

Arbeitsplatz und Suchtprobleme. Was sagen Wissenschaft und Forschung?

Jürgen Rehm ^{1,2,3}

Franziska Güttinger¹

Ulrich Frick¹

¹ Institut für Suchtforschung (ISF), Zürich, Schweiz

² Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada

³ Public Health Sciences, University of Toronto, Canada

Korrespondenz an:

Prof. Dr. J. Rehm

Institut für Suchtforschung

Konradstrasse 32 / Postfach

8031 Zürich

Tel.: ++41 (0)1 448 11 60; Fax: ++41 (0)1 448 11 71

e-mail: jtrehm@aol.com

Schlüsselwörter: Sucht – Betriebe – Arbeitsplatz - Alkohol – illegale Drogen - Effizienz – Effektivität

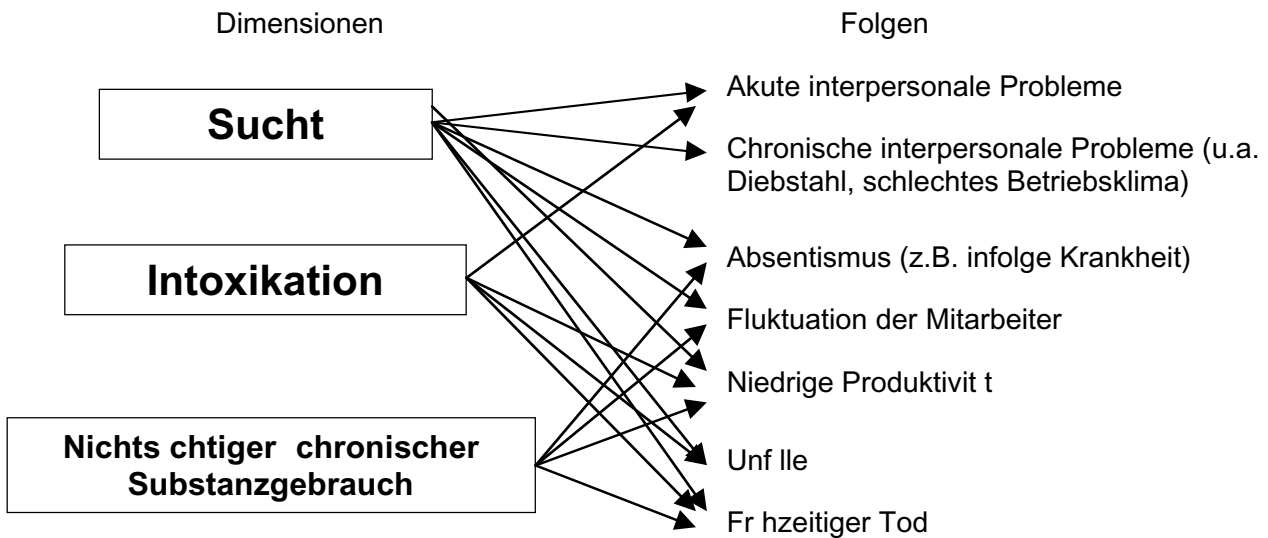
Key words: Substance abuse – workplace – alcohol – illicit drugs - efficacy - effectiveness

Einleitung

Betriebe sind wichtige potenzielle Akteure im Sucht präventiven Handeln, denn der Arbeitsplatz ist einer der relevanten Lebensbereiche, die mit Substanz bedingten Beeinträchtigungen konfrontiert sind. Obwohl die Gesundheit der Mitarbeitenden im praktischen Alltag oft kein zentraler Punkt in der Arbeitswelt ist, gibt es gute Gründe, weshalb einer Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb Beachtung geschenkt werden sollen. Zum einen wirkt sich die Arbeit in erheblichem Maße auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen aus - und zwar sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht. Zum anderen bietet der Arbeitsplatz einen guten Zugang, um gezielte gesundheitsfördernde bzw. präventive Maßnahmen umzusetzen. Unabhängig davon, ob im Bereich der Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention Maßnahmen ergriffen werden, sollte die Entwicklung von Präventionsprogrammen in jedem Fall auf empirisch gewonnenen Forschungserkenntnissen basieren (science-based or evidence-based prevention; siehe Brounstein et al., ohne Datum).

