): Work control, work demands, and work social support in relation to alcoholism among young men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (4), 921-927.
- Henkel, D. (1992): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge (Psychologie sozialer Ungleichheit, Bd. 3). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Herbst, K., Schumann, J. & Kraus, L. (1994): Zusatz- und Kontrolluntersuchung im Rahmen der Bundesstudie: Repräsentativerhebung zum Konsum und Missbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. (Reihe IFT-Berichte, Bd. 73). München Institut für Therapieforchung.
- Hoegg, U. (1988): Die Rolle des Betriebsarztes bei der Rehabilitation von Suchtkranken im Betrieb. In: Knischewski, E. (Hrsg.) (1988): *Alkohol im Betrieb*. Kassel, S. 25-42
- Hoek, H. (1995): The ditributionof eating disorders. In: Brownell, K.D. & Fairburn, C.G. (Hrsg.): *Eating disorders an obesity*. New York. Guilford Press.
- Hölzl, E., Hoffmann, P. & Beiglböck, W. (1994): Alkohol am Arbeitsplatz. Ergebnisse einer Umfrage unter Betriebsräten und Personalvertretern. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* (17) 3/4, 7 - 12.
- Hoffmann, S.O. & Hochapfel, G. (1979): Einführung in die Neurosen lehre und Psychosomatische Medizin. (UTB) Schattauer, Stuttgart.
- Hoffmeister, H., Stolzenberg, H., Schön, D., Thefeld, W., Hoelz, & Schröder E. (1988): Nationaler Untersuchungssurvey und regionale Untersuchungssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Band II: Ergebnisse einer Grundauswertung von Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Blutdruck, Rauchgewohnheiten, Thiocyanat. DHP-Forum, Berlin 1988.
- Holder, H.D., Lennox, R.D. & Blose, J.O. (1992): The economic benefits of alcoholism treatment: a summary of twenty years of research. *J. Employee Assist. Res.* 1. 63 - 82
- Holly, A., Türk, D., Nelson, C.B., Pfister, H. & Wittchen, H.-U. (1997). Prävalenz von Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26 (3), 171-178. Göttingen: Hogrefe.
- Holly, A. & Wittchen, H.-U. (1998). Patterns of use and their relationship to DSM-IV abuse and dependence of alcohol among adolescents and young adults. *European Addiction Research*, 4/98, 50-57. Basel: Karger AG.
- Horgan, C.M. (1993): Substance Abuse: The Nation's Number One Health Problem. Prepared by Institute for Health Policy, Brandeis University for the Robert Wood Johnson Foundation. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation
- Hoth, A. (1994): Alkoholismus bei Auszubildenden in Magdeburg. *Sucht*, 40, 2/1994, 12-23.

Hrubec & Omenn (1981): Evidence of genetic predisposition to alcoholic cirrhosis and psychosis: twin concordance for alcoholism and its biological end points by urogenitality among male veterans. *Alcoholism Clin Exp Res* 5: 207-215

Hsu, L.K.G. (1990): *Eating disorder*. New York Guilford Press.

Hüllinghorst, R. (1996): Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: DHS (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 1997*. Neuland. Geesthacht.

Hüllinghorst, R. (1996 b): Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 1997*. S. 128-134. Geesthacht. Neuland

Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung und Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (1997): *Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern. Ein Überblick über die repräsentativen Jugendgesundheitsstudien in Bayern von 1973 bis heute*. München.

IGM (2001): Zeitschrift „Gesünder @rbeiten“. Ausgabe 14. Sept. 2001

„International Classification of Diseases“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in 10. Version (ICD-10) (1992)

Ißler, E.S. (2003): *Alkoholkonsum und Alkoholprobleme am Arbeitsplatz*. Dissertation Uni-Tübingen

*Jahrbuch Sucht 1995, 1996, 1997, 1999, 2003* Neulandverlag Geesthacht

Janes, C.R. & Ames, G. (1993): *The Workplace*. In: Galanter, M. (Hrsg.), *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 11: Ten Years of Progress (pp. 123-141). New York: Plenum Press.

Jellinek (1960): *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse

Jeuck, G. (1999). *Frauen – Medikamentenabhängigkeit und Behandlung*. In Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Die Süchte der Frauen: Angebote zur Hilfe auf dem Prüfstand* (S. 48-63). Hannover.

Jones, M.C. (1968): Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. *J. consult. Clin. Psychol.* 32, p. 2-12.

