

Master-Thesis

Titel der Master-Thesis:

Analyse von Fehlern sowie Vorschläge für Verbesserungen der im Therapiezentrum Ybbs gescheiterten Betriebsvereinbarung „MAF, Mitarbeiter – Alkoholfrei“ und damit der Alkoholprävention, mit Fokus auf Ablauforganisation, Prozessmanagement und Gerichtsfestigkeit.

Verfasser: Dr. Syrus Nikou

Geboren: 05.06.1966

Matr.Nr.: 8502397

Universitätslehrgang: Spezielle Präventivmedizin in Arbeit und Wirtschaft
(MSc)

Abgabedatum: 30.06.2006

Zur Erlangung des akademischen Grades
MSc (Spezielle Präventivmedizin in Arbeit und Wirtschaft)
am Zentrum für Management und Qualität in Gesundheitswesen
der Donau-Universität Krems

Begutachter: Dr. Stefan Bayer

Eidesstaatliche Erklärung:

Ich versichere:

- dass sie Master-Thesis selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich dieses Master-Thesis Thema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/ einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum der Einreichung:

Unterschrift

Kurzbeschreibung: Im Jahr 2004 scheiterte ein Projekt, „MAF – Mitarbeiter alkoholfrei, welches aus einem Alkoholpräventionsprogramm und einer zu erstellenden Dienstvereinbarung bestand. Der Projektleiter war der dortige Arbeitsmediziner. Diese Arbeit soll die Fehler, die zum Scheitern führten beleuchten. Gleichzeitig wird die Aufgabenstellung nach den Regeln des Projektmanagements neuerlich ausgearbeitet. Der spezielle Focus ist auf Gerichtsfestigkeit und Ablauforganisation gerichtet. Die Fähigkeiten als Wirtschaftsmediziner sollen hier zeigen wo die Vor- und Nachteile der beiden Projekte liegen und welche Rahmenbedingungen herrschen müssten, um dieses Projekt erfolgreich neu zu starten.

1	Einleitung.....	3
1.1	<i>Alkoholproblematik per se.....</i>	4
1.2	<i>Begriffserklärungen und Definitionen zum Bereich Alkohol und Alkoholkrankheit und deren Diagnose.....</i>	11
1.3	<i>Darstellung der spezifischen arbeitsrechtlichen Situation in öffentlichen Krankenhäusern.....</i>	17
2	Methodik.....	23
2.1	<i>Warum diese Neuanalyse erfolgt.....</i>	23
2.2	<i>Darstellung der Methode, wie eine verbesserte Lösung gefunden werden soll</i>	24
3	State of the Art.....	25
3.1	<i>Beschreibung der Ist-Situation.....</i>	25
3.2	<i>Darstellung des gescheiterten Projekts.....</i>	29
4	Abhandlung des Themas.....	34
4.1	<i>Fehler und positive Aspekte des gescheiterten Projekts.....</i>	34
4.2	<i>Projektplan für alternative Ablauforganisation und ein Prozessmanagement</i>	35
4.2.1	<i>Projektwürdigkeitsprüfung für Einsetzung einer Dienstvereinbarung „Alkohol am Arbeitsplatz“.....</i>	36
4.2.2	<i>Der richtige Zeitpunkt.....</i>	36
4.2.3	<i>Ist die Aufgabenstellung geeignet?.....</i>	38
4.2.3.1	<i>Die Verantwortung der kollegialen Führung.....</i>	41
4.2.3.2	<i>Kapitalbedarf, Personalkosten und Zeitaufwand.....</i>	42
4.2.4	<i>Die Umfeldanalyse.....</i>	45
4.2.5	<i>Aufgaben der Projektleitung.....</i>	47
4.3	<i>Grobplanung des Projekts.....</i>	49
4.3.1	<i>Ablauforganisation.....</i>	49
4.3.2	<i>Terminplanung.....</i>	58
4.3.3	<i>Wirtschaftlichkeitsbetrachtung.....</i>	59
4.3.4	<i>Nutzwert.....</i>	59
4.3.5	<i>Risikoanalyse.....</i>	61
4.3.6	<i>Kostenplanung.....</i>	63
5	Diskussion der Ergebnisse.....	66
5.1	<i>Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile der beiden Projektpläne.....</i>	66
5.2	<i>Zusammenfassung und Ausblick.....</i>	68

6	Literaturverzeichnis	70
7	Abbildungsverzeichnis	71
8	Anhang: Webquellen und Flipchart vom Workskshop mit Dienstvereinbarung nach Fußnoten geordnet.....	72
9	Index.....	114

1 Einleitung

Im Februar 2002 wurde der Arbeitsmediziner des Therapiezentrums Ybbs von der kollegialen Führung (KOFÜ) beauftragt, sich mit dem Thema Alkoholprävention zu beschäftigen. Aufgrund eines Anlassfalles zeigte sich zuvor die Problematik im Umgang und in der Diskussion mit Betroffenen. Keiner konnte das Thema ansprechen, wusste nicht was zu besprechen ist,.....

Obwohl die kollegiale Führung bereits schon öfter mit Alkoholproblemen von Mitarbeitern konfrontiert worden war, wurde es bis zu diesem Zeitpunkt nicht für nötig erachtet einen geregelten Ablauf, wie mit diesen Mitarbeitern vorzugehen sei, zu erarbeiten. Dieser Anlassfall stellte aber einen Wendepunkt dar. Es wurde beschlossen eine Dienstvereinbarung, gemeinsam mit einer sinnvollen Alkoholprävention, zu verfassen, um in Zukunft besser mit Angestellten, welche ein Alkoholproblem haben, umgehen zu können. Mit dem präventiven Ansatz wurde einerseits auch der Wille gezeigt, zu verhindern, dass Mitarbeiter überhaupt ein Alkoholproblem bekommen, indem die Sensibilität aller Beschäftigten erhöht wird. Andererseits sollte eine Strategie erarbeitet werden, um ein geradliniges durchschaubares Procedere zu haben, wie im Falle eines Problems gehandelt wird.

Der Arbeitsmediziner, war redlich bemüht die ihm übertragene Aufgabe zu erfüllen. Er erstellte ein auf dem Kalksburger Modell aufbauendes Dienstrecht. Auch der Bereich der Prävention wurde von ihm ausgearbeitet. Mangelndes Projektwissen und geringe Unterstützung erschwerten aber einen guten Start des Projektes. Auch war von vielen Seiten die Thematik eines Alkoholverbotes während der Arbeitszeit gering geschätzt oder sogar offen angefeindet worden. Nach gut zwei Jahren wurde die Idee auch aufgrund rechtlicher Probleme hinsichtlich der Umsetzung des Projektes auf Eis gelegt.

Mit dieser Arbeit soll versucht werden folgende Fragen zu beantworten:
Wie muss ein Projekt dieser Art beleuchtet und durchgeführt werden? Das Hauptaugenmerk liegt hier auf Projektmanagement und Ablauforganisation.

Welche rechtlichen Aspekte spielen hierfür eine wesentliche Rolle? Es soll versucht werden ob die Aussage „Gleiches Recht für Alle“ hier überhaupt Anwendung finden kann.

Auch die Frage warum die Dienstvereinbarung scheiterte, soll beleuchtet werden, desgleichen wie muss eine Verbesserung aussehen.

Welche Fehler wurden bei dem Projekt gemacht und wie kann man diese vermeiden?

1.1 Alkoholproblematik per se

Der Genuss von Alkohol ist in unseren Breiten und kulturverwandten Regionen weit verbreitet. Er ist trotz seiner bekannten Risiken für den Einzelnen, sein Umfeld (z.B. Familie oder Arbeitsplatz) und die Gemeinschaft, eine legale Droge. Legale Drogen gibt es in vielen Kulturkreisen. Ob das nun das Kauen von Kokablättern in Teilen von Südamerika ist oder das Opium rauchen in Teilen Asiens. Diese so genannten Kulturdrogen werden seit Jahrhunderten oder auch Jahrtausenden produziert und konsumiert. So ist bekannt, dass schon die Ägypter die Kunst des Bierbrauens ausübten. Zu allen Zeiten gab und gibt es Menschen, die diese Genussmittel als Rauschmittel verwendeten und abhängig wurden.

Die Zunahme des Alkoholmissbrauchs, wie er im letzten Jahrhundert begonnen hat, kann auch mit dem Aufkommen der Wohlstandsgesellschaften nach dem Zweiten Weltkrieg begonnen haben. In relativ kurzer Zeit herrschte ein massiver Wirtschaftsaufschwung, der rasch zu einem bescheidenen Wohlstand der Bürger führte. Dieser Umstand und die in der Folge wieder kürzer werdenden Arbeitszeiten gaben und geben den Menschen mehr Freiräume für eigene Aktivitäten. Diese wurden unterschiedlich genutzt. Österreich ist z.B. bekannt für die hohe Anzahl an Vereinen. Jeder von uns ist in mehreren Vereinen Mitglied. Bei Treffen und Veranstaltungen in den diversen Vereinen wird dabei bevorzugt Alkohol konsumiert. Auch bei privaten Treffen wird gerne und häufig Alkohol getrunken. Somit haben die vermehrten Gelegenheiten und Anlässe, dem Alkohol zuzusprechen, zugenommen. Die Gründe an einer Alkoholsucht zu erkranken sind vielfältig. Aber der erleichterte

und vermehrte Zugang zum Alkoholkonsum war und ist hier sicher mit ein Grund alkoholabhängig zu werden.

Auch die gesellschaftliche Akzeptanz an erhöhtem Alkoholkonsum hat, besonders in Österreich und Deutschland, deutlich zugenommen. Heute ist es maximal ein „Kavaliersdelikt“, wenn jemand „einen über den Durst“ getrunken hat. Dabei vermittelt diese Redewendung an sich schon ein eigenartiges Bild. Denn zum Durst löschen sind alkoholische Getränke grundsätzlich nicht geeignet.

Es darf dann nicht verwundern wenn Österreich beim Bierkonsum an dritter Stelle weltweit steht. Im Jahr 2004 trank jeder Österreicher rund 108 Liter Bier. Damit liegen wir hinter Tschechien und Deutschland, aber noch vor so bekannten Biertrinkernationen wie England oder Irland. Die Bierindustrie versuchte in den letzten Jahren auch durch eine Erweiterung ihrer Produktpalette mehr Konsumenten zu erreichen. Als Beispiele für die Produktkreativität sei hier der Radler erwähnt oder auch die Leichtbiere. Markus Liebl von der Brau Union¹ sieht Österreich in seiner Vision schon auf dem zweiten Rang hinter Tschechien.

Bierkonsum in Österreich:

Es ist- wie der Vergleichstabelle 1980- 2001 entnommen werden kann- bekannt, dass in Österreich gerne und viel Bier getrunken, wie der Vergleichstabelle der Jahre 1980 bis 2001 entnommen werden kann:

Am durstigsten waren Herr und Frau Österreicher demnach im Jahr 1991²

Obwohl auch der Wein eine große Rolle in unserem Land spielt, ist der pro Kopf Weinkonsum im Vergleich zu Bier relativ gering. Im letzten Jahr betrug er 30 Liter. Damit liegt Österreich im weltweiten Ranking am zehnten Platz.

¹ Siehe Anhang Jaos/Page/main

² Quelle:www.bierserver.at

JAHR	Gesamt- verbrauch (in 1000hl)	Pro-Kopf- Verbrauch (in Liter)
1980	7651,0	101,9
1985	8431,4	111,6
1990	9360,6	121,3
1991	9660,6	123,9
1992	9672,5	122,2
1993	9326,4	116,7
1994	9364,1	116,6
1995	9300,4	115,6
1996	9185,0	114,0
1997	9145,0	113,3
1998	8735,6	108,1
1999	8809,6	108,9
2000	8737,0	107,7
2001	8620,0	106,9

Abbildung 1 Vergleichstabelle Bierkonsum 1980-2001

Wie wichtig Alkohol in der Gesellschaft geworden ist, wird auch am Werbeaufwand deutlich. In Deutschland wurden im Jahr 2003 525 Mio. € für Werbeaufwendungen

für alkoholische Getränke ausgegeben.³ Insgesamt liegt dieser Wert aber unter den Durchschnittsaufwendungen der Vorjahre.

Obwohl die Zielgruppe der Werbung sicher nicht die Minderjährigen sind, gaben 15 jährige Buben bei einer Umfrage folgendes an⁴.

Täglicher Konsum von:	Bei 15 jährigen Buben
Bier	3%
Wein	1%
Likör/Schnaps	1%
Most	2%

Abbildung 2 Alkoholkonsum von 15 jährigen Buben

Das Handbuch „Alkohol Österreich“ weist dementsprechend hohe Werte für den durchschnittlichen Alkoholkonsum pro Jahr, bezogen auf 16-99 Jährige aus. Die Mengen an Bier und Wein betragen 138,2 bzw. 37,3 Liter. Dies entspricht einer durchschnittlichen Reinmenge von 30,0 Gramm Alkohol pro Kopf. Die Werte stammen aus dem Jahr 1999.

Die WHO empfiehlt eine Grenzmenge von 16g für Frauen und 24g für Männer an 5 Tagen pro Woche. Bei Überschreitung dieser Trinkmenge ist man bereits alkoholgefährdet. Bei Berücksichtigung, dass ein halber Liter Bier oder ein ¼ Liter Wein ca. 20g Alkohol entsprechen, ist leicht zu erkennen, welche Dimension das Alkoholproblem in unserer Gesellschaft darstellt.

Mittlerweile gehen seriöse Schätzungen von rund 900.000 Alkoholgefährdeten und von 330.000 Alkoholikern aus⁵. Jeder achte Österreicher hat also zumindest einmal in seinem Leben ein mehr oder minder großes Problem mit dem Alkoholkonsum. Dieser Alkoholmissbrauch hat nicht nur für das Privatleben der Betroffenen und

³ Jahrbuch Sucht 2005: Zahlen und Fakten in Kürze s. Anhang

⁴ HBSC Schülerbefragung 1993/94, Dür & Hüter 1997 s.S. 118 Handbuch Alkohol Österreich 2001

⁵ Bericht zur Drogensituation 2004 s. Anhang

deren Familien dramatische Folgen, leider ist in vielen Fällen auch ein Verlust des Arbeitsplatzes zu verzeichnen, der diese Situation dann auch noch weiter agravieren kann.

Auch die Lebenserwartung eines Alkoholkranken ist deutlich niedriger als die eines gesunden Bürgers. Schätzungen gehen von einer Reduktion der Lebenserwartung bei Alkoholikern um 10-28 Jahre aus⁶.

Wirtschaftliche Aspekte zum Thema Alkohol

1996 gaben die Österreicher fast 4080 Mio. Euro für Alkohol aus. Als Ausdruck der Bedeutung des Alkoholgenusses bei geselligem Miteinander wurden davon 3000 Mio. Euro in der Gastronomie ausgegeben. Nur ein Drittel der Alkoholausgaben erfolgte im privaten Bereich. Jeder Österreicher belastete 1996 seine privaten Ausgaben mit 42 Euro pro Monat. Anhand dieser Zahlen wurde ein 5 % iger Anteil für Alkohol am monatlichen pro Kopf Privatkonsum errechnet⁷. Damals wurden rund 18 Milliarden ÖS an Steuern eingenommen.

Allein in der Bierproduktion waren 1996 annähernd 5400 Menschen beschäftigt. An der Weinerzeugung beteiligen sich über 40.000 Betriebe, zumeist Klein- und Kleinstbetriebe⁸. Die Zahl der in der Weinerzeugung Beschäftigten kann nicht genau geschätzt werden, da es sich um kleine Betriebe handelt die den Weinanbau oft nur als Nebenerwerb betreiben. Zur Zeit der Weinlese wird dann, wenn überhaupt, nur sehr kurzfristig Personal angestellt.

Der Anteil am BIP macht selbst in großen alkoholproduzierenden Ländern nicht einmal 2% aus.

Demgegenüber gibt es für Österreich derzeit keine volkswirtschaftlichen Kostenberechnungen. Die Problematik der fehlenden Berechnung liegt in der Komplexität eines solchen Berechnungsversuchs. So muss man einen Alkoholiker

⁶ www.mariaebene.at – Special Alkohol – Österreichische Statistik

⁷ Handbuch Alkohol Österreich 2001 S.160, s. Literaturverzeichnis

⁸ Lebensmittelbericht 1997, s. S. 31, siehe Anhang

eindeutig zu den Kosten des Alkoholismus zählen, wenn er z.B. einer alten Frau auch nur €10 Euro stiehlt und wenn er vielleicht auch noch Wiederholungstäter ist, dafür z.B. 1 Jahr Haft antreten muss. Dass auf diese Weise keine volkswirtschaftlich vernünftige Berechnung möglich ist, leuchtet sicherlich ein. Darüber hinaus steht jedem, der dies versucht, auch noch die Möglichkeit frei, zu definieren, was er zu den Kosten rechnet.