In betriebswirtschaftlicher Hinsicht können Mitarbeitende mit Suchtproblemen erhebliche direkte wie indirekte Kosten verursachen. Dabei fallen unter anderem Kosten für Kurzfehlzeiten und krankheitsbedingte Ausfälle, für Personalersatz während solcher Ausfälle, aufgrund quantitativer und qualitativer Minderleistung, sowie aus Schädigung Dritter durch substanzbedingte Fehlhandlungen usw. an (siehe Single et al., 1996; Fuchs et al., 1998a). Dabei muss unterschieden werden zwischen Schäden, die spezifisch Sucht bedingt sind, und solchen, die durch Substanzgebrauch im „normalen“ Ausmaß entstanden sind. Beispielsweise können durch Alkoholkonsum am Arbeitsplatz Unfälle von Personen verursacht werden, ohne dass diese Personen nach den üblichen psychiatrischen Kriterien Substanz abhängig einzustufen sind, oder Substanzen missbräuchlich verwendet haben. Abbildung 1 gibt einen Überblick.

Abbildung 1: Dimensionen des Substanzmittelkonsums und seiner Folgen



Basierend auf Rehm & Rossow, 2001

In der heutigen wirtschaftlichen Situation ist der Legitimationsdruck bei betrieblichen Maßnahmen zur Suchtbekämpfung gewachsen. Deshalb sind Wirksamkeit (Effektivität) und Wirtschaftlichkeit (Effizienz) der Programme wichtige Kriterien, wenn es um die Einführung von Präventionsprogrammen geht (Fuchs et al., 1998b).

Aus dieser Situation heraus stellt sich die zentrale Frage: Lohnt sich Suchtprävention für Betriebe? Gibt es betriebliche Suchtpräventionsprogramme, die erwiesenermaßen kostensparend und wirksam sind? Im Rahmen der vorliegenden Überblicksarbeit soll die verfügbare empirische Evidenz zusammengetragen und die Übertragbarkeit besonders Erfolg versprechender Maßnahmen auf die besonderen Verhältnisse in der Schweizer Arbeitswelt diskutiert werden. Bisherige Erfahrungen in der betrieblichen Suchtprävention und Ergebnisse in Bezug auf Effizienz und Effektivität von Alkoholpräventionsprogrammen sollen als Grundlage für Empfehlungen im Bezug auf das künftige Vorgehen in der betrieblichen Praxis dienen.

Methodik

Geplant war eine systematische Metaanalyse deutschsprachiger Literatur zur Effektivität und Effizienz von betrieblichen Massnahmen im Suchtbereich. Die Literaturrecherche zur Identifikation von praxisnahen Studien zur Alkoholprävention in Betrieben erfolgte in den

relevanten Datenbanken (Medline, ETOH, SOMED, Nebis), durch Anschrift von internationalen Expert/innen und durch Suche auf Homepages von Institutionen, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Die Literaturrecherche betraf die Jahre 1965 bis heute.

Eingeschlossen wurden empirische Arbeiten qualitativer und quantitativer Art, theoretische Abhandlungen sowie Bibliographien und Monographien. Die einbezogenen Studien mussten in Form eines veröffentlichten Artikels oder schriftlichen Berichtes vorliegen. Teilweise wurde auf Beschreibungen in der Sekundärliteratur zurückgegriffen, da ein Teil der Kosten-Nutzen-Analysen nicht in Originalform zugänglich war.

Die ursprünglich geplante Studie erwies sich aber als nicht durchführbar, weil zu wenig Artikel aus dem deutschsprachigen Raum vorliegen, die eine systematische Analyse ermöglicht hätten. Zudem war ein systematischer Vergleich der einzelnen Studien fast unmöglich, da grosse Unterschiede in den betrieblichen Hintergründen, bei den Interventionsformen und im Untersuchungsdesign bestanden. Anstelle einer quantitativen Metaanalyse erfolgte deshalb eine qualitative Zusammenfassung der Forschungsergebnisse unter Berücksichtigung auch der nordamerikanischen Literatur und mit allgemeiner Einbettung dieser Ergebnisse in die Thematik der betrieblichen Suchtprävention. Die meisten berücksichtigten Präventionsprogramme beziehen sich auf Alkohol, doch nicht in allen Fällen waren sie ausschliesslich auf diese Substanz beschränkt.