Jung, C.G.(1935): *Die Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewussten*. 2. Aufl., Rascher & Co, Zürich

Junge, B.(1998): *Tabak. Zahlen und Fakten zum Konsum*. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 1998*. Neuland, Geesthacht

Kaji (1960): *Alcoholism in twins. Studies on the etiology and sequels of abusos of alcohol*. Almqvist & Winkell, Stockholm, p 144

Kandel, E.R. (1991): Cellular mechanisms of learning and the biological basis of individuality. In: Kandel, E.R., Schwartz, J.H. & Jesell, T.M. (eds.): *Principles of Neural Science*. 3rd ed. New York, Amsterdam, London, Tokyo: Elsevier, 1009-31.

Kastner (1995): In: *Der Spiegel* 30 / 1995, S 108

Kendell, R.E. (1987): *Drinking sensibly*. *British Journal of Addictions*, 82. 1279-1288.

- Keup, W. (1993): Mißbrauchsmuster bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen. Frühwarnsystem-Daten für die Bundesrepublik Deutschland. 1976-1990. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kielholz, P & Ladewig, D. (1972): Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. Lehmann, München.
- Klein, M. (1962): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Klett. Stuttgart.
- Klein, M. (1996): Alkohol und Gewalt – zwei archaische Begleiter des Menschen auf dem Weg durch die Postmoderne. In: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.): Alkohol, Konsum und Mißbrauch – Alkoholismus, Therapie und Hilfe. Lambertus, Freiburg (S. 86 – 103)
- Kleinsorge, H., Thiess, A.M. (1979): Risikofaktor "Alkohol". In: Maul, D.(Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz. Ein Reader. Neuland-Verlag, Hamburg, S. 120-129.
- Klepsch R, & Fuchs R. (1998): Entwicklung und Entwicklungsstand amerikanischer und kanadischer Alkohol-Präventionsprogramme. In: Fuchs R., Rainer L., & Rummel M. (Hrsg). Betriebliche Suchtprävention, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998: 257-279
- Klotter, C. (1999): Historische und aktuelle Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung – Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht. In: Oesterreich, R. & Volpert, W. (Hrsg.): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung (S. 23-61). Bern: Huber
- Keel, P.M. & Klump, K.L. (2003): Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology, in: Psychological Bulletin, 129 (2003), S. 747 - 769
- Knäbel, H.(1990): Alkohol- und Medikamentenmißbrauch unter Krankenhausbeschäftigten. Medizinische Dissertation Universität Freiburg.
- Kohut, H.: Narzissmus. Suhrkamp. Frankfurt/M. 1973
- Kraus, L. (1996): Ergebnisse der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen 1995. In: DHS: Jahrbucht Sucht 1997. Neuland Geesthacht
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998): Repräsentativerhebungen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997, Sucht 44. Jahrgang, Sonderheft 1, September 1998
- Kraus, L. & Augustin, R. (2000): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht 2001; 47 (Sonderheft 1).
- Kreitman, N. (1986): Alcohol consumption and the preventiv paradox. Brit. J. Addict. 81. 353 – 363.
- Kryspin-Exner, I. (1994). Alkoholismus. In H. Reinecker (Hrsg). Lehrbuch der Klinischen Psychologie. (2. Aufl.) (S. 267-297). Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H (1981): Ambulante Therapie von Alkoholabhängigen. Empirische Ergebnisse und Indikation. In. Keup, W. (Hrsg.): Behandlung der Sucht und des Missbrauchs chemischer Stoffe. Thieme, Stuttgart 73-82.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für die Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren 34. 157 - 271