So sind aufgrund von Alkoholkrankheit und –missbrauch etwa einnahmenseitig der Verlust von Steuer und Sozialversicherungsbeiträgen anzuführen. Ausgabenseitig fallen Behandlungskosten für die Betroffenen an oder auch andere Opfer bei Alkoholunfällen. Des Weiteren machen der Staat und auch die Pensionsversicherungen einen Gewinn, da Alkoholkrankheit zumeist Personen ab dem 45. Lebensjahr betrifft. Die Menschen fallen aber nicht sofort aus dem Arbeitsprozess heraus, sondern können sich unterschiedlich lange im Arbeitverhältnis halten. In dieser Zeit fällt ein Gewinn durch Steuer- und Sozialversicherungseinnahmen an. Die verringerte Lebensdauer, durch, die oft massiven organischen Schäden führen dagegen insgesamt zu Einsparungen bei Behandlungs- und Pensionskosten.

Betriebe dagegen zählen bei diesem System nicht zu den Gewinnern. Ihnen entstehen zumeist Kosten aufgrund von vermehrten Krankenständen sowie minderer Qualität in der Produktion. Zudem wird das Betriebsklima belastet. Es gibt mehr Arbeits- und Wegunfälle und bei Kündigung entstehen weitere Kosten für die Einschulung von neuen Mitarbeitern. Auch wertvolles „Know-how“ kann auf diesem Weg verloren gehen.

Die Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.v.⁹ berichtet über folgende Fehlzeiten in amerikanischen und deutschen Unternehmen:

- 16-mal häufigeres Fernbleiben vom Arbeitsplatz
- 2,5-mal häufiger krank
- 1,4mal längeres Fehlen nach Unfällen, dazu noch
- Mangelnde Auslastung von Fertigungskapazitäten

⁹ http://lzg-bayern.de/zis/online/leitfad/lfad_01.htm#betriebliche_kosten

- Überstundenkosten wegen Ausfall alkoholkranker Mitarbeiter
- Störungen und Belastungen der anderen Mitarbeiter

1.2 Begriffserklärungen und Definitionen zum Bereich Alkohol und Alkoholkrankheit und deren Diagnose

Zum besseren Verständnis der Schwierigkeiten mit Mitarbeitern, die ein Alkoholproblem haben ist es notwendig, sich auch etwas mit den Begriffen Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit, Entzugssyndrom und den beiden, am häufigsten verwendeten Typologieschemata auseinanderzusetzen.

Alkoholmissbrauch

Der Begriff Alkoholmissbrauch an sich hat noch nichts mit einer Alkoholabhängigkeit zu tun. Laut einer Definition der "National Institute on Alcohol abuse and alcoholism"¹⁰ ist der Alkoholmissbrauch ein für die jeweilige Situation unangepaßter, übermäßiger Gebrauch von Alkohol, wobei die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit niemals erfüllt werden. Hinweise auf Alkoholmissbrauch liegen in einem fortgesetzten Trinken, gegen besseres Wissen, dass ständige oder wiederkehrende soziale, berufliche, psychische, private oder körperliche Probleme dadurch erst verursacht oder verschlimmert werden. Schon der Alkoholmissbrauch kann also Krisen bei dem jeweiligen Betroffenen auslösen. Da gerade der Missbrauch innerfamiliär sehr auffällig ist, sind diese Menschen besonders von privaten Krisen bedroht. Als Beispiel hierfür kann man sich vorstellen, dass der Ehepartner sehr rasch auf diese neue Situation reagiert und sich bereits hier ein weites Feld von Konflikten öffnet, die in Folge bei allen Familienmitgliedern zu einer Krise führen können.

Alkoholabhängigkeit

Im Gegensatz zum Alkoholmissbrauch liegt bei der Alkoholabhängigkeit laut WHO ein psychischer und physischer Zustand vor, der aus der Interaktion zwischen Mensch und Alkohol resultiert. Der Zustand ist charakterisiert durch Verhaltensweisen und andere Reaktionen, die immer mit dem Zwang verbunden sind, den Alkohol ständig oder in periodischen Abständen einzunehmen. Dies geschieht um die psychischen Einwirkungen des Alkohols zu erleben, oder auch, um den unangenehmen Zustand zu vermeiden, der auftritt, wenn der Alkohol längere Zeit nicht eingenommen wird.

¹⁰ <http://www.niaaa.nih.gov/FAQs/General-English/FAQ1.htm>

Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit

Ein Alkoholiker muss mit der Zeit sein ganzes Leben auf den Alkohol ausrichten, daraus ergeben sich auch einige "Hauptkriterien" für das Erkennen seiner Sucht.

Alkohol wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt getrunken.

Ein oder mehrere erfolglose Versuche mit dem Alkoholgebrauch aufzuhören oder ihn zumindest zu verringern/zu kontrollieren.

Häufiges Auftreten von Trunkenheits- bzw. Entzugssymptomen, auch wenn es wichtig wäre, unauffällig zu bleiben, z.B. am Arbeitsplatz, in Gesellschaften oder zu Hause, aber auch wenn Trunkenheit die Gefahr von körperlichen Schäden führen kann, z. B. beim Autofahren.

Wichtige soziale und berufliche Aktivitäten werden vernachlässigt oder ganz aufgegeben. So könnte jemand, der immer ein leidenschaftlicher Gärtner war, sich immer mehr von seinem Hobby zurückziehen und den Garten sich selbst überlassen. Ein anderer würde möglicherweise total aus seinem bisher regen Vereinsleben aussteigen und sich so isolieren.

Trotz des Wissens um psychische, soziale oder physische Probleme wird der Alkoholkonsum nicht eingeschränkt, was wiederum zu einer Verstärkung der Probleme führen kann.

Es kommt zu einer feststellbaren Toleranzentwicklung; das bedeutet, dass immer größere Mengen alkoholischer Getränke notwendig sind, um den gewünschten Effekt zu erreichen.

Alkoholentzugssyndrom

Alkoholiker die versuchen, den Alkohol abzusetzen, können schon nach 12-48 Stunden das so genannte Alkoholentzugssyndrom entwickeln. Bei leichtem Entzugssyndrom beobachtet man Tremor, Muskelschwäche, Schweißausbrüche, Hyperreflexie und Symptome von Seiten des Magen-Darm Traktes. Bei einigen Patienten können auch generalisierte zerebrale Krampfanfälle auftreten, meist nicht mehr als 2 aufeinander folgend.

Typen von Alkoholikern nach Jelinek (1952)¹¹

¹¹ <http://www.api.or.at/akis/texte/002/typlesch.htm>

Unter den Alkoholikern gibt es verschiedene Typen mit verschiedenen Trinkgewohnheiten, die sich folgendermaßen einteilen lassen:

α -Typ: Es handelt sich bei diesem Alkoholiker um einen Konflikt- bzw. Erleichterungstrinker ohne Kontrollverlust, jedoch mit einer gewissen psychischen Abhängigkeit. Er benötigt den Alkohol um Spannungen und Ängste zu lindern oder um Konflikte zu vermeiden. Es ist ein Versuch, mit, für ihn belastenden und überfordernden Situationen, besser umzugehen oder sie leichter zu bewältigen. Anfangs kommt es bei Alpha-Trinkern seltener zu körperlicher Abhängigkeit oder Kontrollverlust, er vollführt eine Gratwanderung, bei der er, wenn er "abstürzt", leicht zu einem Gamma-Typ wird.

β -Typ: Es handelt sich bei ihm um einen Gelegenheitstrinker, dessen Alkoholkonsum vom Milieu gesteuert wird. Meist findet sich keine psychische oder physische Abhängigkeit. Es kommt normalerweise zu keinem Kontrollverlust, eventuell fällt er durch Fehlverhalten auf. Das klassische Beispiel für diesen Typ ist der "trinkfeste Saufkumpane" der mehr aushält als die anderen.

γ -Typ: Der Gamma-Typ ist der klassische Rauschtrinker. Wenn er mit dem Trinken beginnt, kann er die weiteren Mengen die er konsumiert nicht mehr kontrollieren. Bei diesem Typ kommt es auch aufgrund des hohen Alkoholkonsums zu einer ausgeprägten körperlichen und psychischen Abhängigkeit. Es kommt hier zu einem Kontrollverlust, wobei der Alkoholiker im Rausch seinen Aggressionen freien Lauf lässt, er sehr streitlustig ist, was dann zu Wutausbrüchen führen kann. Nicht selten kommt es auch zu gewalttätigen Handlungen.

δ -Typ: Dieser Typ entspricht ebenfalls einer klassischen Form des Alkoholikers, dem Spiegeltrinker. Er ist ein Gewohnheitstrinker mit ausgeprägter körperlicher Abhängigkeit. In unserer Gesellschaftsstruktur, die das Trinken bei jeder Gelegenheit weitgehend toleriert, gibt es viele Delta-Trinker. Er leidet kaum unter Kontrollverlust oder Gedächtnislücken. Sein Trinkverhalten ist das Trinken kontinuierlich verteilt über den ganzen Tag. Er kann keine Abstinenzperioden mehr einlegen, dazu ist seine körperliche Abhängigkeit zu ausgeprägt und er leidet unter

Entzugerscheinungen. Er trinkt aus einem körperlichen Bedürfnis heraus, was natürlich frühzeitig zu schweren Organschäden führt.

ε-Typ: Episodisches Trinken mit ebenso episodischem Kontrollverlust, oft auch als Quartalsäufer bezeichnet. Man kann diesen Typ auch mit einem periodischen Gamma-Typ vergleichen.

Prof. Otto Lesch hat in seiner Habilitation aus dem Jahr 1984 mit dem Titel „Chronischer Alkoholismus - Typen und ihr Verlauf“ ein neues, aufgrund der hat diese Einteilung eine klinisch deutlich höhere Relevanz als die Typologie nach Jelinek (zitiert nach dem Handbuch Alkohol Berücksichtigung auf Ursache, Verlauf und Prognose besseres Modell erstellt. Heute Österreich 2001)

Typen von Alkoholikern nach Lesch

Typ I: Alkoholeinnahme aufgrund von „biologischem Verlangen“

Der Alkoholkonsum führt zu Toleranzentwicklung und schweren Entzugssymptomen. Es sind keine wesentlichen Auffälligkeiten der Persönlichkeit fassbar. Die Kindheit ist unauffällig. Bei diesen Patienten kann auch nach langer Abstinenz jeder Rückfall ein starkes Alkoholverlangen auslösen, weswegen stützende Psychotherapie und Selbsthilfegruppen zum Schutz gegen sozialen Trinkdruck Erfolg versprechend sind.

Typ II: Alkoholeinnahme aufgrund von „psychologischem Verlangen“

Alkoholiker dieses Typs verwenden Alkohol als Bewältigungsstrategie, bei Konflikten und als Selbsttherapie bei Angst und Unruhe. Auffällig sind Störungen in der frühkindlichen und familiären Entwicklung. Eine psychopharmakologische Behandlung kann leicht zu einer Symptomverschiebung in Richtung Beruhigungsmittelabhängigkeit führen. Therapieziel muss die Verbesserung der Lebensbedingungen sein - absolute Abstinenz ist oft nicht notwendig.

Typ III: Alkoholeinnahme zur „Behandlung von psychiatrischen Zustandsbildern“

Alkoholiker dieses Typs verwenden Alkohol als Selbstmedikation bei Befindlichkeitsstörungen und Schlafproblemen. Antidepressive Medikation und

Medikamente, die phasenprophylaktisch wirken, sollten hier zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren eingesetzt werden.

Typ IV: Alkoholeinnahme infolge frühkindlicher Vorschädigung und Entwicklungsstörungen“

Auch hier wird Alkohol als Therapeutikum zur Selbstmedikation eingesetzt. Neben stützenden Gesprächen, der Förderung von Eigenkontrolle und der Bearbeitung von Rückfällen sind niederpotente Neuroleptika und Nootropika angezeigt¹².

Es lässt sich hier schon gut aus der Typenzugehörigkeit ablesen „welche Prognose“ ein Mitarbeiter hat. Diese Information muss jedoch, aufgrund der medizinischen Relevanz und da es eine Diagnose darstellt dem Arbeitgeber vorenthalten werden. Der Arbeitsmediziner der diese Information vielleicht erhält muss sich auch hier an die ärztliche Schweigepflicht halten¹³.

Der Co- Alkoholiker

Hier handelt es sich um eine Person, die aufgrund ihres Handelns den Alkoholkranken insofern in seinem Suchtverhalten unterstützt, indem sie den Patienten " beschützt ". So kann beispielsweise, der Ehepartner zum Co-Alkoholiker werden, wenn er regelmäßig am Arbeitsplatz anruft und den Alkoholiker mit erfundenen Erkrankungen entschuldigt. In dem Glauben auf diese Art Probleme zu vermeiden, wird der Süchtige in seinem Verhalten eher bestärkt, weil er keinerlei Nachteile durch sein Trinken erfährt.

Der Co-Alkoholiker ist also eine Bezugsperson des Alkoholsüchtigen, welche von ihm mehr oder weniger gezielt in sein Suchtverhalten mit einbezogen wird.

Viele Menschen aus dem sozialen Umfeld eines Trinkers können zu Co-Alkoholikern werden. Der Ehepartner, wie oben beschrieben, der Probleme am Arbeitsplatz durch seine Anrufe verhindert, oder der den alkoholisierten Patienten aus seinem Stammlokal abholt, wenn er wieder einmal unfähig ist den Heimweg alleine zu schaffen. Die Kollegen am Arbeitsplatz, die immer wieder darüber hinwegsehen,

¹² <http://www.api.or.at/akis/texte/002/typlesch.htm>, s. Anhang

¹³ Auszug aus Handbuch Alkohol Österreich 2001 s. Literaturverzeichnis

dass der Alkoholranke mit einer "Fahne" zum Arbeitsplatz kommt oder dass er des Öfteren kurz verschwindet, meist um sich einen "kleinen Schluck" zu genehmigen, damit sein Alkoholspiegel im Blut nicht zu niedrig wird.

Der Co-Alkoholiker versucht den Alkoholranken, der aus seiner Sicht schwach und hilfsbedürftig ist, zu beschützen und versucht das Trinken des Anderen zu vertuschen oder zu verheimlichen. Außerdem versucht er Pflichten und Aufgaben zu übernehmen, zu denen der Alkoholranke seiner Meinung nach, nicht mehr in der Lage ist.

Auch Ärzte und Therapeuten können zu Co-Alkoholikern werden, wenn sie die Alkoholsucht ihres Patienten oder Klienten, in irgendeiner Form verharmlosen oder herunterspielen. Ebenso ist es, wenn man zwar ahnt, dass der Patient Alkoholiker sein könnte, aber es nicht wagt ihn direkt darauf anzusprechen.

Die einzige Möglichkeit die es hier gibt ist, offen zu sein, nichts zu verharmlosen, dem Klienten seine Krankheit bewusst zu machen und zu versuchen gemeinsam Lösungsstrategien zu entwerfen.

1.3 Darstellung der spezifischen arbeitsrechtlichen Situation in öffentlichen Krankenhäusern

In keinem der für das TZ Ybbs anzuwendenden Gesetze findet sich in den letzten Gesetzestextfassungen ein explizites Alkoholverbot. Jeder Dienstgeber kann aber, im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, ein Alkoholverbot bzw. eine Alkoholisierung während der Dienstzeit verbieten. Auch ein dahingehendes Dienstrecht kann beschlossen werden. Dies muss aber von Seiten des Betriebsrates mitgetragen werden. Ein Dienstrecht, welches neu eingeführt wird, soll als oberste Prämisse die Gleichstellung aller Mitarbeiter garantieren, egal welche Ausbildung sie haben oder welche Position sie bekleiden.

In einem Krankenhaus des Wiener Krankenanstaltenverbundes gelten mehrere Rechte. Grundsätzlich kann zwischen dem Dienstrecht für Beamte der Stadt Wien und dem Arbeitnehmerschutzgesetz unterschieden werden. In den letzten Jahren werden jedoch alle neuen Mitarbeiter nach dem ASVG angestellt. Die Möglichkeit einer Pragmatisierung ist heute bereits eher selten. Dennoch ist im TZ Ybbs rund die Hälfte aller Mitarbeiter pragmatisiert.