Betriebliche Suchtprävention

Die vorhandene Literatur zum Thema "betriebliche Suchtprävention" zeigt, dass in den letzten zwei Jahrzehnten in Nordamerika die sogenannten EAP (Employee Assistance Programs) am meisten Bedeutung erlangt haben (Roman & Blum, 1993; Klepsch & Fuchs, 1998). Hinter dem Kürzel EAP verbirgt sich eine Anzahl unterschiedlicher Programme, die nicht nur auf Alkohol- oder andere Suchtprobleme, sondern auch auf zusätzliche und relativ häufige psychosoziale Problemfaktoren ausgerichtet sind. Den EAP liegt kein allgemeingültiges Konzept zugrunde; vielmehr unterscheiden sie sich in der Art und Weise ihres Schwerpunktes oder im Aufwand, der getrieben wird, um auffällig gewordene Mitarbeiter/innen zu motivieren und zu re-integrieren. Ein wichtiges Element eines prototypischen EAP ist die sogenannte "konstruktive Konfrontation" (Roman & Blum, 1993; Klepsch & Fuchs, 1998). Das heißt, der oder die Vorgesetzte thematisiert gegenüber der untergebenen Person das arbeitsbezogene Fehlverhalten bzw. die Abnahme der Leistungsfähigkeit. Diese Konfrontation soll dazu führen, ein Hilfsangebot zu vermitteln. Es handelt sich also hier um ein sekundärpräventives Instrument, das klassischerweise nur eingesetzt wird, wenn bereits Probleme oder Symptome vorhanden sind. Neben der Intervention durch den Arbeitgeber oder einen Vertreter des Managements ist es aber mindestens ebenso wichtig, dass diese Programme betroffene Personen ermutigen, sich selbst zu melden, aktiv Hilfe anzustreben, anstelle "gezwungen" zu werden.

Das Konzept des "Konstruktiven Druckes" wurde in Deutschland aus nord-amerikanischen Ansätzen übernommen und bisher erfolgreich umgesetzt. In der Schweiz sind Suchtpräventionsprogramme dagegen meist Teil von allgemeinen Gesundheitsförderungsprogrammen. Konkrete Hilfsangebote für Mitarbeitende mit Suchtproblemen, die gewisse Qualitätsstandards erfüllen, sind eher die Ausnahme (Buchmann & Müller, 2001).

Effektivität und Effizienz betrieblicher Suchtprävention

Studien aus Nordamerika

Im Gegensatz zu anderen Ländern wurden im nordamerikanischen Raum eine größere Anzahl von Kosten-Nutzen-Analysen von Programmen bzw. Interventionen durchgeführt. Trotzdem gibt es aber auch für Nordamerika bisher keine zusammenfassende und vollständige Wirkungsforschung von EAP-Programmen im Bereich Alkohol (Roman & Blum, 1993, 2002) oder anderer Suchtmittel.

Zur Effektivität und Kosteneffizienz von EAP und Alkoholpräventionsprogrammen in den USA liegen zwei Übersichtsarbeiten vor, nämlich von Kurtz et al. (1984) und Colantonio (1989). Kurtz et al. erarbeiteten eine Übersicht zum Erfolg von Alkoholpräventionsprogrammen in Betrieben. Sie analysierten elf Studien aus der Zeitperiode von Ende der 50er Jahre bis 1984. Colantonio berücksichtigte in ihrer Untersuchung zur Effektivität von EAP dreizehn seit 1975 publizierte Studien. Beide Autoren kommen zum Schluss, dass zwar die einbezogenen Studien von deutlichen Kosteneinsparungen durch betriebsbezogene Betreuungsprogramme berichten. Nach Meinung von Kurtz und seinen Kollegen ist es jedoch schwierig zu beweisen, dass betriebliche Alkoholprogramme tatsächlich die Kosten reduzieren, was sie vor allem mit den mangelhaften Studiendesigns der berücksichtigten Untersuchungen begründen.

Auch andere Autoren (Finley, 1972; Heymann, 1976, 1978; Freedberg & Johnston, 1979) kommen zu dem Schluss, dass tatsächlich ein Zusammenhang zwischen der Anwendung einer konstruktiven Konfrontationsstrategie und einer verbesserten Arbeitsleistung besteht, und dass EAP-Programme Alkohol abhängige und – missbrauchende Mitarbeiter/innen einer Behandlung zuführen können.