- Küfner, H. & Feuerlein, W. (1989): In Patient – Treatment for Alcoholism. A Multi – Centre Evaluation Study. Springer, Berlin.
- Künzl, R. (1993): Alkohol im Betrieb. Betriebs-Berater 1581 – 1588 und 1876
- Kushner, M.G., Sher, K.J. & Breitman, B.D. (1990): The relationship between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J. Psychiatry* 147: 685-695
- Kuntz, E.(1984): Alkohol als soziale und ökonomische Belastung. *Münch Med Wschr* 126: 549-552
- Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (1995). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmißbrauch und –abhängigkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24 (2), 118-146. Göttingen: Hogrefe.
- Ladd, C.O., Rebecca, L. Huot, R.L., Thriyakrama; K.V., Nemeroff, C.B., Meaney, M.J. & Plotsky, P.M. (2000): Longterm behavioural and neurocrine adaptations to adverse early experience. In: Mayer, E.A. & Saper, C.B. (eds.): *The Biological Basis for Mind Body Interactions*. Progress in Brain Research; 122. Amsterdam: Elsevier Science B.V.
- Landesbank Berlin (1995): Problem und Lösung. Eine Broschüre im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms der Landesbank Berlin.
- Landesstelle für landwirtschaftliche Marktkunde (LLM) (2000): Marktwirtschaftliche Erzeugerberatung. Unter: <http://www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg.de/la/lel/llm/meb/kap721.htm>
- Längle G; Günthner A & Mann K (1995). Alkoholismus im Betrieb - was tun? In: Mann & Buchkremer (Hrsg) (1995): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Sonderband 1995. 155 - 159.
- Langecker, F. (1989): Alkohol fordert die Besten. In: *Personalwirtschaft* 16.Jg. Nr.9, S.15-17
- Latta, D. (1994). Frauen und Medikamente – Besonderheiten in der Arbeit mit medikamentengefährdeten/ -abhängigen Frauen. In DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 1995* (S. 79 – 92). Geesthacht: Neuland.
- Lauser, P. (2005): *Wege zur Gelassenheit*. Rowohlt Verlag
- Lausser, A., Bess, R., Thiele, W. & Schneider, B. (1986): *Alkoholkonsum und Prävention in der Arbeitswelt*. Strukturforschung im Gesundheitswesen. Berlin: Technische Universität.
- Lazarus, R.S. (1966): *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc-Graw Hill.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S.: *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York 1984
- Ledermann, S. (1956a): *Mesures du degré d'intoxication alcoolique d'une population*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Ledermann, S. (1956b): *Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Données scientifiques de caractère psychologique, économique et sociale*. Institute National d'Etudes Démographiques, Paris.
- Lemmer, R. (1988): Feuchtbiotop im Betrieb. *Wirtschaftswoche* 40: 43 - 54
- Lenfers, H. (1988 ): *Das ungebremste Risiko. Alkohol und Mitarbeiter.Eine Praxishilfe für Vorgesetzte*. Frankfurt a. M., S. 210.

- Lindenmeyer, J. (1998): Lieber schlau als blau (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lindenmeyer, J. (1999): Alkoholabhängigkeit. Hogrefe
- Littelton, J. (1995). Acamprosat in Alcohol Addiction: How does it work? In: *Addiction* 90, S. 1179-1188.
- Longnecker, M. P. & Enger, S. M., (1996): Epidemiologic data on alcoholic beverage consumption and risk of cancer. *Clin. Chim. Acta* 246, Nr. 1 - 2.
- Löser, H. (1995): *Alkoholembropathie und Alkoholeffekte*. Fischer Verlag.
- Loevenich, A., Schmidt, R. & Schifferdecker, M. (1996): Ärzte als Patienten – zur Problematik des psychisch kranken Arztes. *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 64, S. 344-352.
- Lorenz, H. (1988 ): Betriebliche Sozialarbeit als Beitrag zur Humanisierung der Arbeitswelt. In: Gehrman, H.-J.; Lorenz, H, Schimmelpfennig, A. (1988): *Sozialpolitik und Sozialarbeit in der Verwaltung*. Zweite überarbeitete Auflage, Heidelberg, S. 191-246.
- Luhmann, N. (1987): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp Verlag.
- McAndrew, C. (1965): The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI. *Quart. J. Stud. Alcohol* 26, 238
- McIntosh, M. C., Leigh, G., Baldwin, N. J. & Marmulak, J. (1997). Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Canadian Family Physician*, 43, 1959–1967.
- Maier, W. (1996) *Genetik von Alkoholabusus und Alkoholabhängigkeit*. In: Mann, Buchkremer (Hrsg., 1996) *Sucht, Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Fischer-Verlag
- Mann, K. & Batra, A. (1993): Die gemeindenahe Versorgung von Alkoholabhängigen - Evaluation eines kombinierten stationären und ambulanten Behandlungskonzeptes. *Psychiatrische Praxis* 20, 831 - 834.
- Mayer, K.C. (2004): Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse unter: <http://www.neuro24.de/alkholismus.htm>
- Miller, A.(1979): *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst*. Suhrkamp., Frankfurt/M.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G. & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Checkup as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251–268.
- Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K. & Tonigan, J.S. (1995): What works ? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literatur. In: Hester, R.K. & Miller, W.R. (Eds.): *Handbook of alcoholism treatment approches. Effective alternatives (Vol. 2)* (p.12-44) Boston: Allyn and Bacon
- Mühlbauer, H. (1986): *Kollege Alkohol. Betreuung gefährdeter Mitarbeiter*. München
- Moos, R.H.: Coping: Konzepte und Meßverfahren. *Zsch psychosom Med* 34: 207-225 (1988)
- Moskowitz, J.M. (1989): The primary prevention of alcohol problems: a critical review of the research literature. *J. Stud. Alcohol*. 50. 54 - 88

- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E. & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279–292.
- Mühlbauer, H. (1986): *Kollege Alkohol. Betreuung gefährdeter Mitarbeiter*. München  
Verlaufsmodell des Alkoholismus im betrieblichen Kontext.
- Mühlemann, R., Sommerauer, M. (1978): Betriebliche Prävention von Alkoholismus in schweizerischen Bundesbetrieben. In: *Suchterkrankungen am Arbeitsplatz Früherkennung und Behandlung*. Heft 21 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Hoheneck-Verlag GmbH, 1979. S. 176-185.
- Müller R (1991). Alkoholprävention im Betrieb - soziale Kontrolle oder Humanisierung der Arbeit?. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1991, (14) 3/4, 21 - 24.
- Murray C, Lopez A: Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1269–1276.
- Nette, A. (1998): Betriebliche Prävention und Intervention bei Medikamentenproblemen. In: Fuchs, R., Rainer, L., Rummel, M. (1998): *Betriebliche Suchtprävention*. Verlag für angewandte Psychologie Göttingen.
- Neumann, W. & Sufke, B. (2004): *Den Mann zur Sprache Bringen*. DGVT Verlag. Tübingen.
- Nordhaus U (1994). Erfahrungen des Deutschen Gewerkschaftsbundes zur Empfehlung von betrieblichen Präventions- und Hilfsmaßnahmen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* (17) 3/4, 37 - 40.
- Nordlohne, E. (1992). *Die Kosten jugendlicher Problembewältigung: Alkohol-, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter*. Weinheim: Juventa.
- Park, P. & Whitehead, P.C. (1973): Developmental sequence and dimensions of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alcohol* 34. 887
- Perkonig, A., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (1998). Substance use, abuse and dependence in Germany - a review of selected epidemiological data. *European Addiction Research*, 4/98, 8-17. Basel: Karger AG.
- Pert, C.B. (2001): *Moleküle der Gefühle. Körper, Geist und Emotionen*. Rowohlt Verlag
- Petrucci, L. (2003): *Die Geschichte der Medizin im Spiegel der Kunst*. Dumont Verlag.
- Pittmann, D.J. (1964): Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologischen und nichtpathologischen Ursprungs – Eine internationale Übersicht. In: DHS (Hrsg.) (1964): 27. Internationaler Kongreß Frankfurt 1964. Hamm, S. 5-20
- Porter, R. (2003): *Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute*. Spektrum Akademie Verlag.
- Poser, W. & Wegerer, V. (2001). *Suchttherapie*, 2001, ( 2 ), 204 – 208.
- Poser, W. (2002). Die Behandlung der Medikamentenabhängigkeit: Sedativa und Hypnotika. In Richter, G., Rommelspacher, H. & Spies, C. (Hrsg.), "Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende?" *Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts - 14. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)*. (S. 203 – 208). Lengericht: Pabst Science Publishers.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986): Towards a comprehensive model of change. In: Miller, W. R. & Heather, N. (Eds.): Treating addictive behaviours: Processes of change. New York: Plenum. P. 3-27.

Propping (1977): Genetic control of ethanol actions on the central nervous system. An EEG study in twins. *Hum Genet* 35:309-334

Psychotherapie im Dialog (2004): Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie. Thieme Verlag. Stuttgart, New York.

Puls, W.(2003): Arbeitsbedingungen, Stress und der Konsum von Alkohol. Theoretische Konzeptionen und empirische Befunde. Habilitationsschrift. Leske + Budrich Verlag. 2

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264:2511-8

Rehm, J. & Spuhler, T. (1993). Measurement error in alcohol consumption: The Swiss Health Survey. *European Journal of Clinical Nutrition*, 47 (2), 25-30.

Rehm, J. & Bondy, S. (2000): Moderater Alkoholkonsum und Morbidität und Mortalität bei Verdauungskrankheiten. In: Verdauungskrankheiten 2000 „Alkohol und Gastrointestinaltrakt II“ (Schriftleitung S Teyssen und MV Singer). *Verdauungskrankheiten* 2000; 18: 277–282.

Rehwald, R.(2000): Einstellungsuntersuchungen auf Alkohol- und Drogenkonsum, Arbeitsrecht im Betrieb, 3/2000, S. 125 bis 129.

Reinert, D. F. & Allen, J. P. (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 272–279.

Reker, Th, & Arolt, V. (2000): Alkohol – Eine therapeutische Herausforderung. Kongressbericht. *Deutsches Ärzteblatt*. Jg. 97. Heft 36. 8. Sept. 2000

Remien, J. & Raber, M. (1993): Bestimmung der Arzneimittelabhängigkeit durch eine quantitative Analyse des individuellen Verbrauchs aller ärztlich verordneten Arzneimittel., Studie des Bundesverbandes der Innungs-Krankenkassen, Bergisch-Gladbach.

Resch, M. & Fuchs, R. (1998) In: Fuchs, R., Rainer, L., Rummel, M. (1998): Betriebliche Suchtprävention. Verlag für angewandte Psychologie Göttingen.