Wie sehen nun die Pflichten im Arbeitnehmerschutzgesetz und im Beamtendienstrecht aus?

Im AschG findet sich unter Paragraf 15 Abs. 4 folgendes:

Arbeitnehmer dürfen sich nicht durch Alkohol, Arzneimittel oder Suchtgift in einen Zustand versetzen, in dem sie sich oder andere Personen gefährden können.

Im Beamtendienstrecht: findet sich kein in dieser Richtung lautender Abschnitt, lediglich im 3. Abschnitt der Dienstpflichten unter dem Teil allgemeine Dienstpflichten:

§ 18. (1) Der Beamte hat die ihm übertragenen Geschäfte unter Beachtung der bestehenden Rechtsvorschriften mit Sorgfalt, Fleiß und Unparteilichkeit zu besorgen. Er hat sich hiebei von den Grundsätzen größtmöglicher Zweckmäßigkeit, Raschheit, Einfachheit

und Kostenersparnis leiten zu lassen.

(2) Der Beamte hat gegenüber den Vorgesetzten, den Mitarbeitern, den Parteien und Kunden ein höfliches und hilfsbereites

Verhalten an den Tag zu legen. Er hat im Dienst und außer

Dienst alles zu vermeiden, was die Achtung und das Vertrauen, die seiner Stellung entgegengebracht werden, untergraben könnte¹⁴.

Schon hier zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den Formen der Mitarbeiter.

Noch komplizierter wird es aber wenn, wie es in einem Dienstrecht vorzusehen ist, es zu einer Entlassung kommen kann. Hier unterscheiden sich die beiden, das Verwaltungsrecht (Arbeitnehmerschutzgesetz, Arbeitsrecht, Gewerbeordnung) und das Dienstrecht der Beamten der Bundeshauptstadt Wien, noch deutlicher. So kann ein Mitarbeiter der akut alkoholisiert ist mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.

Wobei es damit aber vor einem Arbeitsgericht problematisch sein könnte, dies richtig begründen zu können. Besser ist es, man lässt den Mitarbeiter deine

Pflichtverletzung unterschreiben, verwarnt ihn, dass bei einem weiteren Vorkommnis dieser Art eine sofortige Entlassung ausgesprochen werden kann. Hat der

Arbeitgeber dies zwei- oder sogar dreimal nachweislich getan, so wird der so

Entlassene auch keine Aussicht auf Erfolg vor einem Arbeitsgericht haben, da hier bereits von vorsätzlicher Dienstpflichtverletzung gesprochen werden kann.

Bei Beamten ist das Vorgehen im Prinzip gleich, jedoch nach § 75 des Wr.

Beamtendienstrechts: Ein Beamter, der schuldhaft seine Dienstpflichten verletzt, ist nach diesem Abschnitt zur Verantwortung zu ziehen, wenn:

(2) wenn eine Belehrung oder Ermahnung (§ 34 Abs. 1) ausreicht, weil die Voraussetzungen des § 97 Abs. 1 Z 4 vorliegen¹⁵.

¹⁴ <http://ris.bka.gv.at/lr-wien/>

¹⁵ <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtsvorschriften/html/d0800000.htm?S0=beamten&S1=dienstrecht#P0>, **Dienstrecht der Beamten der Bundeshauptstadt Wien (Dienstordnung 1994 – DO 1994)**

Also muss die KOFÜ diese wiederholten Dienstpflichtsverletzungen dem Dienstrechtsenat weiter melden der diesen Fall dann verhandelt. Das Problem hier ist das Strafausmaß welches der Strafsenat bestimmen kann:

Disziplinarstrafen sind:

1. der Verweis,
2. die Geldbuße bis zum 1,5fachen des Monatsbezuges unter Ausschluss der Kinderzulage,
3. die Geldstrafe bis zum 7fachen des Monatsbezuges unter Ausschluss der Kinderzulage,
4. die Entlassung.

(2) In den Fällen des Abs. 1 Z 2 und 3 ist die verhängte Strafe in einem Vielfachen des Monatsbezuges (auf Zehntel genau) nach den in § 77 festgelegten Grundsätzen zu bemessen. Bei der Berechnung der betragsmäßigen Höhe der Geldbuße oder Geldstrafe ist von dem Monatsbezug auszugehen, der der besoldungsrechtlichen Stellung entspricht, die der Beamte im Zeitpunkt der mündlichen Verkündung des erstinstanzlichen Disziplinarerkenntnisses, im Fall einer Disziplinarverfügung im Zeitpunkt der Ausfertigung derselben, erreicht hat.

(3) Fehlen dem Beamten bis zum Erreichen des Mindestpensionsalters (§ 2a PO 1995) nicht mehr als 60 Monate und weist er eine Dienstzeit von mindestens 15 Jahren zur Stadt Wien auf, kann die Disziplinarbehörde statt einer Entlassung die Versetzung des Beamten in den Ruhestand mit bis zu 25 % geminderten Ruhebezügen – unter Ausschluss der Kinderzulage – aussprechen, wenn dies mit Rücksicht auf seine erbrachten Dienstleistungen und sein bisheriges Verhalten während der gesamten Dienstzeit zur Stadt Wien gerechtfertigt ist und ihn die Entlassung unverhältnismäßig hart treffen würde.

Unter diesem Aspekt kann es schwierig sein eine, auch nur für alle beamteten Mitarbeiter, für alle gleich geltende Fassung einer Dienstvereinbarung zu finden.

Ein weiterer Punkt der Probleme macht, ist die Feststellung der Alkoholisierung bei den Mitarbeitern. Denn bei einem begründeten Verdacht muss dieser einem Amtsarzt in Wien vorgeführt werden, der die Dienstfähigkeit aus diesem Grund bestätigt. Es ist also nötig einen Bus zu organisieren, nach Wien zu fahren und bis zu

dem Amtarzt vorzudringen. Eine Sache die sich ohne weiteres auch über 4-5 Stunden hinziehen kann. Der Mitarbeiter kann zu diesem Zeitpunkt wieder nüchtern sein.

Ein akzeptables Procedere stellt die Feststellung von Alkohol in der Atemluft dar. Solche Alkometer, die geeicht sind hat auch das TZ Ybbs. Laut telefonischer Auskunft der Rechtsabteilung reicht dies auch für einen Amtsarzt.

Es ist letztlich notwendig, im KAV ein Bewusstsein zu schaffen, dass Mitarbeiter die, wie im ursprünglichen Dienstrecht 5x alkoholisiert „ertappt“ wurden, nicht mehr tragbar sind. Auch der Strafsenat muss bei einem Fall, der de facto mit einer 4-maligen vorsätzlichen Pflichtverletzung einhergeht, die Entlassung aussprechen. Letztlich soll die Dienstvereinbarung auch den Nachweis bringen, dass alles menschenmögliche bereits vom TZ Ybbs gemacht wurde, um dem Mitarbeiter zu helfen. Er stellt aber aufgrund der Nicht-Einsicht ein Haftungsrisiko für den Betrieb dar. Dies gilt ganz besonders für Ärzte und Schwestern. Besonders da das neue Unternehmensstrafrecht auch für Krankenanstalten gilt. Als Beispiel möchte ich hier folgenden Fall zitieren¹⁶:

Ein Patient ist bei einem Eingriff durch einen übermüdeten oder sonst wie überforderten Arzt geschädigt worden. Oder eine übermüdete Krankenschwester hat Medikamente verwechselt oder falsch dosiert.

Die Übermüdung war darauf zurückzuführen, dass wegen eines akuten Personalmangels gegen das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz verstoßen wurde. Wer hat als Entscheidungsträger den Personalmangel zu verantworten? War der Primar der Abteilung, der bei der Erstellung des Dienstzeitenplans gesetzlich unzulässige Überstunden anordnen musste, um einen geordneten Behandlungsablauf für alle Patienten sicherstellen zu können, Entscheidungsträger im Sinne des §2 VbVG¹⁷ oder verschiebt sich die strafrechtlich relevante Entscheidungsträgerebene auf die ärztliche Leitung des Spitals oder die Pflegedienstleitung?

¹⁶ Siehe Anhang – Haftung von Krankenanstalten

¹⁷ [Verbandsverantwortlichkeitsgesetz -VbVG](#)

Im Jahr 1999 erschütterten der Spitalsskandal im LKH Freistadt und seine Aufarbeitung durch einen Untersuchungsausschuss das öö. Krankenanstaltenwesen. Würde man die Ergebnisse der damaligen Untersuchungen in den Geltungsbereich des VbVG transferieren, dann hätte aus heutiger Sicht das Land Oberösterreich als damaliger Träger des LKH Freistadt auch strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden müssen.

Der kritische Punkt hier ist immer, weiß der Arbeitgeber oder einer seiner delegierten Verantwortlichen davon? Nur zu behaupten, dass niemand etwas von der wiederholten Alkoholisierung oder zumindest einen Alkoholgeruch wahrgenommen hat, könnte bei Gegenbeweis fatale Folgen haben. Auch hier kann eine Dienstvereinbarung rechtlich günstig sein und den Arbeitgeber entlasten. Vor allem, da ein chronischer Alkoholismus eine Erkrankung im Rahmen des ICD-10 Code Systems ist und jemand der Krank ist nicht einfach zu kündigen ist.

Es muss hier eine gerichtsfeste Betriebsorganisation vorzufinden sein. Durch das seit 1.1.2006 geltende Verbandsverantwortlichkeitsgesetz, reicht es nicht mehr den allein Schuldigen zu bestrafen, sondern es muss vielmehr im Sinne der Beweislastumkehr nachgewiesen werden, dass alles mögliche getan wurde um Fehler (auch von Mitarbeitern) zu verhindern. Damit können auch Vorstände, Prokuristen oder auch einfache Mitarbeiter einen Sachverhalt, der dem gesetzlichen Tatbild entspricht, rechtswidrig verwirklicht haben. Der Verband ist strafrechtlich verantwortlich sofern es sich um vorsätzliches Tun handelt.

Mit einer gerichtsfesten Betriebsorganisation kann solchen Problemen entgegengewirkt werden. Es wird eine festgelegte Aufbau- und Ablauforganisation realisiert werden müssen. In dieser findet sich eine transparente Delegation von Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung. Im Sinne von Anweisungs- und Nachweissystemen werden bestimmte Kooperationsregeln vorgeschrieben. Diese können im Falle eines Rechtsproblems als Nachweis dienen, dass alle Verantwortlichen nach bestem Wissen und Gewissen ein Gerüst gebaut haben welches Fehler verhindern soll. In Unternehmen wird dies meist als integriertes Managementsystem verwendet¹⁸. Im Schadensfall müssen dem Ermittler und dem

¹⁸ <http://www.gerichtsfest.de/>

Richter Auskünfte erteilt, Dokumente vorgelegt, die ordnungsgemäße Unternehmensorganisation dargelegt werden. Im Konfliktfall wird der Richter nach Anweisung, Auswahl und Überwachung fragen. Da hört sich dann „die Freundschaft“ unter den Interviewten auf. Jeder kämpft gegen jeden.

Dieses noch recht neue System, um Klagen und Verurteilungen in allen Bereichen der Wirtschaft vorzubeugen ist in Deutschland schon ein großes Thema. Über viele Wirtschaftsberatungen werden zumeist branchenspezifische Seminare angeboten. In Österreich finden sich im Internet unter „gerichts feste Betriebsorganisation“ kaum Antworten. Auf der TÜV Seite Österreich kann man einen Gastkommentar der ehemaligen Ministerin für Justiz Mag. Miklautsch finden¹⁹.

Letztlich geht es auch um die persönliche Haftung eines Arztes. Auch hier gibt es bei Alkoholisierung straf- und zivilrechtliche Möglichkeiten.

Die strafrechtliche Haftung bedeutet, dass der Arzt ein, im Strafgesetzbuch geregeltes Fehlverhalten gesetzt hat, welches zu einem Strafprozess und möglicherweise zu einer strafgerichtlichen Verurteilung führt (zu denken wäre z.B. an das Delikt der eigenmächtigen Heilbehandlung nach § 110 StGB). Zivilrechtliche Haftung bedeutet, dass der Arzt für sein Fehlverhalten zur Leistung von Schadenersatz verurteilt wird²⁰.

Die zivilrechtliche Haftung ist im Unterschied zur strafrechtlichen Haftung mit einer Ärzthaftpflichtversicherung abdeckbar.

Dazu kommt eventuell noch ein Disziplinarverfahren bei der Ärztekammer, bei der ein zeitlich begrenztes, bis hin zu einem vollständigen Verbot der Berufsausübung in Österreich zur Folge haben kann²¹.

Zusammenfassend zeigt sich, wie schwierig es ist die verschiedenen arbeitsrechtlichen Situationen in einer Dienstvereinbarung umzusetzen sind.

Umgekehrt findet sich aufgrund der neuen Haftungsbestimmungen für Spitalsträger ein triftiger Grund hier klare Verhältnisse zu schaffen.

¹⁹ <http://www.tuev.at/go/index.pl?!=de&seite=times124>

²⁰ Siehe Anhang – Ärztekammer für Wien - Haftung

²¹ Ärztegesetz 2. Abschnitt § 62 ff.

2 Methodik

2.1 Warum diese Neuanalyse erfolgt

Analyse der Fehler anhand gültiger Projektmanagementstrukturen, die aufgrund der Ausbildung und des weiteren Literaturstudiums erlernt wurden. Als reine Arbeitsmediziner fehlt den meisten Kollegen das Wissen um die Komplexität eines Projekts. Die Ausbildung des Arbeitsmediziners folgt ganz anderen Aspekten als die, hier erweiterte, zum Wirtschaftsmediziner. Auch ist der Arbeitsmediziner ein Beruf, der aufgrund gesetzlicher Vorgaben im Arbeitnehmerschutzgesetz definiert wurde. Sein Aufgabenprofil, der Arbeitsaufwand und auch die Funktion sind recht genau vorgeschrieben. Vielen Betrieben ist daher die Anstellung eines Arbeitsmediziners eher eine lästige Pflicht, als eine Chance. Nur wenige Betriebe erkennen die Anstellung eines Arbeitsmediziners als Chance, auch einen wirtschaftlichen Profit durch ihn zu bekommen. Der Großteil der Arbeitsmediziner wird von Personalisten nicht als weiterbildungswürdige Berufsgruppe anerkannt.

Bisher gab es auch kein explizites Angebot für sie, sich von ihrer Arbeit in Richtung Management zu bewegen und hier eine Rolle zu übernehmen, die auch für die Mitarbeiter eines Betriebes von Vorteil sein kann. Aber es ist auch mehr möglich. Denn während Betriebswirte die rein markttechnischen Voraussetzungen zum Manager oder zur Betriebsführung innehaben, erfüllen Wirtschaftsmediziner, neben dem Wissen um kurative oder präventive Leistungen, jetzt auch grundsätzlich markttechnische Voraussetzungen, sich im Bereich Management zu etablieren und sich auch durchzusetzen. Durch Weiterbildung zum Wirtschaftsmediziner wird ein deutlicher Wissensvorsprung aufgebaut. Es soll veranschaulicht werden, wie sich das Wissen um Projektplanung und Projektmanagement, in einem anderen, für das Management wesentlich nachvollziehbareren Projektplan, auswirkt.

2.2 Darstellung der Methode, wie eine verbesserte Lösung gefunden werden soll

Anhand des in den Veranstaltungen der Ausbildung zum Wirtschaftsmediziner gewonnenen Wissens wurde der Grundstein für das Interesse dieses gescheiterte Projekt noch einmal zu überarbeiten geweckt. Es wurde klar wie viele Fehler damals gemacht wurden und wie bescheiden das Wissen um Projektplanung und Projektmanagement war.

Für diese Arbeit wird das Basiswissen aus den Kursen verwendet. Damit alleine ist aber noch keine optimale und wissenschaftlich fundierte Arbeit möglich. Daher wurde vor Beginn der Arbeit eine ausführliche Literatursuche begonnen. Daneben ist aber auch das Internet eine, beinahe, unerschöpfliche Quelle über Projekte, Projektgestaltung und vieles mehr. Auch über die Thematik Alkohol lässt sich eine Vielzahl an Beiträgen finden. Sehr informativ und recht wissenschaftlich gestaltet bietet sich auch das Online Lexikon Wikipedia immer wieder für Online-Recherchen an. Problematisch ist an diesem Wissen nur, dass oft keine oder nur mangelhafte Quellenangaben vorhanden sind.