Studien aus Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland werden betriebliche Suchtpräventionsprogramme in der Regel nicht evaluiert, weshalb lediglich einzelne exemplarische Untersuchungen oder Beschreibungen vor allem aus Grossbetrieben vorliegen. Wie bereits einleitend angemerkt, sind die Studien schwer vergleichbar, da sie auf unterschiedlichen Studiendesigns aufsetzen. Die vorliegenden Analysen konzentrieren sich zudem hauptsächlich auf die durch

Fehlzeiten verursachten Kosten (einen Überblick über diverse Studien geben Petschler und Fuchs, 2000) und lassen damit andere Alkohol bedingte Folgen außer Betracht. Selbst bei solch eingegrenzter Sichtweise zeigen Kosten-Nutzen-Analysen jedoch, dass die Alkohol bedingten Fehlzeiten in einem Maße reduziert werden konnten, dass wirtschaftlicher Nutzen durch Interventionsmaßnahmen erreicht werden konnte. Studien mit detaillierteren Wirtschaftlichkeitsberechnungen, die auch andere Kostenfaktoren einbeziehen, liegen jedoch für Deutschland (noch) nicht vor.

Studien aus der Schweiz

Wie die durchgeführte Literaturrecherche ergab, werden auch in der Schweiz betriebliche Suchtpräventionsprogramme in der Regel nicht evaluiert. Eine gute Zusammenfassung von Schweizer Studien zur betriebswirtschaftlichen Relevanz von betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen findet sich ebenfalls in einer Arbeit von Fuchs und Petschler (1998a).

Eine der wenigen schweizerischen Arbeiten, die für betriebliche Suchtprävention relevant sind, ist bereits etwas älter und stammt von Mühlemann (1983). Dieser vergleicht in einer umfangreichen und sorgfältig aufgebauten Fall-Kontroll-Studie eine Gruppe Alkoholiker/innen (n=64) mit einer dreimal so großen Kontrollgruppe (n=192) hinsichtlich betrieblicher Absenzen und Krankheit. Einbezogen wurde die Belegschaft aus zwei Schweizer Bundesbetrieben. Datengrundlage bildeten Informationen aus der umfangreichen Kartei des Bundesärztlichen Dienstes, in der neben Zahl und Dauer der Absenzen auch die Gründe und Diagnosen der damals rund 117'000 Bundesangestellten, sowie alle medizinisch relevanten Dokumente erfasst waren. Bei den 64 als Alkoholiker/innen gekennzeichneten Personen war zwischen 1967 und 1975 die ärztliche Diagnose "chronische Alkoholabhängigkeit" festgehalten worden. Der Kontrollgruppe gehörten 192 Mitarbeiter/innen an, die in Kontext des Arbeitsplatzes nie im Zusammenhang mit Alkohol auffällig gewesen waren und die in mehreren Eigenschaften wie z.B. Dienststelle, Alter, Sprache, mit den Alkoholiker/innen übereinstimmen mussten.

Für den 10-jährigen Überprüfungszeitraum ergaben sich deutlich mehr Fehltag für die Alkoholiker/innen. Die Fallgruppe wies 2.6 mal mehr Abwesenheitstage infolge Krankheit oder Unfall und 1.9 mal mehr Abwesenheitstage infolge Kurzabsenzen (bis 3 Tage) auf als die Kontrollgruppe, wobei die Kurzabsenzen nur ein Fünftel der Gesamtabsenzen bei Alkoholiker/innen ausmachten. Zusammen genommen fehlte ein Alkoholiker durchschnittlich 30 Tage, eine Kontrollperson knapp 12 Tage pro Jahr. Der rein „Alkohol bedingte“ Mehraufwand für den Betrieb betrug in dieser Studie CHF 2'288.- (ca. 1'525.- Euro) pro Person und Jahr.