Reuter, U. (1986): Anmerkungen zur Forschung im Problemfeld „Alkohol und Arbeitswelt“. IN. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) *Alkohol und Arbeitswelt* (S.63-68). Köln. Kölnische Verlagsdruckerei.

Richmond, R., Kehoe, L., Heather, N. & Wodak, A. (2000). Evaluation of a workplace brief intervention for excessive alcohol consumption: The Workscreen project. *Preventive Medicine*, 30, 51–63.

Rist, F. & Watzl, H. (1999): Psychologische Ansätze. In: Gaspar, M., Mann, K. & Rommelspacher, H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 39-49). Stuttgart: Thieme.

Riedel, W. & Zell, U. (1996): Personalversorgung des Krankenhauses in der Zukunft. In: Bellabarba, J. & Schnappauf, D. (Hrsg.) *Organisationsentwicklung im Krankenhaus*. Verlag für Angewandte Psychologie Hogrefe, Göttingen.

- Rist, F., Scheuren, B., Demmel, R., Hagen, & Aulhorn, I. (2003). Der Münsteraner Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-G-M). In A. Glöckner-Rist, F. Rist, & H. Kürfner (Hrsg.), Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Hesselbrock, M. & Wish, E. (1980): Vietnam Veterans Three Years After Vietnam: How Our Study Changed Our View of Heroin. In: Yearbook of Substance Use and Abuse. New York Plenum, Vol 2, S. 213-230.
- Roman, P.M. (1988): Growth and Transformation in workplace alcoholism programming. In: Galanter, M. (ed.): Recent Developments in alcoholism (Vol.6). Plenum Press, New York, 131-156.
- Roman, P.M. & Blum, T.C. (1993) Dealing with alcohol problems in the workplace. Recent Developments in Alcoholism 1993; 11: 473-491
- Rudolph, G. (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. 4. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Rüegg, J.C. (2003): Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Schattauer
- Rüttinger, B & Harris, J. (1985): Untersuchungen zur Validität der schriftlichen Befragung des Alkoholkonsums. In: Hehl, F.-J., Ebel, V. & Ruch, W. (Hrsg.): Diagnostik psychischer und psychophysiologischer Störungen (Bd. 2) S. 190-214. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Rummel, M. & Rainer, L. (1998) In: Fuchs, R., Rainer, L., Rummel, M. (1998): Betriebliche Suchtprävention. Verlag für angewandte Psychologie Göttingen.
- Rummel, M., Rainer, L. & Fuchs, R. (2004): Alkohol im Unternehmen. Praxis der Personalpsychologie. Hogrefe.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Erfurth, A., & John, U. (1998). Screening questionnaires in the detection of hazardous alcohol consumption in the general hospital - direct or disguised assessment? Journal of Studies on Alcohol, 59, 698-703.
- Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof & John, (2000): zum: Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein: Frühentdeckung und Kurzintervention bei riskantem Alkoholkonsum in der medizinischen Versorgung; In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 9/2003 S. 67 – 73
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2001). Der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). In A. Glöckner-Rist, F. Rist, & H. Kürfner (Hrsg.), Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 1.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Rummel, M. & Bellabarba, J. (1998) In: Fuchs, R., Rainer, L., Rummel, M. (1998): Betriebliche Suchtprävention. Verlag für angewandte Psychologie Göttingen.
- Rußland, R. & Plogstedt, S. (1986): Sucht – Alkohol und Medikamente in der Arbeitswelt. Fischer Verlag, Frankfurt.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M (1993): Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. Addiction; 88: 791–804.
- Schackmann B; Bauer G & Göhner W (1995). Modellprojekt Betriebliche Suchtprävention. Arbeitsbericht. Universität Trier FB-I-Psychologie.