Die meisten Bücher mit denen ich mich beschäftigt habe bieten eine mehr oder weniger umfassende Strategie an Möglichkeiten und Maßnahmen wie ein Projekt erstellt werden soll, an. Hier einen klaren roten Faden zu finden ist relativ kompliziert. Letztlich halte ich mich hier an eine recht einfache Checkliste aus „Checklisten Projektmanagement“²², die als Grundgerüst für den Aufbau des Projektes dient. Das Hintergrundwissen wurde dann aus den verschiedenen Quellen ergänzt und in die Abhandlung des Themas einfließen lassen.

Der Themenbereich Alkohol und Alkoholismus hat mich schon bei einem Seminar an der medizinischen Psychologie beschäftigt. Damals belegte ich bei Prof. Sonneck ein Seminar mit dem Titel Suizidverhütung. Meine damalige Seminararbeit hatte den Titel „Krisenmacher Alkohol“. Auch aus dieser Arbeit schöpfte ich noch Wissen für den „medizinischen Teil“ dieser Diplomarbeit.

²² Checklisten Projektmanagement, Boy, Heunisch, Lehmann, Winkler s. Literaturverzeichnis

3 State of the Art

3.1 Beschreibung der Ist-Situation

Durch das Scheitern des Projekts MAF und der dazugehörigen Betriebsvereinbarung hat sich die Situation in keiner Weise verändert, sondern, aus Sicht der Arbeitsmedizin eigentlich sogar deutlich verschlechtert. Bereits im Vorfeld wurde das Thema Alkohol in der anstaltseigenen Zeitung veröffentlicht. Es kam in diesem Zusammenhang sehr wohl zu einer Sensibilisierung einiger Mitarbeiter, unter anderem auch von Stationsleitern.

Da aber auf die Sensibilisierung keine Anleitungen und Regeln für das Verhalten gegenüber Mitarbeitern erfolgten zeigt sich jetzt wie unstrukturierte Vorgänge, den Umgang mit Betroffenen schaden kann. Die kollegiale Führung hat nach dem Scheitern keinen weiteren Anlauf unternommen, wie mit Alkoholproblemen bei Mitarbeitern, strukturiert vorzugehen ist.

Ausgehend von diesen Punkten zeichnet sich auch eine Verlegenheit im Bereich der Stationsleitungen und Abteilungsleiter ab. Da keine Schulungsmaßnahmen getroffen wurden, nachdem sie für dieses Thema sensibilisiert waren, besteht nun Unsicherheit im Umgang mit Personal, welches ein Alkoholproblem hat oder haben könnte. Wichtige Fertigkeiten, wie das Erkennen von Auffälligkeiten bei Mitarbeitern, sind nicht vermittelt worden. Abzuwarten, bis ein Mitarbeiter torkelelnd, nicht mehr zum Sprechen fähig durch die Gänge wankt und dann erst einzugreifen, ist sicherlich keine Lösung. Ebenso unzulässig ist es, wie von einigen Führungskräften, die kleinsten Veränderungen im Arbeitsalltag, als Zeichen für etwaige Alkoholprobleme ausgelegt werden.

Wenn der begründete Verdacht eines aktuellen Alkoholproblems bei Mitarbeitern besteht, können viele Vorgesetzte nicht richtig mit dem Mitarbeiter sprechen. Hier offenbaren sich die fehlenden Schulungen im richtigen Umgang mit Mitarbeitern, die vielleicht einen problematischen Umgang mit Alkohol pflegen. Es werden keine Aufzeichnungen über Verfehlungen während der Dienstzeit gemacht. Das Personal übernimmt oft die Funktion eines Co-Alkoholikers, ohne sich dessen bewusst zu

sein. In einem Mitarbeitergespräch kann der Mitarbeiter nur schwer Stellung zu Vorhaltungen nehmen, da ohne Aufzeichnungen der Fall schon mit subjektiver Färbung vorgehalten werden kann. Falls wirklich ein Mitarbeitergespräch über solche Verdächtigungen stattfindet, so werden selten Aufzeichnungen darüber geführt. Eine Vorgangsweise, die bei arbeitsrechtlichen Problemen als eine Verfehlung der Führungskraft ausgelegt werden kann. Auch wenn das Führungspersonal in Gesprächsführung geschult ist, so ist ein Gespräch mit einem Mitarbeiter, bezüglich seines Alkoholproblems sicher eines, das höchstes Fingerspitzengefühl erfordert. Eine falsche Vorgangsweise, mangelnde Sensibilität oder haltlose Vorwürfe können dann Auswirkungen auf das gesamte Team einer Abteilung haben.

Aus Sicht des Arbeitsmediziners hat das Fehlen jeglicher Struktur im Umgang mit alkoholgefährdeten Mitarbeitern oder denen, die bereits an einer chronischen Alkoholkrankheit leiden, massive Folgen. Es hat sich die Angewohnheit eingebürgert, dass jeder Vorgesetzte, nach eigenem Belieben und Gutdünken Mitarbeiter, welche verdächtigt werden, alkoholisiert in den Dienst gekommen zu sein, einfach in die nächste Sprechstunde des AM zuweist. Die Klienten werden oft nicht einmal von den Vorgesetzten informiert warum sie in die arbeitsmedizinische Ambulanz müssen. Der AM wiederum hat keine genauen Unterlagen wie der Klient auffällig wurde bzw. was ihm zur Last gelegt wird. Es werden keine schriftlichen Aufzeichnungen geführt und die Klienten nicht mit den Vorfällen in einem Vier Augen Gespräch konfrontiert. Somit kann der AM lediglich versuchen eine Anamnese zu erstellen. Weiters besteht die Möglichkeit den Klienten mit einem Alkomat auf Alkoholisierung zu testen, wobei hier arbeitsrechtlich Probleme entstehen könnten. Außerdem erscheinen die Mitarbeiter normalerweise nüchtern. Falls bei einer solchen Vorgehensweise überhaupt ein offenes Gespräch zustande kommt und es wirklich Hinweise auf ein Alkoholproblem gibt, kann der AM weitere Sitzungen vereinbaren oder an Psychologen, Psychotherapeuten oder an Psychiater überweisen. Auch die Möglichkeit eines stationären Entzuges ist auf Wunsch möglich. Zum jetzigen Zeitpunkt findet aber kein Informationsaustausch zwischen AM und Therapeuten statt. Also kann nicht überprüft werden, ob der Mitarbeiter die angebotenen Ressourcen benutzt und auch

regelmäßig wahrnimmt. In Einzelfällen, wo versucht wurde zu eruieren ob ein Mitarbeiter compliant ist, zeigte sich meist das Gegenteil.

Schwierigkeiten bestehen auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal auf den Stationen. Denn hier hat nicht die Arbeitsmedizin die Entscheidungsmacht, sondern der Amtsarzt. Ihm obliegt die Feststellung ob ein MA im Langdienst (12 Stunden) bleiben darf oder nicht. Auch die Nachtdienstfähigkeit wird durch den Amtsarzt beurteilt. Also bleibt dem Arbeitsmediziner lediglich die Möglichkeit seine Rolle als Berater wahrzunehmen und den Mitarbeiter bei der Problemlösung zu unterstützen. Die Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat ist gut.

Nachteile ergeben sich für den Arbeitgeber. Wenn ein Alkoholiker den Punkt seiner Krankheit erreicht, an dem es regelmäßig zu einem Kontrollverlust kommt, beginnen sich Krankenstände und Urlaube zu häufen. Bei einigen Formen des chronischen Alkoholismus findet sich oft eine Häufung von einzelnen Urlaubstagen. Wenn diese aufgebraucht sind, treten gehäuft Kurzzeitkrankenstände auf, durch die wiederum Kosten für Krankenstände und deutliche Mehrkosten für Mitarbeiter entstehen, die als Vertretung Überstunden leisten.

Viele Mitarbeiter schaffen es nicht, einen Kollegen der sich auffällig verhält, der Stationsleitung zu melden. Daher werden nicht selten Aufgaben des „Problemfalles“ übernommen, nur um die geforderte Gesamtproduktivität zu erhalten. Derartige Zustände können über lange Zeiträume aufrecht bleiben. Zwar steigt die Unzufriedenheit, aber bis das Fass zum Überlaufen kommt, sind viele Mitarbeiter sehr geduldig. Ist es aber soweit und der Problemfall wird für die Gesamtsituation und alle Mitarbeiter nicht mehr tragfähig, ist der Wunsch nach Versetzung oder Entlassung des Alkoholikers von den anderen Mitarbeitern schon massiv ausgeprägt. Wie lange Mitarbeiter mit einem Alkoholproblem in der Lage sind eine Meldung an höhere Stellen zu verhindern ist unterschiedlich. Es hängt nicht nur vom Stadium ihrer Erkrankung ab. Vielmehr ist es die Auffälligkeit im Arbeitsalltag, die eine raschere Meldung erfolgen lässt. Ist aber der Betroffene jemand mit einem gut ausgeprägten Selbstbewusstsein oder guten rhetorischen Fähigkeiten, so kann es

ihm auf diese Weise gelingen, über einen längeren Zeitraum zu verhindern, dass eine Meldung an die vorgesetzten Stellen erfolgt. Also tritt der Zeitpunkt „bis das Fass überläuft“ um bei oben erwähntem Beispiel zu bleiben, erst wesentlich später ein. Kollegen die nicht über derartige Fähigkeiten verfügen oder nur geringe Sympathiewerte besitzen, werden wesentlich rascher gemeldet.

In einem aktuellen Fall, der sich bereits über zwei Jahre hinzieht, wurden alle Möglichkeiten angenommen, aber dann immer wieder aus verschiedensten Gründen nicht umgesetzt oder abgebrochen. Der über den AM vermittelte stationäre Entzug wurde mit der Begründung: „Hier ist es nicht auszuhalten“ auf Revers am ersten Tag abgebrochen. Der zweite Versuch in einem anderen Krankenhaus wurde angenommen. Die notwendige weiterführende Nachsorge bei einem Psychotherapeuten wurde 3-mal wahrgenommen. Danach ist der MA nicht mehr erschienen und hat zwei fixierte Termine ohne Angabe von Gründen fallen lassen. Ein Psychiater wurde gefunden, bei dem der MA „ein gutes Gefühl hat“. Aber auch diese Versorgung wurde nach kürzester Zeit nicht mehr akzeptiert. Letztlich wurde der MA in beiderseitigem Einverständnis aus dem Arbeitsverhältnis entlassen.

3.2 Darstellung des gescheiterten Projekts

Im Februar 2002 bekam der Arbeitsmediziner den Auftrag etwas wegen der Mitarbeiter zu unternehmen die ein Problem mit Alkoholisierung im Dienst haben. Der Auftrag gliederte sich letztlich in mehrere Teile. Es soll eine Dienstvereinbarung geschaffen werden, die den Konsum von alkoholischen Getränken untersagt. Auch ein Erscheinen in alkoholisiertem Zustand soll nicht gestattet sein.

Der Arbeitsmedizinische Dienst soll alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten finden, wie Mitarbeitern mit einem Alkoholproblem geholfen werden kann. Dabei sollen aber vorwiegend externe Möglichkeiten (also keine Verwendung von eigenen Psychologen oder Psychiatern) in Betracht gezogen werden. Die kollegiale Führung zeigte auch die Bereitschaft, Mitarbeitern einen stationären Entzug zu gewähren, auch wenn dies mit einer langen Absenz am Arbeitsplatz verbunden wäre.

Um in Zukunft von Anfang an zu verhindern, dass Mitarbeiter ein Problem wegen ihres Alkoholkonsums haben, war es auch ein erklärtes Ziel, eine funktionierende Primärprävention einzuführen.

Es wurde kein fester Zeitraum festgelegt, zu welchem Termin diese Aufgaben zu erledigen seien, da die Einsatzzeiten recht gering sind und der Arbeitsmediziner noch recht kurz in dem Betrieb arbeitete.

In der Folge beschäftigte sich der Arbeitsmedizinische Dienst- ein Arbeitsmediziner und eine arbeitsmedizinische Krankenschwester, intensiv mit Literatur- und Internetrecherche. Besonders das Handbuch Alkohol- Österreich machte dem Team deutlich wie dringend der Handlungsbedarf sein dürfte. Schätzungen, die anhand der Prävalenz von Alkoholgefährdeten und –kranken erstellt wurden, konnte im Therapiezentrum Ybbs mit rund 700 Mitarbeitern, von ungefähr 30 Alkoholkranken und rund 70 Alkoholgefährdeten ausgegangen werden. Wie später in der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung ausgeführt wurde der finanzielle Schaden durch die chronisch Alkoholkranken auf etwa € 300.000 pro Jahr geschätzt.

Ein Buch welches einen weiteren entscheidenden Fortschritt brachte, hat den Titel „Suchtvorbeugung in Österreich“²³. Hier wurde über das Kalksburger Modell zur Alkoholprävention berichtet. Hier wurde erstmals der Stufenplan erwähnt, welcher sich in vielen Dienstvereinbarungen im Internet fanden. Es wurde beschlossen diesen Stufenplan für das Therapiezentrum zu adaptieren und in Form der Dienstvereinbarung umzusetzen.

Es wurde also ein Stufenplan erstellt der auf die Hierarchiestruktur des Betriebes zugeschnitten ist. Es entstanden 5 Stufen, die das Ziel hatten, dem betroffenen Mitarbeiter, die Notwendigkeit eines Verzichtes auf Alkohol, während und auch vor dem Dienst und auf mögliche Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Vereinbarungen hinzuweisen. Als letzte Stufe blieben dann dienstrechtliche Maßnahmen die als Ziel eine Kündigung des Mitarbeiters hatten. Bereits hier fingen bereits die ersten Probleme an, da es pragmatisierte Beamte und Beschäftigte nach dem ASVG gab. Diese Anstellungsformen unterscheiden sich aber deutlich bei einer geplanten Kündigung.

Für die Pragmatisierten gilt das Wiener Beamtenrecht. Hier gibt es die Möglichkeit einer Kündigung nur über ein Disziplinarverfahren, welches von Magistratsbeamten in Wien durchgeführt wird. Dabei gibt es aber keine Sicherheit, ob dieser Mitarbeiter dann auch entlassen wird. Es kann auch lediglich eine Ermahnung des Betroffenen als Ergebnis dieses Verfahrens übrig bleiben. Dies widerspricht aber der Idee, die als unbedingt nötig erachtet wird, dass alle Mitarbeiter gleich behandelt werden. Trotzdem wurde die Dienstvereinbarung weiter erstellt.

Der nächste Schritt war den Stufenplan an die verschiedenen Dienstbereiche anzupassen. Es handelt sich dabei um den Pflegebereich, den Verwaltungsbereich und zu letzt den ärztlichen Bereich.

Bei der Dauer zwischen den einzelnen Stufen fanden sich verschieden Ansichten, die alle Vor- und Nachteile hatten. Der Arbeitsmedizinische Dienst entschied sich ein acht Wochen Intervall zwischen den Stufen. Damit soll sichergestellt werden, dass

²³ Suchtvorbeugung in Österreich s. Literaturliste

kein Mitarbeiter zu rasch die Stufen durchschreitet, um dann, relativ rasch gekündigt zu werden. Acht Wochen bedeutet aber auch ein langes Beobachtungsintervall, in dem keine Auffälligkeiten in Bezug auf den Alkoholkonsum oder Trunkenheit im Dienst bemerkt werden darf. Das ausschlaggebende Element für die acht Wochen Regelung ist, die Vision der Stadt Wien als sozialer Arbeitgeber, der seinen Mitarbeitern auch wirklich die Möglichkeit lässt, sein Problem zu bewältigen²⁴. Um aber Missbrauch mit den Zeitintervallen zu vermeiden, wurde die Netto Arbeitszeit angenommen. Unterbrechungen durch Erkrankung oder Urlaub haben keinen Einfluss auf das Beobachtungsintervall. Etwas das in keiner Dienstvereinbarung zu finden war, ist aber das Procedere mit Mitarbeitern die ihr Problem bewältigt haben. Oft gab es insgesamt drei Ermahnungen, danach wurde der Mitarbeiter aus dem Arbeitsverhältnis entlassen. Hier wurde entschieden, dass eine Rückstufung möglich ist, im gleichen Intervall wie die Stufen „nach oben“ durchschritten werden. Auf diese Art können auch Eintragungen in die Personalakten wieder revidiert werden.