Kostenrechnung für Alkohol am Arbeitsplatz

Polli (1988) berechnete die Alkohol bedingten Kosten für einen Betrieb mit einer Belegschaft von 100 Mitarbeiter/innen basierend auf verschiedenen Einzelergebnissen aus den USA, der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz. Er ging von 4.3% Alkohol Abhängigen in der Gesamtbelegschaft aus und nahm für Alkohol Abhängige eine pauschale Leistungsmindesteinbuße von einem Drittel an. In seiner Berechnung kommt Polli zu einer Gesamtbelastung für den Betrieb von CHF 235'000.- (ca. 157'000.- Euro) pro Jahr bzw. CHF 2'350.- pro Mitarbeiter/Jahr. Unter Hinzurechnung eines Ersatzkostenanteils (für frühzeitiges Ausscheiden) von CHF 860.- (ca. 570.- Euro) geht Polli von einem jährlichen Gesamtschaden für den Betrieb pro Mitarbeiter/Jahr von CHF 3'210.- (ca. 2'140.- Euro) aus. Über einen Zeitraum von 10 Jahren belaufen sich die Kosten für ein von ihm vorgeschlagenes Betreuungsprogramm auf CHF 29'500.- (ca. 19'667.- Euro) pro Mitarbeiter/in gegenüber einem zu erwartenden Gesamtschaden von CHF 32'100.- (ca. 21'400.- Euro) pro Mitarbeiter bei "Nichthandeln" des Betriebes. Die "Nutzschwelle" wird nach seinem Berechnungsmodell nach 4.3 Jahren erreicht.

Als grobe Faustregel zur Berechnung der betrieblichen Gesamtkosten durch Alkohol bedingte Fehlzeiten, Arbeitsunfähigkeit sowie Arbeitsunfälle wird häufig das vom Stanford Research Institute (SRI) entwickelte Modell herangezogen. Dieses macht die durch Alkoholprobleme verursachte Kosten von der Stellung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin abhängig und geht von einem globalen Minderungsfaktor von 25% des Gehaltes aus (Fuchs & Pletschler, 1998a).

Sowohl Fuchs und Pletschler (1998a) als auch Wienemann (2000) weisen darauf hin, dass auf der Basis dieser Formel die Höhe der Schätzung gegenüber den realen Kosten eher als zu niedrig anzusehen sind, da darin die weniger leicht quantifizierbaren Kosten wie etwa niedrigere Arbeitsqualität, Betriebsstörungen und Stillstände, Fehlentscheidungen, schlechtes Betriebsklima oder Ersatz für arbeitsunfähige und gekündigte Beschäftigte gar nicht erfasst worden seien. Somit kommt diese Formel nur einer groben Schätzung gleich, da deren empirische Basis als viel zu schmal und für verallgemeinerbare Aussagen als ungenau angesehen werden muss.

Diskussion

Ziel dieser Überblicksarbeit war die Frage nach der Effizienz und Effektivität betrieblicher Suchtprävention und es interessierte vor allem, was bisherige Erfahrungen und Ergebnisse für die Übertragung auf schweizerische Betriebe beitragen können.

Die breite Literatursuche in verschiedenen Datenbanken zeigte, dass insbesondere im europäischen Raum ein Mangel an Studien zu Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit betrieblicher Präventionsmaßnahmen im Suchtbereich herrscht. Nordamerikanische, deutsche und

schweizerische Studien, die hauptsächlich auf der Fehlzeitenproblematik basieren, deuten an, dass sich Prävention betriebswirtschaftlich durchaus lohnt. Will man jedoch den ökonomischen Nutzen von betrieblichen Suchtpräventionsprogrammen umfassender beschreiben, so stößt man mit den üblichen ökonomischen Methoden an Grenzen, weil eine ganze Reihe von Größen (z.B. Minderleistung, Schädigung Dritter, etc.) zu berücksichtigen sind, die aber schwierig in Geldwerten zu fassen sind. Es bräuchte deshalb erweiterte Wirtschaftlichkeitsberechnungen, die versuchen, eine erheblich größere Bandbreite von Faktoren einzubeziehen, was allerdings aufwendige Erfassungs- und Analyseverfahren voraussetzt.

EAP (Employee Assistance Programs) haben sich gemäss den Analysen insbesondere in Großbetrieben mit über 1'000 Beschäftigten bewährt. In der Schweiz sind rund zwei Drittel der Arbeitnehmer/innen in kleinen und mittleren Unternehmen (gemäss EU-Definition Unternehmen mit weniger als 250 Beschäftigten) tätig (Bundesamt für Wirtschaft und Arbeit seco). Es besteht deshalb die Notwendigkeit, spezielle Angebote für kleine und mittelgroße Unternehmen zu entwickeln.

Wie sich gezeigt hat, setzen EAP-Programme bei der Erkennung von Alkoholproblemen relativ spät ein. Es ist jedoch bekannt, dass eine erkennbare Abnahme der Arbeitsleistung sowie eine Häufung der Fehlzeiten ein vergleichsweise spätes Anzeichen von Alkoholproblemen bei Mitarbeitenden ist. Roman und seine Kollegen (2002) weisen ebenfalls darauf hin, dass sich die meisten Programme eher dem Erkennen von manifesten Alkohol- und anderen Suchtproblemen und deren Behandlung (d.h. der Sekundärprävention) als der Vorbeugung (d.h. der Primärprävention) widmen. Hier müssten geeignete Wege der Intervention gefunden werden, um alkoholgefährdete Personen in einer frühen Phase des Verlaufes zu erkennen und zu erreichen.