- Schaler, J.A. (2000) *Addiction is a choice*. Open Court, Chicago, La Salle, USA.
- Schanz G; Gretz C; Hanisch D & Justus A (1995). *Alkohol in der Arbeitswelt - Fakten - Hintergründe - Maßnahmen*. München, Beck-Wirtschaftsberater im dtv.
- Scheller, R. & Lemke, P. (1994): *Stressbewältigungsstrategien, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen von Alkoholikern*. Sucht 4. 232 – 243.
- Schiedel, Ch. (1993): *Alkoholprävention im Betrieb*. Hartung-Gorre Verlag Konstanz.
- Schieferstein, E. (1989): *Betriebsärztliche Erfahrungen mit Alkoholkranken*. In: Schied, Heimann & Mayer (Hrsg.): *Der chronische Alkoholismus*. Fischer Verlag, Stuttgart, 301 - 306
- Schlegel, U.S. (2004): *Alkoholprobleme am Arbeitsplatz - Eine deskriptive Feldstudie* Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen vorgelegt von Ulrike Sofie Schlegel aus Tübingen 2004.
- Schlüter-Dupont, L. (1990): *Alkoholismus-Therapie. Pathogenetische, psychodynamische, klinische und therapeutische Grundlagen*. Schattauer Verlag Stuttgart – New York
- Schmidbauer, W.& Scheidt, J.v.: (1999): *Handbuch der Rauschdrogen*. 3. Auflage. Fischer-Verlag.
- Schmidt, H.-J. (1986): *Alkohol am Arbeitsplatz. Sicher ist sicher*, S. 7/8.
- Schneider, R.(1998): *Die Suchtfibel*. Schneider Verlag Hohengehren GmbH
- Schuhler, P. & Baumeister, H. (1999): *Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Diagnostik, Behandlung, Frühintervention*. Weinheim: Psychologie Verlag Union.
- Schukit, M.A. (1994) *A clinical model of genetic influences in alcohol dependence*. In: J. Stud. Alcohol 55, S. 5-16.
- Schulz M., Töpfer M., Behrens J. et al. (2004) *Rauchverhalten von Mitarbeitern und Patienten der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses*. Gesundheitswesen 2004; 66; 107-113.
- Schumann, A., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2003). *Deutsche Version des Fagerström-Test für Nicotine Dependence (FTND-G) und des Heaviness of Smoking Index (HSI-G)*. In A. Glöckner-Rist, F. Rist, & H. Kufner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Seidl, C. (1989) *Alkohol im Betrieb*. Personalwirtschaftliche Reihe. Band 2, Wirtschaftsuniversität Wien, Wien
- Seifert, Th.: (1999): *Starke Kinder sagen nein - so schützen Sie Ihr Kind vor Suchtgefahren*. Seifert Midena-Verlag.
- Sellers, E.M. & Kalant, H.(1976): *Alcohol intoxication an withdrawal*. New engl. J. Med. 294. 757 - 762
- Sieber, M: (1993): *Drogenkonsum: Einstieg und Konsequenzen*. Huber Verlag. Bern.
- Singer, M.V. & Teyssen, St. (2002): *Serie - Alkoholismus: Moderater Alkoholkonsum - Gesundheitsförderlich oder schädlich?* Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 16 vom 19.04.2002, Seite A-1103 / B-916 / C-858

Skinner, B.F.: The behavior of organism. An experimental analysis. Appleton-Century-Crafts, New York 1938

Snyder, S. (1989) Brainstorming: The Science and Politics of Opiate Research. Harvard University Press, USA.

Sonnenstuhl, W.J. & Trice, H.M. (1991): The workplace as locale for risks and interventions in alcoholabuse. In: Roman, P.M. (Hrsg.) (1991): Alcohol. The development of sociological perspectives on use and abuse. (S.255-288) New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Soyka, M. (1997): Alkoholismus. Eine Krankheit und ihre Therapie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart

Soyka, M. (1999): Alkoholabhängigkeit. Grundlagen und Therapie. Schäfer-Korting (Hrsg.). Springer.

Spies, C. (2993): unter: <http://www.aqs.de/pdf/projekt03-1.pdf>

Spitz, R.A. (1945): Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanal Study Child, 1.p. 53-74

Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik: Fragen zur Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 1995, Wiesbaden, 1996.

Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschl, 1998: 90

Steinbach, I. & Wienemann, E. (1992): Probleme mit Medikamenten im Arbeitsleben. In Niedersächsisches Sozialministerium, Berichte zur Suchtkrankenhilfe. Hannover: Niedersächsisches Sozialministerium.

Stuckard, A.J., Stinnett, J.L. & Smoller, J.W. (1986): Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. AM J Psychiatry 1986, 143: 417-429

Süß, H.-M. (1988): Evaluation von Alkoholismustherapie. Freiburg, Schweiz: Universitätsverlag.; Bern: Huber.

Süß, H.M. (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta – Analyse. Psychologische Rundschau, 46, 248 – 266.

Szasz, T.S. (1972): Bad Habits are Not diseases: A Refutation of the claim that Alcoholism is a disease. In: Lancet 2; S. 83-84.

Tarter, R.E. & Edwards, K.L. (1987): Vulnerability to alcohol and drug abuse: a behavior-genetic view. J. Drug Issues 17, p. 67-81

Teusch, R. (1980). Der Alkoholkonsum von Jugendlichen im Zusammenhang mit dem Erziehungsverhalten der Eltern. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 27(4), 193-201.

Trice, H.M. & Sonnenstuhl, W.J. (1988): Drinking Behavior and Risk Factors Related to the Work Place: Implications for Research and Prevention. The Journal of Applied Behavioral Science, Vol. 24, No. 4. p.327-346.