Um diesen Stufenplan wurden dann noch die für eine Dienstvereinbarung üblichen Punkte angeführt. Dies sind Geltungsbereich, Geltungsdauer, Ziel der Vereinbarung und Aufklärung & Weiterbildung.

Die nächste Aufgabe bestand in der Erstellung eines breiten Hilfsangebotes für chronisch Alkoholranke. In einem ersten noch einfachen Schritt wurden alle Psychologen und Psychiater in der näheren Umgebung eruiert. Danach wurde telefonisch die Bereitschaft zur Übernahme und Therapiebegleitung von betroffenen Mitarbeitern abgeklärt. Die Möglichkeit eines stationären Entzuges stellte kein wesentliches Problem dar, da alle Anstalten auch ihre Mitarbeiter recht rasch und unbürokratisch an das TZY zuweisen können. Zur Überprüfung der Alkoholisierung steht in der arbeitsmedizinischen Ambulanz ein Alkoholtestgerät zur Verfügung. Die arbeitsmedizinisch ausgebildete Krankenschwester erklärte sich auch bereit ehrenamtlich als Suchthelfer zu fungieren.

²⁴ Leitbild des KAV S.9, siehe Anhang

In der Folge wurde überlegt, wie die Mitarbeiter für dieses Thema interessiert werden können. Es war wichtig, dass vor allem die Chargen und Vorgesetzten eine gründliche Schulung erhalten. Damit ist sowohl ein sehr gutes Überblickwissen, über Alkoholprobleme insgesamt nötig, als auch die Fähigkeit, mit Betroffenen ein konstruktives Gespräch, vor allem Vorurteilsfrei zu führen. Die übrigen Mitarbeiter sollten so geschult sein, dass sie vor allem Selbstreflektieren können und erkennen wann sie zum Co-Alkoholiker werden. Der Arbeitsmedizinische Dienst vertrat die Meinung, dass dies eine Aufgabe wäre, die von externen Experten durchgeführt werden sollte. Während dieser Phase gab es einige Sitzungen mit der KOFÜ. Hier zeigte sich bereits der Arbeitnehmersvertreter nicht sehr angetan, von einem Projekt, bei dem es dazu kommen könnte, dass ein Mitarbeiter seinen Arbeitsplatz verlieren kann.

Es wurde beschlossen einen Workshop mit einigen der Multiplikatoren des TZ Ybbs abzuhalten. Dieser fand im November 2003 statt. Als Moderatorin wurde eine externe Fachkraft nämlich Gerlinde Wonofsky gewonnen. In kurzer Zeit zeigten sich verschiedene Interessensgruppen ab. Einige die generell gegen eine Dienstvereinbarung waren, andere deren Hauptsorge es war, ob die Schulungen in Form von Überstunden ausbezahlt werden. Viele waren auch skeptisch ob die Dienstvereinbarung wirklich für alle gelten wird, besonders „wenn es einmal drauf ankommt. Im Großen und Ganzen herrschte aber eine positive Atmosphäre.“²⁵ Die Dienstvereinbarung wurde in der Folge noch einmal überarbeitet. Dabei wurde der erste Teil als punktuelle Aufzählung wie Geltungsbereich Geltungsdauer...gestaltet und dann ein Anhang in dem die Erläuterungen zu den einzelnen Punkten aufgezählt wurden. Damit erhoffte sich die Projektleitung mehr Transparenz und eine gradlinige Struktur, die zu einem leichteren Verständnis der Beweggründe warum bestimmte Textstellen genau so in der Dienstvereinbarung formuliert waren²⁶. Ende März 2004 war die Dienstvereinbarung soweit gediehen, dass sie der Rechtsabteilung des KAV vorgelegt werden konnte. Damit sollten die Rechtsgrundlagen des Dokumentes betätigt werden um bei Problemen auch vor einem Arbeitsgericht mit der Argumentation und Dokumentation bestehen zu können.

²⁵ Zusammenfassung und Flipchartfolienkopien vom MAF Feedback Workshop finden sich in der Anlage

²⁶ Die letzte fast fertige Fassung findet sich im Anhang

Wenige Wochen später kam die Mitteilung an die KOFÜ, dass hier keine Gleichwertigkeit der verschiedenen Dienstrechte machbar ist (Beamte vs. ASVG) ist. Außerdem konnte zwischen den Zeilen erkannt werden, dass eine solche Dienstvereinbarung im KAV zu Zeit nicht erwünscht ist. Das Projekt wurde danach abgebrochen, vom Arbeitsmediziner aber noch weiterhin in der Schublade gehalten. Dem Arbeitsmediziner wurde diese Mitteilung nur mündlich mitgeteilt, eine schriftliche Stellungnahme hat er nie zu Gesicht bekommen.

4 Abhandlung des Themas

4.1 Fehler und positive Aspekte des gescheiterten Projekts

Um zu den positiven Aspekten zu kommen: Im Bereich der Prävention wurde sehr wohl erkannt, dass es eine Primärprävention benötigt, um die Mitarbeiter zu sensibilisieren. Auch die Tertiärprävention war im in Ordnung, was aber zu erwarten war, da es sich hier um eine Aufgabenstellung handelt, die deutlich in den medizinischen Teil fällt. Die Sekundärprävention war dagegen wieder lückenhaft. Bei der Gestaltung des Dienstrechtes wurde das Kalksburger Schema in einer modifizierten Variante gestaltet. Das Projekt „MAF- Mitarbeiter alkoholfrei“ stand von Beginn an unter keinem guten Stern. Der Beschluss den Arbeitsmedizinischen Dienst mit dieser Aufgabe zu betrauen, erweist sich als Fehler. Auch wenn der Arbeitsmediziner enthusiastisch an die Umsetzung heranging, fehlte das nötige Rüstzeug um so ein Projekt zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen. Die Idee die Dienstvereinbarung in einen rein „juristisch“ formulierten Teil, dem dann die Erläuterungen folgen, trägt sicher zu besser Überschaubarkeit bei.

Hervorzuheben ist, vor allem, was die Zeiträume zwischen den einzelnen Stufen betrifft, dass ein langes Intervall ausgewählt wurde. Vom kreativen Standpunkt aus ist auch die Berechnung der reinen Arbeitszeit ohne Urlaub und Krankenstand ein Novum. Der soziale Aspekt in der Dienstvereinbarung findet sich in der Möglichkeit der Rückstufung wieder die in den gleichen Intervallen wie die Aufstufung abläuft. Damit waren zwar die Grundaufgaben wahrgenommen, aber über die erfolgreiche Umsetzung hatte sich die Projektleitung keine besonderen Gedanken gemacht. Auch der Auftraggeber, die KOFÜ, hätte aufgrund ihrer Erfahrung erkennen können bzw. müssen, dass das Projekt auf diese Weise nur sehr schwer umgesetzt werden kann und hätte einen erfahrenen Mitarbeiter zumindest als Assistenz zur Verfügung stellen müssen.

Es wurden keine notwendigen Analysen vorgenommen. Auch der Kontakt zu den Mitarbeitern, die dieses Projekt mittragen hätten müssen wurde viel zu spät gesucht. Hier konnte auch ein Artikel im TZ Magazin nicht mehr helfen.

Leider wurde auch keine Risikoanalyse durchgeführt, mit der auf Widerstand und Skepsis der Belegschaft reagiert werden hätte können. In dem Workshop zeigte sich dann dieser Unmut, als sogar ein Oberarzt gegen diese Dienstvereinbarung war. Er meinte eine Grenze von 0,5 Promille, wie im Straßenverkehr, sei eine ausreichendes Limit. Als Opinion Leader hatte er rasch einige Befürworter auf seine Seite gezogen. Auch die zu spät angesetzte Prüfung durch die Rechtsabteilung erwies sich letztlich als Fehler. Nämlich als jener, der das ganze Projekt in sich zusammenstürzen ließ. Da keine Gleichheit zwischen den Anstellungsformen bestand und auch, wie schon erwähnt, der politische Wille nicht vorhanden war, zog sich der Auftraggeber sehr rasch zurück.

4.2 Projektplan für alternative Ablauforganisation und ein Prozessmanagement

Die Ausgangssituation in diesem Fall ist der Wunsch der kollegialen Führung nach einer verbesserten Alkoholprävention und nach einem Schema wie in Zukunft mit Mitarbeitern umgegangen werden soll, die alkoholisiert im Dienst sind. Bereits in der Fragestellung wird angezeigt, dass es sich eigentlich um zwei Projekte handelt. Einerseits erfolgt der Auftrag an den Arbeitsmediziner, in seinem Aufgabenfeld eine Verbesserung zu erreichen, nämlich die Standards in der Alkoholprävention zu verbessern. Andererseits soll eine Dienstvereinbarung eingerichtet werden, die allen Mitarbeitern klar zeigt wie mit ihnen im Falle einer Verletzung des Alkoholverbotes bzw. einer Alkoholisierung während der Dienstzeit verfahren wird. Diese Dienstvereinbarung muss für alle, gleichgültig in welcher Hierarchieebene sie in dem Betrieb arbeiten, gelten.

Da aber das TZ Ybbs nur ein Teil des Wiener Krankenanstaltenverbundes ist, sollte versucht werden dieses Projekt von höherer Stelle absegnen zu lassen. Wenn die Direktion des KAV sich durchringen könnte, dieses Projekt in allen Spitälern der

Gemeinde Wien umzusetzen, ist es ein leichtes die Gleichbehandlung aller Mitarbeiter annähernd gleichzustellen. Da zu sollten die Wirtschaftlichkeitsüberprüfung und der Nutzwert herangezogen werden. Denn, gelebte Gesundheit ist immer auch ein Vorbild, besonders hier, wo es um erkrankte Menschen geht die, als Patient in einem Krankenhaus verweilen. Um hier weiter ausführen zu können nehme ich die Zustimmung des KAV der Einfachheit halber als gegeben an.

4.2.1 Projektwürdigkeitsprüfung für Einsetzung einer Dienstvereinbarung „Alkohol am Arbeitsplatz“

Wie für viele Projekte, zeigt sich auch hier am Beginn eine vage Projektidee. Daher ist es notwendig gleich am Anfang zu prüfen, inwiefern eine Idee überhaupt projektwürdig ist. Es sollte hier noch keine detaillierte Entscheidung über das Endprodukt und die Lösung verknüpft sein, weil dafür eine Konkretisierung des Projektes notwendig ist²⁷. Selbst wenn diese erste grobe Projektwürdigkeitsprüfung positiv ausfällt, ist das Projekt noch meist vage und durch viele Unklarheiten gekennzeichnet.

4.2.2 Der richtige Zeitpunkt

An erster Stelle steht die Frage ob jetzt der richtige Zeitpunkt ist um ein Projekt zu starten.

In der Abbildung sind einige Einflussfaktoren sowohl Firmeninterne als auch Firmenexterne beispielhaft aufgezeigt. Dies soll als Denkanstoß dienen, dass eine Idee nicht automatisch in ein Projekt münden kann.

²⁷ Siehe Patzak/ Rattay, Projektmanagement S.63, Verlag Linde International

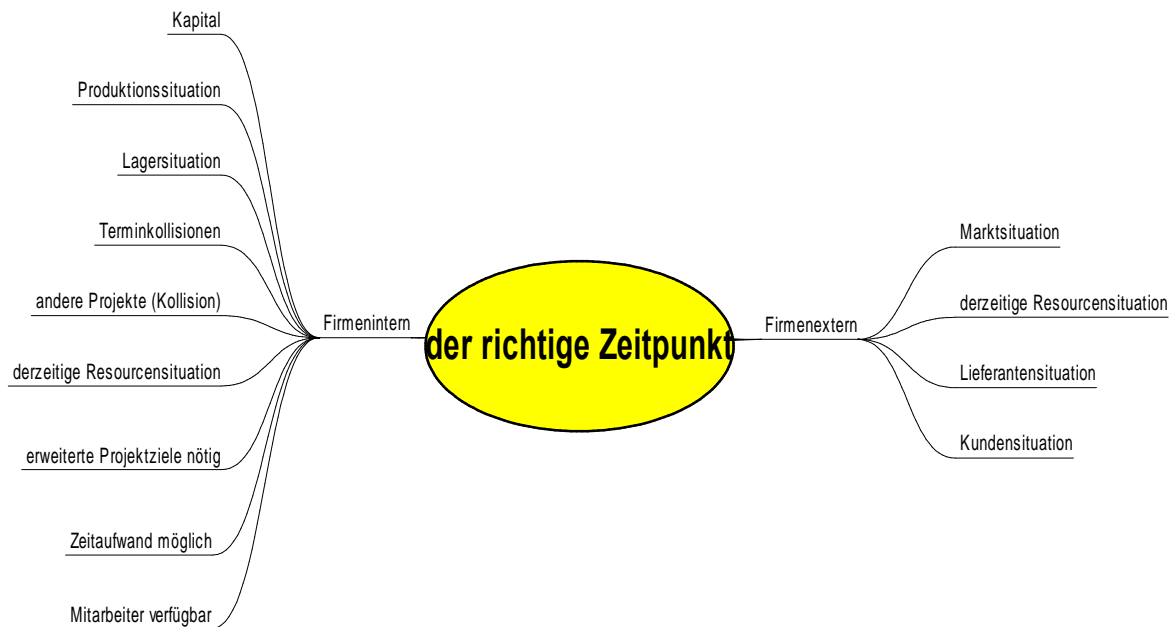


Abbildung 3 Der richtige Zeitpunkt

Selbstverständlich ist in einem Projekt über eine Dienstvereinbarung der richtige Zeitpunkt für deren Einsetzung relativ einfach auszuloten. Eine Abhängigkeit von externen Faktoren ist im Wesentlichen nicht gegeben. Bei den internen Faktoren kommen als Einflussgrößen die folgenden in Frage: Kapital, erweiterte Projektziele und die Mitarbeiterverfügbarkeit. Da die kollegiale Führung aufgrund eines Anlassfalles aktiv geworden ist, ist der richtige Zeitpunkt von dieser Seite auf jeden Fall gegeben. Es gilt daher noch die Frage der Finanzierung und der Mitarbeiterverfügbarkeit als Projektmitglieder zu klären. Peter Drucker schreibt in diesem Zusammenhang²⁸: Die Ergebnisse einer Institution stehen im Mittelpunkt der Bemühungen des Managements. Ausgangspunkt für seine Arbeit sind die angestrebten Ergebnisse, und danach muss das Management die Ressourcen der Institution so einsetzen und organisieren, dass diese Ergebnisse auch erzielt werden können.

²⁸ Peter Drucker, Management im 21. Jahrhundert S 63 siehe Literaturverzeichnis

Der richtige Zeitpunkt ist auch heute noch gegeben, da sich an der Struktur nichts Wesentliches geändert hat. Im Gegenteil, wie im Kapitel Ist – Situation erklärt wird, besteht heute ein wesentlich höherer Bedarf. Derzeit zeichnet sich der Umgang mit Alkohol am Arbeitsplatz vor allem durch eine außerordentliche Trägheit in der Vorgangsweise ab. Ohne Dienstvereinbarung, Schulung des Kaderpersonals und intensiver Prävention und Hilfestellung im Rahmen der Arbeitsmedizin ist weiteres Versagen mit „Problemmitarbeitern“ mit Sicherheit zu erwarten.

4.2.3 Ist die Aufgabenstellung geeignet?



Abbildung 4 Ist die Aufgabenstellung geeignet?

Auch die Frage ob die Aufgabenstellung klar bzw. geeignet für dieses Projekt ist sollte vor der eigentlichen Projektplanung gestellt werden. Ist die Kombination aus aktiver Alkoholprävention und Dienstvereinbarung ein wirksames Instrument um Mitarbeitern mit einem Alkoholproblem zu helfen? Diese Frage lässt sich mit einem eindeutigen „Ja“ beantworten. Denn Mitarbeiter, die lediglich alkoholgefährdet sind,

können mit einer Dienstvereinbarung rascher erkannt werden. Eine aktive Hilfestellung durch die Arbeitsmedizin kann diesem Mitarbeiter rasch professionelle Hilfe und Unterstützung angeeignen lassen. Gerade diese Gruppe kann von diesem Projekt deutlich profitieren. Im Leben eines Menschen kommen immer wieder schwierige Perioden vor, in denen manche Menschen dazu neigen, Alkohol als Problemlöser zu sehen. Diese Fälle, die ich hier als exogen reaktiv bezeichne, genießen besondere Vorteile. Da diese Phasen an sich begrenzt sind und weil auch Hilfe durch den arbeitsmedizinischen Dienst angeboten wird, sollte hier ein Arbeitsplatzverlust in fast allen Fällen verhindert werden können. Hier wird also eine echte Hilfestellung möglich sein. Anders gelagert ist die Situation bei chronischen Alkoholikern, die auffällig werden. Auch hier kann die Arbeitsmedizin gute Unterstützung bieten, da diese Erkrankung aber wesentlich schwerer zu therapieren ist, kann hier aus Arbeitgebersicht die Dienstvereinbarung unterstützend sein, da klare Richtlinien im Umgang mit einem solchen Mitarbeiter auch eine Lösung des Arbeitsverhältnisses beinhalten sollte. Somit sind die beiden ersten Punkte mit ja beantwortet.