Vorschlag für die Schweiz für alkoholbedingte betriebliche Probleme

Im Folgenden soll für die Schweiz ein Präventionsmodell vorgeschlagen werden, das die oben genannten Probleme bei der Umsetzung von Maßnahmen in schweizerischen Betrieben berücksichtigt und sich daher mutmaßlich besser für die spezifische Situation in der Schweiz eignet: die sogenannten Kurzinterventionen oder "brief interventions". Dieses Modell geht nicht von einer Behandlung von bereits erkrankten, d.h. abhängigen oder missbrauchenden Personen aus. Vielmehr werden Interventionen gesetzt, die sich explizit an stark Konsumierende oder sogenannte Problemkonsumenten wenden. In die Zielgruppe zählen für das Thema Alkohol üblicherweise Frauen, die im Durchschnitt mehr als 20g reinen Alkohol pro Tag zu sich nehmen und Männer, die mehr als 40g zu sich nehmen (English et al., 1995; Rehm et al., im Druck). Bei anderen Substanzen gibt es weniger klare Richtlinien, und meist wird Gebrauch per se mit Problemgebrauch gleichgesetzt. Bei brief

interventions handelt sich somit um eine Interventionsform, die wesentlich breiter und zeitlich früher als die bisher beschriebenen Interventionen angelegt ist.

Solche Kurzinterventionen werden üblicherweise von Ärzt/innen oder anderen Fachleuten in Gesundheitsberufen durchgeführt und dienen der Früherkennung und anschließenden Beratung von Personen mit risikoreichem Alkoholkonsum (Babor et al., im Druck). Dabei werden Patient/innen auf ihren risikoreichen Alkoholkonsum aufmerksam gemacht und ihnen Hilfe sowie weiterführende Informationen angeboten (WHO, 2001).

In einer breit angelegten WHO-Studie wurde gezeigt, dass Kurzinterventionen in viele verschiedene Kulturen übertragbar sind (WHO, 1996), und mehrere Meta-Analysen haben bisher ihre Effektivität nachgewiesen (Babor et al., im Druck; Wilk et al., 1997; Poikolainen, 1999; Moyer et al., 2002). Dies gilt sowohl für Alkohol wie auch für andere Substanzen (Velleman et al., 2003). Neuere Untersuchungen bestätigen die Nachhaltigkeit dieser Effekte (Fleming et al., 2002) und die grundsätzliche Kosteneffektivität dieser Interventionsform (Fleming et al., 2000, 2002).

Kurzinterventionen werden in der Schweiz mancherorts bereits angewendet und sie finden im Rahmen der Alkoholprävention Eingang in Fortbildungsprogramme für Ärzte aus der medizinischen Grundversorgung (Stoll et al., 1999) (vgl. auch die Publikationen des Teilprojektes Ärzte der nationalen Alkoholpräventionskampagne "Alles im Griff" www.alles-im-griff.ch). Als besonders geeignet für die Prävention sind Kurzinterventionen deshalb, weil sie zusätzlich zur Reduktion von Durchschnittskonsum sich auch dazu eignen, "Binge"-Konsum, d.h. Trinkgelegenheiten mit hohem Einmalkonsum, zu vermindern (z.B. Fleming et al., 2002). Binge-Konsum ist zusätzlich zu einem hohem Durchschnittskonsum ein bedeutender Risikofaktor für Alkohol bedingte Gesundheitsschäden, insbesondere im Bereich der Unfälle (z.B. Rehm et al., im Druck; siehe auch (Cherpitel et al., 1995; Cherpitel, 1996).

Bezüglich der Wirksamkeit von Kurzinterventionen wurden in einer WHO-Studie (WHO, 1996) Effekte von 10% und mehr - je nach Ergebniskriterium - gefunden; in der Meta-Analyse von Babor et al. (im Druck) wurde beispielsweise ein mehr als doppelt so großer Effekt gefunden. Die Effekte zeigten sich bereits bei Kurzinterventionen von fünf Minuten Dauer.