Trotter, T. (1780): Über die Trunksucht und deren Einfluß auf den menschlichen Körper.

Uhl, A., Kopf, N., Springer, A., Eisenbach-Stangl, I., Beiglböck, W., Preinsperger, W. & Mader, R. (2001) Handbuch Alkohol – Österreich, Zahlen, Fakten, Trends 1999, BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien

Vogt, I. (1998). Standortbestimmung der deutschsprachigen Frauengesundheitsforschung. In Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.), Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Huber.

Weiland, S. K., & Keil, U. (1995): Die Rauchgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen: Eine Herausforderung Für die primäre Prävention. In: Opitz, K., Wirth, W. (Hrsg.): Tabakrauchen und Raucherentwöhnung in Deutschland 1994: Symposium der Stiftung Immunität und Umwelt, S. 35-41. Gustav Fischer, Stuttgart, Jena, New York

Weis J. & Heublein G. (1991). Alkoholismus im Betrieb. Eine Pilotstudie zur Prävention und beruflichen Integration von Alkoholkranken. Sucht 1991, 37 (6), 395 - 403.

Welsch, K. (2001). Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In DHS (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2002 (S. 151 - 168). Geesthacht: Neuland

Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Europäischer Aktionsplan Alkohol (1992) unter: <http://www.gesundheit-psychologie.de/gfa21>

Wienberg, G. (2001). Die »vergessene Mehrheit« heute – Teil IV: Zur Situation in der medizinischen Primärversorgung. In G. Wienberg & M. Driessen (Hrsg.), Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit (S. 228–241). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Wieser, S. (1973). Das Trinkverhalten der Deutschen. Eine medizinisch-soziologische Untersuchung. Herford: Nicolaische Verlagsbuchhandlung.

Wienemann, E. (2000): Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement. Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention von 1800 bis 2000. Stuttgart: ibidem-Verlag.

Wittchen, H.-U., Essau, C.A., Zerssen, D.v., Krieg, J.-C., Zaudig, M.(1992): Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 241

Wittchen, H.-U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychological Medicine, 28, 109-126. Cambridge: University Press.

Wittchen, H.-U. & Nelson, C.B. (1998). Early developmental stages of substance abuse. European Addiction Research (4/98). Basel: Karger AG.

Wolf, J. (2003): Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht - Neurowissenschaftliche Theorien zur Sucht und deren ethische Implikationen am Beispiel der Alkohol- und Heroinsucht. Dissertation der Fakultät für Biologie der Eberhard Karls Universität Tübingen zur Erlangung des Grades eines Doktors der Naturwissenschaften. Stuttgart

Wünschmann, B. (1990): Alkohol. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1991. Neuland. Geesthacht 1990 (S.19 –29)

Zemlin, U. et.al. (1996): Integrierte Raucherentwöhnung in einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In Zemlin,U. und Kolb,W. (Hrsg.) Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 9. Jahrgang, Heft 34, Themenschwerpunkt : Raucherentwöhnung und Prävention des Tabakrauchens – Programme, Erfahrungen Ergebnisse (S. 90-96)

Zentrale Informationsstelle Sucht (ZIS): unter: <http://www.lzg-bayern.de/zis/online/index.htm>

Zerbin-Rüdin, E. (1955): Kriminalität und Alkoholismus – genetische Aspekte. Forensia 6: 55-70

Zerssen, D.v. unter Mitarbeit von Koeller, D.-M. (1976): Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München), Die Beschwerdeliste, Beltz Test Gesellschaft mbH, Weinheim.

Ziegler, H. (1988): Alkohol in Ausbildung und Beruf – mögliche präventive Handlungsstrategien durch den ÖGD. In: Öffentliche Gesundheits-Wesen, 50.Jg., Nr.8/9, S.526-529.

Ziegler H (1989). Eine Standortbestimmung in Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg). Alkoholprobleme am Arbeitsplatz. Erfahrungen, Konzepte, Hilfen. Hamm, Hoheneck, 25 - 36.

Ziegler H (1991). Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Eine Standortbestimmung. in Geisbühl, Wolfgang (Hrsg). Alkohol- und Medikamentenprobleme am Arbeitsplatz. Berichtband der Tagung der Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstelle für Suchtkranke und -gefährdete des Caritasverbandes für Württemberg in Backnang am 2. / 3.10 1990. Geesthacht, Neuland. 9 - 27.

Zielke, M. (1993): Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Beltz.