Etwas was mit diesem Projekt auf keinen Fall realisiert werden soll ist eine Gewissensberuhigung. Vielmehr soll hier der Anstoß an alle Mitarbeiter gegeben werden sich aktiv zu beteiligen. Mitarbeiter mit Alkoholproblemen sollen rasch darauf angesprochen werden. Die Teamfähigkeit soll auf jeden Fall erhalten bleiben oder sich sogar noch verbessern, ganz in dem Sinn: „jede Krise ist auch eine Chance“. Alle Beteiligten können gewinnen, wenn es nicht in ein gegeneinander abgleitet. Nur das eigene Gewissen zu beruhigen, das der Mitarbeiter jetzt ohnehin in einem „Programm“ ist, ist nicht erwünscht.

Ein weiteres Nicht-Ziel ist es, hier eine einfache Methode zur Kündigung von Personal mit Alkoholproblemen zu erreichen. Derzeit zeichnet sich ein beginnender Mangel an Pflegepersonal ab, der aufgrund einer Überalterung der Bevölkerung in den Jahren noch wesentlich zunehmen wird. Auch Ärzte könnten nach den Aufnahmemodalitäten der österreichischen medizinischen Universitäten (EU- Urteil zur Gleichbehandlung inländischer und ausländischer Studenten) in den nächsten

Jahren knapper werden. Personal, in den Bereichen Verwaltung und Haustechnik, zu verlieren ist auch mit Kosten verbunden. Es müssen neue Mitarbeiter eingeschult werden, denen die örtlichen Kenntnisse fehlen. Eventuell muss Know-how nachgeschult werden. Auch muss das Wissen um die Strukturierung des Betriebes erlernt werden. Die Integration in Teams und das Finden der eigenen Position in einem Team brauchen Zeit. All diese Faktoren machen deutlich, wie wertvoll langjährige Mitarbeiter sind. Diese dann einfach wegen eines lösbaren Problems zu kündigen macht aus betriebswirtschaftlicher Sicht wenig Sinn. Außerdem ist das Therapie- und Geriatriezentrum Ybbs eine Anstalt des Wiener Krankenanstaltverbundes. Es ist hinlänglich bekannt, dass die Stadt Wien ein sozialer Arbeitgeber ist. Es soll auch nicht so sein, hier ausschließlich privatwirtschaftliche Maßstäbe anzulegen.

Bevor ein Projektplan entworfen wird, ist auch die Frage, ob große Änderungen in den Abläufen nötig sind, von erheblicher Relevanz. In diesem Projekt ist der Aufwand für Veränderungen nicht allzu groß. Dazu erfolgen etwas später weitere Ausführungen.

Bei Internetrecherchen findet sich eine Menge von Dienstvereinbarungen, die ähnlich dem damals geplanten auf ein Stufenschema aufbauen. Dennoch ist es notwendig keinen X-beliebigen zu übernehmen. Vielmehr muss auf die Strukturen in dem Betrieb Rücksicht genommen werden, auch auf Betriebskultur und die Visionen sollten, falls notwendig und möglich einfließen.

Die Frage ob die Aufgabe einer Dienstvereinbarung im Kontext, Mitarbeiter und Alkohol, von einem Fachbereich alleine bearbeitet werden kann (also nicht im Rahmen eines Projektes), sollte vor Beginn eines Projektes ebenfalls abgeklärt und angedacht werden. Im vorliegenden Fall könnte auch die Rechtsabteilung beauftragt werden eine Betriebsvereinbarung zu verfassen. Natürlich kommt es auch hier zu einem Ergebnis. Da hier jedoch keine Rücksprache mit Mitarbeitern stattfindet, kann es riskant sein dieses Vorgehen zu befürworten. Man muss damit rechnen, dass der Betriebsrat sich übergangen fühlt oder dass die Belegschaft sich dieser Vereinbarung nicht annehmen will. Die erwartete Alkoholprävention sollte auf jeden Fall auch auf die Dienstvereinbarung abgestimmt sein. Andererseits könnte eine

Rechtsabteilung im Alleingang eine wesentliche Zeitersparnis bringen. Insgesamt aber erscheint die Beauftragung der Rechtsabteilung eindeutig zu risikobehaftet. Setzt ein Betrieb eine Dienstvereinbarung auf diese Art ein, muss mit einem deutlichen Rückgang der Mitarbeiterzufriedenheit gerechnet werden. Denn wie kann die Belegschaft Verständnis für etwas haben, wenn nicht kommuniziert wird, was bezweckt und was vom Einzelnen erwartet wird.

4.2.3.1 Die Verantwortung der kollegialen Führung

Die kollegiale Führung ist darauf vorzubereiten, dass auch die jeweiligen Direktoren für Gespräche zur Verfügung stehen müssen. Eine Dienstvereinbarung mit der Möglichkeit einer Kündigung setzt auf jeden Fall auch das Engagement der Betriebsspitze voraus, und sei es nur, um einem Mitarbeiter den Ernst der Lage bewusst zu machen. Andernfalls könnte ein Teil der Belegschaft das Gefühl haben, es würde sich nur um eine Maßnahme handeln, die es leichter machen soll unliebsame Mitarbeiter mit einem Alkoholproblem elegant zu kündigen, ohne „sich die Finger schmutzig“ zu machen. Das obere Führungspersonal sollte auch aktiv hinter dem Projekt stehen und dies sollte auch das Personal im positiven Sinn erfassen.

Zusammenarbeit

Damit ist sowohl eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit als auch das Miteinanderwirken nach Personalherkunft gemeint. Das Pflegepersonal soll also nicht nur sich beobachten und Vorfälle der Stationsführung melden. Auch wenn ein Arzt alkoholisiert Dienst verrichtet soll eine Mitteilung an die Stationsführung ergehen. Diese, muss sich dann entsprechend dem Schema an den Vorgesetzten des Arztes wenden. Die gesamte Belegschaft soll aktiv mitarbeiten, um rechtzeitig helfen zu können. Welche Personen in ein Projektteam eingebunden werden sollen, ist auch schon an die Organisation des Projektteams zu denken. Bei dem vorliegenden Projekt kann ein Kernteam mit punktuellen Projektmitgliedern gebildet werden. Als Kernteam kann hier der Arbeitsmedizinische Dienst (arbeitsmedizinische

Diplomschwester und der Arbeitsmediziner) eingesetzt werden. Als Projektmitglieder sollen auch die Sicherheitsvertrauenspersonen teilnehmen. Damit wären alle Bereiche des Betriebes vertreten. Ein Vertreter aus der Rechtsabteilung ist für die Überprüfung der Gerichtsfestigkeit nötig. Ein weiteres fixes Projektmitglied sollte der Betriebsrat sein, da er in seiner Funktion als Arbeitnehmersvertreter, nach Umsetzung des Projektes, auch einer Kündigung von Mitarbeitern zustimmen muss. Die Abteilungsleiter bzw. die Stationsleiter sollten auch als punktuelle Projektmitglieder eingeladen werden. Der Vorteil liegt in einer guten Kommunikation von Meinungen seitens der Projektleitung an das Personal, andererseits herrscht dann somit auch ein Informationsfluss von der Basis an das Projektteam. Der Projektleiter als Führungskraft soll die Regeln minimieren. Dies ist nötig, da zuviel Bürokratie die Kommunikation verhindert. Wichtige Informationen und gute Ideen werden dann für sich behalten oder nur mit wenigen kommuniziert. Die Mitarbeiter sollen ermutigt werden, Informationen und Ideen auf natürliche und kontinuierliche Weise zu teilen²⁹. Dazu ist es wichtig ein guter Zuhörer zu sein, aber auch Vorschläge sehr vorsichtig einfließen zu lassen. Sicher ist es von Nutzen wenn dabei Techniken des systemischen Coachings verwendet werden. Durch das stellen offener Fragen müssen die Mitarbeiter sich Gedanken machen und werden aktiv aufgefordert sich rege und ohne Angst an den Meetings zu beteiligen³⁰. Einige Meetings hätten bei dieser Auswahl eine relativ große Anzahl von Teilnehmern. Damit sollte auch angedacht werden ob ein Moderator zusätzlich hinzugezogen werden sollte. Die Notwendigkeit Coaches oder Mediation zu benötigen erscheint eher unwahrscheinlich. Die Erklärung dieser Form der Projektorganisation – Kernteam und punktuelle Projektmitglieder erfolgt in Kapitel „Projektdefinition in der Startphase“

4.2.3.2 Kapitalbedarf, Personalkosten und Zeitaufwand

Schon hier in der Projektstartphase muss geklärt werden wie hoch die Projektkosten sein können. Die Projektleitung ist hier gefordert auch ohne exakten Projektplan bereits einen ungefähren Kostenrahmen abzustecken der eine Realisierung dieses Projekts gestattet. Wird dieser Kostenrahmen von den Projektauftraggebern nicht

²⁹ Karaoke Kapitalismus S. 272 Jonas Ridderstrale/Kjell A. Nordström s. Literaturverzeichnis

³⁰ Sonja Radatz, Beratung ohne Ratschlag s. Literaturverzeichnis

getragen oder differieren die Vorstellungen weit vom Kostenrahmen, so muss die Projektrealisierung in Frage gestellt werden. Selbstverständlich wird versucht mit dem von der KOFÜ vorgeschlagenen Geldmitteln eine neue Projektplanung in Angriff zu nehmen. Falls aber eine neuerliche realistische Planung zeigt, dass die Kosten mit dem bereitgestellten Budget nicht realisierbar sind, muss das Projekt eingestellt werden. Die Projektkosten sind meist ein zentrales Anliegen der Auftraggeber. Keinesfalls darf es zu einer erheblichen Kostenüberschreitung ohne Wissen des Auftraggebers kommen. Der Aufbau einer Projektkostenrechnung soll an sich dem Auftraggeber verlässliche Daten über Einnahmen und Ausgaben geben. Im vorliegenden Projekt wird die Datenanalyse über Einnahmen bzw. Einsparungen oft nur schwer zu konkretisieren sein. Es muss überlegt werden, wie hier eine zufriedenstellende Transparenz zustande kommen kann.

Auch die Personalkosten sollten bereits bei der Projektwürdigkeitsprüfung angesprochen werden. Obwohl nur punktuelle Projektmitarbeiter notwendig sind, ist auch im Rahmen dieses Projekts eine Anzahl von Sitzungen nötig. Die überwiegende Zahl in kleinerem Rahmen – Sicherheitsvertrauenspersonen, Betriebsrat, eventuell Rechtsabteilung. Im Rahmen von Sitzungen bei den Meilensteinen sollten dann auch die Abteilungsleiter teilnehmen. Für die Kostenberechnung wird die Personalabteilung die jeweiligen pro noch zu planender Sitzungseinheit berechnen. Genaue Zahlen liegen dann in der Projektpräsentation vor.

Letztlich spielt auch der Zeitaufwand des Projektleiters eine Rolle, denn als Arbeitsmediziner ist ein Projekt dieser Größenordnung nur dann in angemessener Zeit realisierbar, wenn er auch außerhalb der Einsatzzeiten dafür arbeitet. Die zu erwartenden Einsatzstunden und Kosten werden ebenfalls im Rahmen der Vorstellung des Konzepts verfügbar sein.

Zuletzt ist der Zeitaufwand für das Projekt in die Projektwürdigungsprüfung einzubeziehen. Ein zu langer Zeitrahmen erhöht die Kosten, womöglich ohne wesentliche Verbesserungen mit sich zu bringen. Unrealistisch kurz gestaltete Planungen bergen aber ebenfalls das Risiko das Planungsziel zu verfehlen. Auch die

Erwartungshaltung der kollegialen Führung ist hier zu klären um Missverständnissen rechtzeitig vorzubeugen.

4.2.4 Die Umfeldanalyse

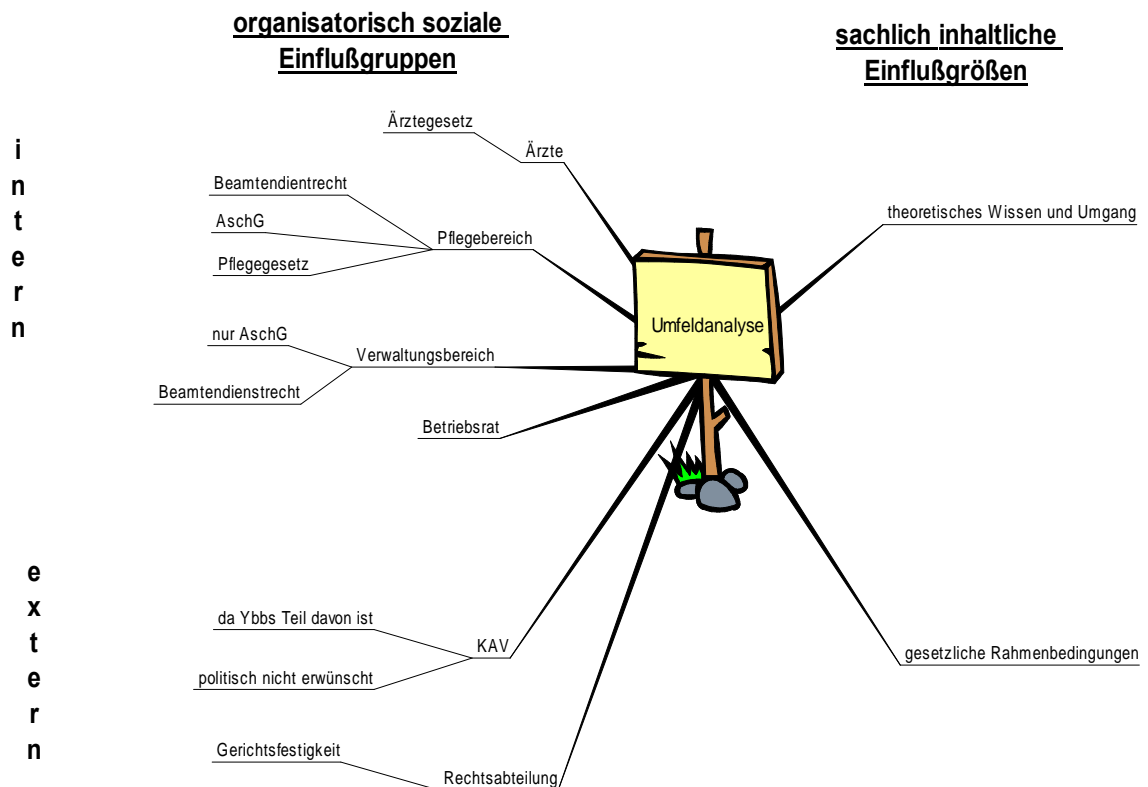


Abbildung 5 Die Umfeldanalyse als Mind Map

Der nächste Schritt besteht in der Umfeldanalyse. Diese ist notwendigerweise in die organisatorisch sozialen Einflussgruppen eingeteilt. Intern sind dies die verschiedenen Haupthierarchiebereiche, wie Ärzte, Pflegebereich, Verwaltungsbereich und Betriebsrat. Als externe Einflussgrößen sind hier der Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien und die Rechtsabteilung des KAV zu nennen.