In der Schweiz verursachten Problemtrinker 553.6 Mio CHF (ca. 369.1 Mio Euro) direkte Krankheitskosten und 92.4 Mio CHF (ca. 61.6 Mio Euro) direkte Verkehrsunfallkosten (jeweils konservative Schätzungen für 1998, siehe Jeanrenaud et al., 2001). Daraus ergibt sich pro Problemtrinker pro Jahr nach der Definition von English et al. (1995) mehr als CHF 2'000.- (ca. 1'334.- Euro) an direkten Kosten (Grundlagen siehe Gutjahr & Gmel, 2001, für die Aufteilung der Alkoholkonsument/innen in die Trinkkategorien siehe English et al., 1995; UN-Zahlen für Einwohner in der Schweiz). Bei einer Reduktion um 10% ergibt sich

ein Nutzen von CHF 200.- pro Trinker (ca. 133.- Euro). Eine fünfminütige Intervention kostet inklusive Vorbereitung deutlich weniger. Mit anderen Worten: nur schon aufgrund der direkten Krankheitskosten lohnt sich augenscheinlich eine Intervention für Problemtrinker - auch für den Betrieb.

Die genannten Zahlen sind sehr konservative Schätzungen. Zum einen wurden nur direkte Gesundheitskosten mit einbezogen. Wie oben ausgeführt, entstehen aber im Betrieb durch Alkohol zusätzlich noch ganz andere Kosten wie Produktionsausfälle aus Fehltagen, Unfallfolgen und anderes. Zum zweiten wurden nur die Kosten für ein Jahr miteinbezogen. Wie Fleming et al. (2002) zeigen, sind Kurzinterventionen aber durchaus über ein Jahr hinaus wirksam. Und schließlich wurde hinsichtlich der Effektivität von Kurzinterventionen der niedrigste Wert aus der Literatur herangezogen. Mit Absicht wurden also immer konservative Annahmen gewählt, um zu zeigen, dass selbst unter diesen Annahmen der Nutzen einer solchen Intervention die Kosten immer noch übersteigt.

Insgesamt kann sich betriebliche Prävention also lohnen, vor allem dann, wenn sie sich auf empirisch gestützte Konzepte wie Kurzinterventionen stützen kann. Die vorgeschlagene Strategie ist auch deshalb von Wert, weil sie unabhängig vom finanziellen Gewinn früh interveniert und so einer manifesten Substanzabhängigkeit und/oder Substanzmissbrauch präventiv begegnet werden kann. Wir schlagen deshalb eine empirische Untersuchung in der Schweiz vor, die die beschriebene Kurzintervention in Betrieben einführt und hinsichtlich Effektivität und Kosten-Nutzen-Verhältnis aus der Sicht der Betriebe evaluiert.

Literatur

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R, Rossow I. Alcohol: no ordinary commodity - a consumer's guide to public policy, Oxford: Oxford University Press, im Druck

Brounstein PJ, Zweig JM, Gardner SE. Science-based Substance Abuse Prevention: A Guide. Available: http://www.dmhas.state.ct.us/sig/pdf/pubs_Guide.pdf.

Buchmann H, Müller R. Alkohol- und Tabakprävention in Schweizer Unternehmen. Bericht über eine repräsentative Betriebsbefragung in der Schweiz, Lausanne: SFA-ISPA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, 2001

Bundesamt für Wirtschaft und Arbeit seco.
www.kmuinfo.ch/index.html?Art=SEITE1.1&SeiteID=03.02_struktur_nach_groesse

Cherpitel CJ, Tam T, Midanik L, Caetano R, Greenfield T. Alcohol and nonfatal injury in the U.S. general population: a risk function analysis. Accident Analysis Prevention 1995; 27: 651-661

Cherpitel CJ. Drinking pattern and problems and drinking in the event: an analysis of injury by cause among casualty patients. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1996; 20:1130-1137

Colantonio A. Assessing the effects of employee assistance programs: a review of employee assistance programs evaluations. The Yale Journal of Biology and Medicine 1989; 62(1): 13-22.