Zimdars, P., Lindenmeyer, J. & Kolling, R.: „Ein Laster braucht der Mensch !?“ –Raucherentwöhnung bei Alkoholabhängigen. Unter: <http://fdr-online.info/pdf/bdk-27-lindenmeyer.pdf>

Zweben, A. & Fleming, M. F. (1999). Brief interventions for alcohol and drug problems. In J. A. Tucker, D. M. Donovan, & G. A. Marlatt (Eds.), Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies (pp. 251–282). New York, NY: The Guilford Press.

## Lebenslauf

Name		Ennenbach
Vorname		Matthias
Geburtsdatum		10.10.1963
Geburtsort		Bielefeld
Familienstand		ledig
Staatsangehörigkeit		deutsch
Eltern		Wilfried Ennenbach Edith Ennenbach, geb. Wörmann
Schulbildung	1970 - 1974 1974 - 1980	Grundschule Bielefeld / Jöllenbeck Realschule Bielefeld / Jöllenbeck Abschluß: Fachoberschulreife
Rempel)	1980 - 1981	Höhere Handelsschule Bielefeld (Rudolf
	1981 - 1983	Gesamtschule Bielefeld / Schildesche Abschluß: Allgem. Hochschulreife / Abitur
Zivildienst	01.02.'84 - 31.05.'85	Stadt Bielefeld: Jugendkulturbereich
Praktikum	01.08.'85 - 31.07.'86	Als Photograph im Fotostudio Hollmann (Bielefeld)
Studium	WS 1986 - SS 1987 WS 1987 - WS 1993	Universität Bielefeld: Kunst Universität Bielefeld : Psychologie Abschluß: Diplom Psychologe
Praktika während des Studiums	05.06.'91 - 17.07.'91	Bethel: Krankenanstalten Gilead III (Offene psychiatrische Station)
	28.10.'91 - 06.12.'92	Bethel: Psychiatrische Ambulanz Bielefeld
Arbeitsverhältnisse während des Studiums	15.08.'91 - 15.10.'93	Bethel: Psychiatrie Krankenanstalten Gilead IV Suchtstationen und Psychiatrie
	01.05.'92 - 15.10.'93	Bethel: Psychiatrie Krankenanstalten Gilead IV Geschlossene Akut-Psychiatrie
Ehrenamtliche Tätigkeit	06.12.'91 - 10.12.'92	Psychiatrische Ambulanz Bielefeld / Bethel Co-Leitung der Gruppentherapie
Berufsausbildungen Zusatzausbildungen Qualifikationen	15.10.'90 - 15.07.'93	Grundausbildung in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie (G.w.G.)
	01.05.'95 – 16.06.'98	Zusatzausbildung in der klientenzentrierten Gesprächstherapie (G.w.G.) Abschluß: Klientenzentr. Psychotherapeut
	1994 – 1996	Klinische Hypnosetherapie (M.E.G.) Abschluß: Klinischer Hypnosetherapeut

	1994 – 1996	Tiefenpsychologisches Curriculum in der Klinik Flachsheide in Bad Salzuflen
	25.01.1999	Approbation als Psychol. Psychotherapeut im Richtlinienverfahren (Tiefenpsychologie)
	08.11.1999	Eintrag in das Arztregister Westfalen als Approbierter Psychol.Psychotherapeut
	14.02.2000	Zulassung als Psychol. Psychotherapeut durch den Zulassungsausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Westfalen
Berufstätigkeit	20.01.'94 – 31.08.'00	Als Diplom Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und Konsiliarpsychologe in den Kliniken Flachsheide:Klinik für Psychosomatik, Neurologie und Psychotherapie, Weiterbildungsinstitut für Tiefenpsychologie und Psychosomatische Medizin Westfalen-Lippe, und Klinikum am Burggraben (internistische und orthopädische Rehabilitation) in Bad Salzuflen.
	18.09.'00 – 30.09.'01	Als Diplom Psychologe, Psychotherapeut, Schulungsreferent und Suchttherapeut der BfA in dem Unternehmen der KPB Fachambulanz zur ambulanten Behandlung von Suchterkrankungen in Dachau.
	Seit 01.10.'01	Als Diplom Psychologe und Psychotherapeut in der Klinik Höhenried in Bernried am Starnberger See. In konsiliarischer und edukativer Tätigkeit für internistische/kardiologische und orthopädische Rehabilitation und in psychotherapeutischer Tätigkeit für psychosomatische Rehabilitation.
	Seit 01.01.'02	Als Suchtbeauftragter der LVA Oberbayern für die Beschäftigten des Klinikums Höhenried.
	Seit 01.06.'03	Uni- Klinik für Psychotherapie und Psychiatrie München. Promotionsarbeit zum Thema „Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum im betrieblichen Kontext“, unterstützt und geprüft durch Professor Dr. M. Sokya, OA der Poliklinik und Uni-Klinik München