Weiters finden sich sachlich inhaltliche Einflussgrößen, wie das theoretische Wissen um den „richtigen“ Umgang mit Alkohol und dessen Gefahren, sowie die Fähigkeit sich selbst zuzuordnen, wie gefährdet jeder selbst ist. Der Umgang mit Mitarbeitern, welche ein problematisches Verhalten beim Alkoholkonsum zeigen, ist ein zusätzlicher Faktor der optimiert werden muss. Eine externe inhaltliche Einflussgröße stellen die gesetzlichen Rahmenbedingungen dar. So ist es z.B. wichtig sich im

Rahmen der Betriebsvereinbarung nur mit der Alkoholisierung und dem Alkoholkonsum am Arbeitsplatz zu beschäftigen. Erst bei der Prävention kann auch das Privatleben eines Mitarbeiters miteinbezogen werden um ihm zu helfen. Da dies aber im Bereich der Arbeitsmedizin geschieht, ist es möglich, sofern vom Mitarbeiter gewünscht, keine Informationen an Dritte weiterzugeben. Es ist die ärztliche Schweigepflicht, die den Arbeitsmediziner hier in die Pflicht nimmt. Aber erst durch sie ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses möglich.

Zu einzelnen Gruppen stellen sich kaum relevante Probleme dar, denn sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal sollten schon wegen ihres Berufes keine Probleme mit einer Dienstvereinbarung haben. Sie sind auch diejenigen, in deren Grundverständnis, auch eine Hilfeleistung für alkoholranke Mitarbeiter zu erwarten sein sollte. Meine langjährige Erfahrung zeigt aber leider, dass von dieser Seite ein Risikofaktor besteht, den es genau zu beobachten gilt. Auf der logischen Ebene kann jeder die Problematik nachvollziehen, dagegen spielen in der emotionalen Komponente, die eigenen Erfahrungen und Einstellungen eine große Rolle. Dieser Faktor ist bei der Schulung dieser Berufsgruppen unbedingt zu berücksichtigen. Der gesetzliche Rahmen deckt sich hier vollständig mit dem Projektziel eine Alkoholisierung im Dienst zu verbieten.

Der Verwaltungsbereich hat naturgemäß einen starken Einfluss auf dieses Projekt – Stichwort Finanzierung. Im Umfeld vom Umgang mit Alkohol sieht sich dieser Bereich wahrscheinlich diesem Projekt eher skeptisch gegenüber. Auch ist hier die Mitarbeiterzahl, die in der Mittagspause, eventuell Alkohol mit der Mahlzeit zu sich nimmt, vermutlich am größten.

Als Arbeitnehmersvertreter hat der Betriebsrat, sobald sich ein Mitarbeiter auch nach einem Gespräch mit dem direkten Vorgesetzten nicht korrekt verhält, bei allen weiteren Schritten informiert zu sein. Als Vermittler sollte er auch in den offiziellen Gesprächen dabei sein. Falls es zu einer geplanten Kündigung im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch am Arbeitsplatz kommt, ist er aufgrund seiner Funktion

derjenige, der auch ein Veto einlegen könnte. Wiederum wird damit veranschaulicht wieso die Gerichtsfestigkeit bei diesem Projekt eine wesentliche Rolle spielt. Der Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien, zu dem auch das Therapiezentrum Ybbs gehört, hat als übergeordnete Organisation diesem Projekt ebenfalls zuzustimmen. Derzeit ist in keiner Teilunternehmung eine derartige Betriebsvereinbarung vorhanden. Um hier keine Ablehnung zu erhalten, ist es sicherlich nötig, eine soziale Komponente einzubauen. Der Sinn und Zweck, warum am Arbeitsplatz ein Alkoholverbot besteht, bzw. eine Alkoholisierung nicht gestattet ist, muss deutlich machen, dass es das Wohl der Mitarbeiter ist, welches im Vordergrund zu stehen hat. Es ist aber auch der Nutzwert anzuführen, der in einer positiven medialen Darstellung, die Betriebsphilosophie weitertransportiert. Welche Gesetze zu Berücksichtigen sind und wie sie sich in der Betriebsvereinbarung wieder finden wird die Aufgabe der Rechtsabteilung sein. Dies auf zwei Ebenen, zuerst als Projektmitglied, dessen Aufgabe es ist auf Fehler in der Gesetzeskonformität hinzuweisen. Später vor der Projektumsetzung im Sinne eines Controllings, die Gerichtsfestigkeit noch einmal zu prüfen, ob alle Fälle einer möglichen Kündigung unanfechtbar gestaltet wurden.

4.2.5 Aufgaben der Projektleitung

Ziele: Ein Präventionsprogramm, welches die Sensibilität der Mitarbeiter erhöht, weiters ihre Wahrnehmung und Umgang mit Alkoholisierten und/oder Alkoholikern verbessert.

Ein Schulungsprogramm, wo Begriffe und Verhalten erlernt bzw. vermittelt werden. Ein Programm im Bereich des Arbeitsmedizinischen Dienstes, wie Mitarbeitern mit einem Alkoholprogramm geholfen werden kann.

Entwicklung einer Dienstvereinbarung, in der festgelegt wird, dass kein Alkohol während der Dienstzeit konsumiert werden darf und ein Erscheinen am Arbeitsplatz unter Alkoholeinfluss verboten ist.

Nicht-Ziele: eine Dienstvereinbarung zum Nachteil der Mitarbeiter. Kein Instrument zur bloßen Gewissensberuhigung. Auch die Führungsspitzen sind aufgefordert sich

in der Folge aktiv zu beteiligen. Denunzierung von Mitarbeitern, als gehässige Geste, bei der nicht die Hilfestellung für den Mitarbeiter im Vordergrund steht.

Meiner Meinung ist es hier bereits notwendig zu klären, wie Beamte und Vertragsbedienstete möglichst gleichgestellt werden können, denn wenn dies nicht gewährleistet ist, wird automatisch die Machbarkeit des gesamten Projekts in Frage gestellt – zumindest bei einem Ziel: Entwicklung einer Betriebsvereinbarung. Die Sensibilisierung der Mitarbeiter und die aktive Alkoholprävention können dann selbstverständlich noch durchgeführt werden.

Zusammensetzung und Führung des Projektteams:

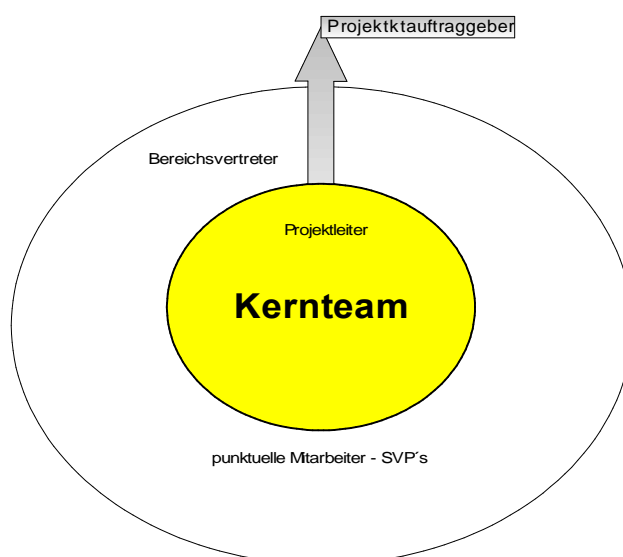


Abbildung 6 Struktur des Projektteams

Der Arbeitsmedizinische Dienst – also Arbeitsmediziner und arbeitsmedizinische Schwestern. In diesem Fall auch als eigenes Projektteam da ja auch ein arbeitsmedizinisches Programm zur Unterstützung alkoholgefährdeter Mitarbeiter entwickelt werden muss.

Der Betriebsrat, da er derjenige ist, der die Mitarbeiterinteressen vertritt und der auch das Vertrauen der Mitarbeiter besitzt. Je ein Vertreter aus dem Bereich Pflege, Verwaltung und Ärzte.

Bei einem Projekt wie diesem kann auf einen Lenkungsausschuss verzichtet werden. Bei großen Projekten die in viele Teilprojekte untergliedert sind oder die sehr viele Teile einer Organisation verändert wird ein Lenkungsausschuss nötig sein. Dieses ist ein Gremium aus Personen die die Projektauftraggeber vertreten.

Jemand aus der Finanzverwaltung für die Kostenanalyse und Kostenkontrolle wäre hilfreich. Dieser Mitarbeiter sollte auch Projekterfahrung besonders im Bereich von Finanzrisiko haben.

Ein Redaktionsmitglied des spitalseigenen Magazins bietet sich für die mediale Aufarbeitung an. Damit letztlich 2-3 Sicherheitsvertrauenspersonen, weil sie aus dem Basisbereich kommen, von Sicherheit am Arbeitsplatz unterwiesen wurden und oft Ansprechpartner für Mitarbeiter sind. So kommt eine Gruppe von 10-11 Personen zusammen. Diese Gruppe lässt sich von einem Projektleiter noch führen. Bei massiven Diskrepanzen und Meinungsverschiedenheiten könnte eventuell ein Moderator als Vermittler in Frage kommen. Im hier angesprochenen Fall könnte der Arbeitsmediziner auch die Rolle als Projektleiter übernehmen. Falls das nicht möglich sein sollte, z. B. aufgrund mangelnder Qualifikation, oder die Projektauftraggeber einen anderen Projektleiter wünschen, ist das der späteste Zeitpunkt für eine Veränderung des Projektteams, bzw. der Projektleitung

Als Projektteamorganisation erscheint ein Kernteam, mit einem Projektteam von 10 Personen, als ausreichend. Teilaufgabenbereiche können hier auch gut delegiert werden. Die Projektziele ändern nichts an den Hauptaufgabengebieten aller Mitarbeiter. Die Betriebsstruktur wird nur unwesentlich betroffen.

4.3 Grobplanung des Projekts

4.3.1 Ablauforganisation

In der Abb. 5 wird die Projektgrobplanung bereits als Ablaufschema demonstriert. Noch vor der ersten Sitzung muss aber bereits geklärt werden, wie Beamte und Vertragsbedienstete mit gleichen Konsequenzen rechnen müssen, da ohne diese keine Dienstvereinbarung möglich ist, die allen Formen der Anstellung gerecht werden kann. Hier wird der geplante Stufenplan bereits in eine bestimmte Form die durch Gesetze notwendig ist, gepresst.

Die erste Sitzung, die hier als Kick off Meeting bezeichnet wird, kann einberufen werden sobald der Projektauftrag schriftlich unterfertigt wurde. Die Projektteammitglieder kennen sich untereinander, da dieser Betrieb, trotz seiner Größe, ab der Stufe Abteilungsleiter oder einer dieser entsprechenden Position, sehr familiär ist. Es folgt der Vortrag über das Projekt, von der Idee und Visionen, über die Ziele bis hin zur Präsentation des Grobplanes, mit dem vorgegebenen Zeitplan. Danach die erste Diskussionsrunde, einerseits damit hier bereits neue Ideen einfließen können. Aber auch Risiken und Skepsis sollen hier bereits Raum finden. Da die Projektmitglieder auch „nur“ Menschen sind, ist hier schon eine rege Diskussion zu erwarten. Bereits aus dem gescheiterten Projekt ist zu erkennen gewesen, wie viele Mitarbeiter sich das Recht auf ein „Bier“ zum Mittagessen nicht nehmen lassen wollen. Seltsamerweise wird im Personalrestaurant kein Alkohol ausgegeben. Besonders starker Widerstand entstand damals im Bereich der Hausarbeiter und Haustechnik. Hier reflektiert sich auch die Alkoholstatistik Österreich wieder. Etwas befremdlich erschien jedoch, der Unmut einiger Ärzte, die mit den 0,5 Promillen Grenze der Verkehrsordnung argumentierten.

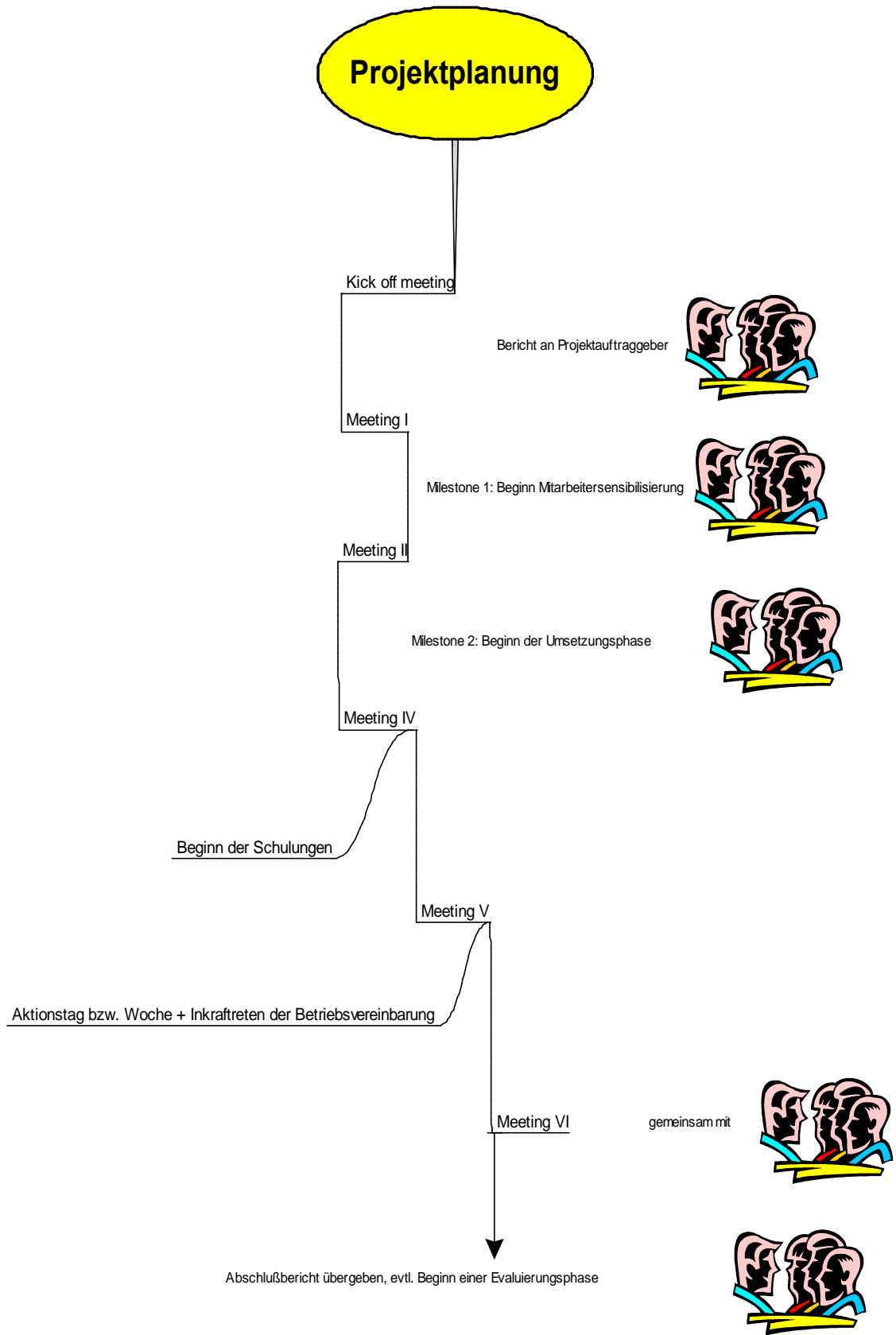


Abbildung 7 Projektplan

Es muss mit Sicherheit, auch in der Projektgruppe, Überzeugungsarbeit geleistet werden. Eine gute Vorbereitung auf dieses Meeting ist unumgänglich. Sehr wichtig ist es auch die positiven Aspekte, Ideen und Visionen in den Vordergrund zu stellen. Auch die Nichtziele sind gesondert zu erwähnen. Diese Diskussionsrunde hat auch das Ziel alle Beteiligten in eine gemeinsame Richtung zu bewegen. Auch Kommunikationsprobleme und andere Missverständnisse müssen möglichst früh bearbeitet werden. Denn, wenn sich nicht alle Beteiligten zu dem Projekt bekennen und an einem gemeinsamen Strang miteinander arbeiten, ist der Projekterfolg, schon durch interne Widerstände im Projektteam, gefährdet. Wenn es unumgänglich ist, auch wenn ein Teammitglied auf diesen Umstand deutlich hingewiesen wurde, muss er das Projektteam verlassen. Danach werden die Teilaufgaben, bzw. Bereiche erklärt und die Teilnehmer sollten ihre Rollen zugewiesen bekommen. Als Teilbereiche und Teilprojektaufgaben bieten sich die folgenden an:

Alkoholprävention – Präventionsgruppe

Mitarbeitersensibilisierung – Redaktionelles Team

Gruppe um Risikoanalyse, Ressourcenanalyse und Kostenanalyse – Verwaltungs- bzw. Controllingteam

Stufenplanentwicklung – Gruppe Dienstvereinbarung.