English DR, Holman CDJ, Milne E, Winter MJ, Hulse GK, Codde G. The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia 1995, Canberra, Australia: Commonwealth Department of Human Services and Health, 1995

Finley D. Anxiety and the alcoholic. Social Work 1972; 17: 29-34

Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2002; 26: 36-43

Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. Medical Care 2000; 38: 7-18

- Freedberg EJ, Johnston WE. Changes in drinking behavior, employment status and other life areas for employed alcoholics three, six and twelve months after treatment. *Journal of Drug Issues* 1979; 9: 523-534
- Fuchs R, Petschler T. Betriebswirtschaftliche Kosten durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. In: Fuchs R, Rainer L, Rummel M (Hrsg). *Betriebliche Suchtprävention*, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998a: 51-76
- Fuchs R, Rainer L, Rummel M, Schönherr U. Betriebliche Suchtprävention: Ein Arbeitsfeld in der Diskussion. In: Fuchs R, Rainer L, Rummel M (Eds.) *Betriebliche Suchtprävention*, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998b: 13-29
- Gutjahr E, Gmel G. Die sozialen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz. *Epidemiologische Grundlagen 1995-1998*, Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA/ISPA, 2001
- Heymann M. Referral to alcoholism programs in industry: coercion, confrontation and choice. *Journal of Studies on Alcohol* 1976; 37: 900-908
- Heymann M. *Alcoholism Programs in Industry*, New Brunswick: N.J.L. Publications Division, Rutgers Center for Alcohol Studie, 1978
- Jeanrenaud C, Priez F, Pellegrini S, Chevrou-Séverac H, Vitale S. *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse*, Neuchâtel: Université de Neuchâtel, 2001
- Klepsch R, Fuchs R. 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
- Kurtz NR, Googins BG, Howard WC. Measuring the success of occupational alcoholism programs. *Journal of Studies of Alcohol* 1984; 45(1): 33-45
- Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non treatment-seeking populations. *Addictions* 2002; 97: 279-292
- Mühlemann, R. Betriebliche Prävention von Alkoholismus in schweizerischen Bundesbetrieben. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg). *Suchterkrankung am Arbeitsplatz. Früherkennung und Behandlung*, Hamm: Hoheneck-Verlag, 1983: 176-186
- Petschler T, Fuchs R. Betriebswirtschaftliche Kosten- und Nutzenaspekte innerbetrieblicher Alkoholprobleme. *Sucht aktuell* 2000; 1(7): 14-18

- Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med* 1999; 28: 503-509
- Polli, E. Betriebliche Sekundärprophylaxe, Kreuzlingen: VSFA, Schweiz. Verband von Fachleuten für Alkoholgefährdeten- und Suchtkrankenhilfe, 1988
- Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. Alcohol as a risk factor for burden of disease. In: WHO (Hrsg). Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors, Geneva: WHO, im Druck
- Rehm J, Rossow I. The impact of alcohol consumption on work and education. In: Klingemann H, Gmel G (Hrsg). Mapping social consequences of alcohol consumption, Dordrecht: Kluwer, 2001: 67-77
- Roman PM, Blum TC. Dealing with alcohol problems in the workplace. *Recent Developments in Alcoholism* 1993; 11: 473-491
- Roman PM, Blum TC. The workplace and alcohol problem prevention. *Alcohol Research & Health* 2002; 26(1): 49-57
- Single E, Robson L, Xie X, Rehm J in collaboration with Moore R, Choi B, Desjardins S, Anderson J. The costs of substance abuse in Canada. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 1996
- Stoll B, Daepfen, JB, Wick HD. Die Kurzintervention: eine gezielte Beratung von Patienten mit übermäßigem Alkoholkonsum. *Praxis* 1999; 88: 1699-1704
- Velleman R, Templeton L; UK Alcohol, Drugs and the Family Research Group. Alcohol, drugs and the family: results from a long-running research programme within the UK. *Eur Addict Res.* 2003, 9(3):103-12.
- WHO Department of Mental Health and Substance Dependence. Screening and brief intervention for alcohol problems in primary care, World Health Organization, 2001.
- WHO Brief Interventions Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinker. *Am J Public Health* 1996; (86): 949-955
- Wienemann E. Suchtprävention und -hilfe im Betrieb - ein profitabler Kostenfaktor? In: Brosch R, Mader R (Hrsg). Alkohol am Arbeitsplatz, Wien: Orac, 2000
- Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomised control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 274-283

Danksagung

Diese Arbeit stützt sich auf eine Studie des ISF (Rey-Rieck et al., 2003), die mit finanzieller Unterstützung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung, sowie der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich entstand. Wir danken diesen beiden Stellen herzlich für ihre Unterstützung und die gute Zusammenarbeit.