Gruppe Mitarbeiterschulung und Aktionstage

Als nächster Punkt in der Tagesordnung werden die notwendigen Ressourcen, bisher erkannte Risiken, samt deren Vermeidungsplänen und die Kosten zur Diskussion gestellt. Hier ist das Kernteam bereit gefordert sich relativ genau mit der Kostenanalyse beschäftigt zu haben. Ressourcen und Risiken soweit bereits erkannt werden hier präsentiert.

Zuletzt ist das nächste Meeting zu vereinbaren und besonders das redaktionelle Team aufgefordert bereits Ergebnisse zu liefern.

Vor dem Meeting I ist eine Zwischensitzung mit der Verwaltungsgruppe und Mitarbeiterschulungsgruppe nötig um die Kosten an den vorgegebenen Rahmen zu passen. Zu erwarten ist eine einstündige Schulung für jeweils 10 Mitarbeiter, damit wird also der oberste Rahmen einer Kleingruppe ausgeschöpft. Hier ergibt sich dann

bereits auch ein engerer Rahmen für die Kostenkalkulation. Der Zeitaufwand pro Mitarbeiter sollte 20 Stunden nicht übersteigen.

Das erste Meeting soll viel Platz bieten, für Überlegungen der einzelnen Mitarbeiter, jeder soll wahrgenommen werden. Denn, um die Motivation hoch zu halten, scheint jede Aktion, jemanden auch ins Zentrum kommen zu lassen, sinnvoll und notwendig. Ideen, die die allgemeine Zustimmung bekommen haben können adaptiert werden. Der mögliche Rahmen der Veränderungen sollte auch hier noch Ziele, Visionen und Ideen beinhalten.

In Bezug auf die Alkoholprävention müssten bereits die ersten Überlegungen und Schritte im Ablauf absehbar sein (Adressen von Psychologen, und Krankenhäusern). Außerdem steht der Präventivgruppe auch das Intranet und das TZ Magazin zur Verfügung falls das erwünscht ist.

Die Gruppe Stufenplanentwicklung wird mit ihrem Projekt bereits weit fortgeschritten sein müssen. Die Anzahl der Stufen, die Dauer dazwischen, die eingeschalteten Personen sollten im Prinzip feststehen. Gleiches gilt für eventuelle Arbeitseinschränkungen und das Controlling der Mitarbeiter.

Die Gruppe Mitarbeiterschulung bereitet vorerst die Eckpunkte der Mitarbeiterschulung vor, am besten getrennt für Mitarbeiter und Chargen, bzw. Führungspersonal. Eventuell kann sie, wenn in dem Zwischengespräch vereinbart auch externe Experten hinzuziehen.

Die Risikoanalyse soll hier wieder besprochen werden, um rechtzeitig agieren zu können. Denn ein Reagieren kann bereits eine Gefährdung des Projektes darstellen. So ist aus dem Erstversuch, ein Oberarzt und somit ein Opinion Leader bekannt, der sich vehement gegen ein Alkoholverbot einsetzte. Er meinte, eine Grenze wie beim Autofahren sei ausreichend. Diese Meinung vertrat er wider besseres Wissen aus Ärzte- und Pflegegesetz. Hier kann im Personenbereich die Konfliktanalyse herangezogen werden. Es gibt hier verschiedene Denkmodelle³¹: das Denkmodell der 3 Ebenen, Modell der doppelten Wahrheit und Fragen zur Konfliktgeschichte. Egal welche Gründe für ein derartiges Verhalten auslösend waren, ein Risikomanagement muss auch mit einer derartigen Situation fertig werden.

³¹ Gerhard Schwarz, Konfliktmanagement S. 93 s. Literaturverzeichnis

Im Anschluss eine nochmalige Überprüfung der notwendigen Ressourcen. Bevor noch ein Schritt in die erste Phase, der Projektumsetzung gemacht wird, ist eine letzte Analyse der Ressourcen insofern von Bedeutung, da ab diesem Zeitpunkt Änderungen im Kostenmanagement kaum mehr vom Auftraggeber ausgeglichen werden dürften.

Vom redaktionellen Team kann hier bereits ein Ausblick erwartet werden, wie angedacht wurde, die Mitarbeitersensibilisierung mittels hauseigener Magazine und Intranet zu gestalten. Welche Themen sollen angesprochen werden, in welcher Dichte werden die Mitarbeiter informiert (Cave: Frustration und in der Folge Desinteresse). Wie lange werden die redaktionellen Teile im TZ Magazin sein, wie lange im Intranet; Auch ein Zeitrahmen, wie lange die Mitarbeiter über das Alkoholthema und die, davon ausgehenden Risiken und Probleme, informiert und aufgeklärt werden sollen, ist hier bereits ein wichtiger Punkt. Denn erst danach kann die Schulung beginnen. Diese erste Phase der Sensibilisierung dient ja nicht nur der Aufklärung, sondern sie gibt dem Projektteam auch die Chance, Reaktionen zu erhalten und damit die Möglichkeit Fehler bereits im Vorfeld des eigentlichen Projektes abzufangen. Nach Diskussion wird es hier bereits absehbar sein, wann die Phase der Mitarbeitersensibilisierung beginnen soll. Dies vor allem deshalb, weil das TZ Magazin einen Redaktionsschluss relativ lange vor dem Erscheinen derselben, hat. Auch die Auftraggeber müssen hier ihr Einverständnis geben, da die Entscheidungsträger gleichzeitig die obersten Vorgesetzten der jeweiligen Berufsgruppen im Haus sind.

An diesem Punkt ist auch der Milestone Eins zu definieren – Beginn der Mitarbeitersensibilisierung.

Meeting II: Die Präventionsgruppe soll eine Rohfassung der Prävention abgeben – wie, was und wann welche Hilfsangebote durch den Arbeitsmedizinischen Dienst erfolgen soll. Wie soll die Mitarbeit eines betroffenen Mitarbeiters kontrolliert, bzw. dokumentiert werden. Hier ist im Besonderen auch die ärztliche Schweigepflicht zu beachten, eine interne umfassende Dokumentation wird als selbstverständlich vorausgesetzt. Nach Diskussion, Bewilligung der KOFÜ und vorbehaltlich einer

Kontrolle durch einen Juristen kann dann die Endfassung für das nächste Meeting erwartet werden.

Ebenfalls eine Rohfassung kann schon von der Gruppe Dienstvereinbarung erwartet werden. Diese soll jetzt alle Stufen, die dazugehörigen Kontrollzeiträume, die Zusammensetzung der Gruppen, für die Mitarbeitergespräche und Form und Art der Dokumentation, sowohl der Gespräche, als auch der Dienstverfehlungen respektive von Alkoholisierung im Dienst beinhalten. Besonderes Augenmerk muss auf die Feststellung einer Alkoholisierung und das folgende Procedere gelegt werden. Auch hier sind eine Zustimmung der KÖFÜ und eine nach einer Rechtsbegutachtung notwendig. Danach ergeht der Auftrag zur Erstellung der Endfassung für beide Gruppen.

Die Gruppe Mitarbeiterschulung und Aktionstage stellt hier ihr Erstkonzept für die Schulung der Mitarbeiter vor. Der Schwerpunkt sollte hier zuerst auf der Schulung des Führungspersonals und der Chargen liegen, da mit diesen die Schulung begonnen wird. Eine Abteilungsweise Schulung mit allen Mitarbeitern ist hier nicht angebracht, einerseits weil die Vorgesetzten ein tieferes Know-how benötigen, und andererseits diese bei etwaigen Diskussionen im Team bereits Kompetenz und Expertentum benötigen. Weiters muss auch der normale Arbeitsablauf auf den Stationen erhalten bleiben.

Vom redaktionellen Team werden die ersten Rückmeldungen des Personals erwartet, höchstwahrscheinlich eine Mischung von Skepsis und Ablehnung, welche umgehend erkannt und beantwortet werden müssen, um möglichst viele Mitarbeiter schon vor den Schulungen, in eine aufgeschlossene neugierige Erwartungshaltung überführen zu können. Die Rückmeldungen werden im Projektteam diskutiert, für viele Fälle sollte das Verwaltungsteam schon Antworten im Sinne des Risikomanagements vorbereitet haben. Die nächste Zeit wird mit der Beantwortung von Fragen und Ausräumung der Ressentiments ausgefüllt sein. Ein umfassender Informationsfluss und eine überzeugende Offenheit aller Beteiligten werden hierbei nötig sein.

Letztlich der Bericht der Gruppe Verwaltung: eine erneute Ressourcenanalyse und Risikoanalyse werden das Kernstück des Berichts darstellen. Aber auch das

Controlling über die Kosten solle ein Thema sein, um dem Projektteam die Finanzsituation bzw. der Möglichkeiten der Finanzierung vor Augen zu führen.

Meeting III: Endfassungen der Gruppen Prävention und Dienstvereinbarung. Bericht des redaktionellen Teams. Es sollte sich mittlerweile zeigen, ob die Stimmung der Mitarbeiter im Allgemeinen, langsam eine positive Meinung bekommt. Nach diesem Meeting müssen die allgemeinen Schulungen anlaufen. Erarbeitung der Berichterstattung begleitend zu den bisherigen Schulungen der Chargen. Die Controllinggruppe berichtet über die aktuellen Ressourcen und Kosten. Des Weiteren ist es nötig, langsam die Vorbereitungen für den/die Aktionstage voranzutreiben. Wie soll die Gesamtgestaltung aussehen, welche Ehrengäste sollen geladen werden. Welche Medien werden eingeladen, bzw. wie viel Publicity ist erwünscht. Kontrolle der Kosten der Aktionstage.

Dieser Punkt stellt den Milestone 2 dar. Ab hier wird der gesamte Betrieb auf die Alkoholprävention eingeschult. Es ist unbedingt nötig zu diesem Zeitpunkt eine mehrheitlich positive Meinung zum Projekt haben. Es ist auch der Zeitpunkt an dem die Auftraggeber über den bisherigen Fortschritt des Projekts umfassend informiert werden. Ein Ausblick auf die Aktionstage und die Einführung der Dienstvereinbarung sollen auch ausführlich dargestellt werden. Zu den Aktionstagen muss die kollegiale Führung auch noch zustimmen. Gleichfalls müssen auch die Alkoholprävention und der Stufenplan abgesegnet werden.

Meeting IV: Das letzte Meeting zum laufenden Projekt. Die Schulungen sind abgeschlossen. Ebenso auch die redaktionelle Arbeit. Die letzten Vorbereitungen für die Aktionstage sollten angelaufen sein. Ein Kurzbericht der Controllinggruppe dient der Standortbestimmung in Bezug auf Kosten und letzte Risiken. Der letzte Zeitpunkt ist erreicht an dem noch auffällige (dem Projekt negativ eingestellte) Opinion Leader zur positiven Mitarbeit aufgefordert werden.

Letztlich findet nach den Aktionstagen und dem Inkrafttreten der Dienstvereinbarung noch ein letztes Meeting statt. Dieses am besten gemeinsam mit den Auftraggebern.

Der Anlass zu diesem Meeting ist eine kleine gemeinsame Feier und eine Review. Allen Beteiligten soll noch einmal das geleistete vor Augen geführt werden. Es ist auch die letzte Gelegenheit um allen für ihren Einsatz zu danken.

Die ebenfalls eingeladenen Auftraggeber sehen hier noch einmal das gesamte Team und die Teamfähigkeit der einzelnen soll hervorgehoben werden um die Projektmitglieder (wenn sie es wirklich wert sind) für weitere Projekte zu empfehlen. Der Projektleiter hat zuletzt noch die Aufgabe den Abschlußbericht an die Auftraggeber zu überreichen und falls geplant den Beginn der Evaluierungsphase zu überwachen.

Um die Nachhaltigkeit dieses Projektes zu garantieren ist eine wiederkehrende Evaluierung nötig. Als Daten können die Krankenstände herangezogen werden. Weiters sollte es immer wieder Gesundheitszirkel geben, die sich weiter mit dem Thema und betroffenen Mitarbeitern auseinandersetzen. Auch eine regelmäßige Nachschulung der gesamten Belegschaft ist zu überlegen, wobei hier dann auch interne Spezialisten diese Aufgabe erfüllen könnten.

Wobei Nachhaltigkeit (Sustainability) zwar auch Stabilität bedeutet, aber im Sinne von Change Management auch immer die Lebensfähigkeit (Viability) heißt³². Gemeint ist damit, dass wenn es nötig sein sollte Regeln verändert werden können.

³² Gefährliche Managementwörter, Fredmund Malik s. Literaturverzeichnis

4.3.2 Terminplanung

Monat 1	Treffen Kick off	Prävention	Redaktion	Controlling	Vereinbarung	Schulung	Milestones
2	Meeting I		Sensibilisierung				
3							
4							Milestone I
5	Meeting II	Rohfassung	Rückmeldung	Bewertung	Rohfassung	Erstkonzept	
6							
7	Meeting III	Endfassung	Bewertung	Bewertung	Endfassung	Endfassung	
8							Milestone II
9	Meeting IV			Standortbestimmung		Aktionstage	
10							Aktionstage
11	Meeting V	Review					

Abbildung 8 Terminplanung

Das gesamte Projekt sollte in 10 Monaten zu bewältigen sein. Der Milestone I stellt den Beginn der Sensibilisierung der Mitarbeiter dar. Milestone II den Start der Mitarbeiterschulung. Die Gruppe Controlling und Ressourcen hat, in ihrem Bereich, auch die Qualität der Teilaufgaben zu jedem Meeting zu beurteilen. Die Informationen zwischen den Meetings können sowohl in einem Forum im Intranet fließen, es sind aber auch Kleingruppensitzungen zusätzlich denkbar. Der Postverkehr sollte möglichst transparent sein, um anderen Projektmitgliedern die Möglichkeit zu geben ihr Feedback auch zwischen den Meetings an andere mitteilen zu können. Auch dies wäre durch ein Forum gut gestaltbar. Zusätzlich sollte auch alle zwei Wochen ein „Letter of Quality and problems“ an die Projektleitung gesandt werden. Damit ist eine flexible Arbeitsgestaltung gesichert.

4.3.3 Wirtschaftlichkeitsbetrachtung

Die Bereitstellung von Alkoholprävention und Unterstützung von alkoholkranken Mitarbeitern und deren Nachsorge, welche natürlich allesamt Kosten verursachen, führt jedoch zu keiner direkten win-win Situation. Wie also sieht es für einen Betrieb aus? Lohnt sich die Investition?

IM BAGS³³ verdient z. B. eine Krankenschwester nach 10 Jahren €11,12. Die Normalarbeitszeit liegt bei 40 Wochenstunden. Zumeist wird im 2 Schichtbetrieb gearbeitet. Neben diesem Grundgehalt gibt es noch eine Menge an verschiedenen Zulagen, besonders im KAV. Ich möchte hier nur zwei Beispiele aufzeigen: OP Pfleger/ Schwester € 101,25 oder Infektionszulage € 90,17. Der Nachtdienstzuschlag bringt 24,09 € und die Sonn- und Feiertagzulage € 3,01.

Fällt jemand aus der Dienstmannschaft aus, so muss jemand anderer einberufen werden, Somit fallen bereits die doppelten Stundenkosten an, bei der „Ersatzschwester“ sind dies jedoch Überstunden die entweder als Zeitausgleich oder als Lohn abgegolten werden. Bei einem Monatslohn von gerundet € 1729 und der Annahme von z. B. 56 Tagen pro Jahr kommt es zu Kosten von € 7472,64. Die gleiche Summe addiert sich noch für den Ersatz, insgesamt €14945,28. Im Gegensatz zu reinen Produktionsbetrieben ist der Gewinnentgang im Rahmen eines Spitals wesentlich schwerer abzuschätzen. In einem Beispiel aus Deutschland summierte sich der Effekt der Kosten eines Facharbeiters der 56 Tage pro Jahr fehlt auch auf rund € 15365³⁴.

Es zeigt sich, dass es sehr wohl lohnend für einen Betrieb ist, hier ein Paket für die Arbeitnehmer zu schnüren.

4.3.4 Nutzwert

³³ Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe

³⁴ Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern S20, s. Bücherliste

Etwas gedehnter betrachtet gibt es bei diesem Projekt, bei dem sowohl eine Alkoholprävention als auch eine Dienstvereinbarung gemeinsam umgesetzt wird, einen erhöhten Nutzwert.

An erster Stelle möchte ich das Signal an die Umwelt anführen. Eine Firma kann mit diesem Projekt sehr gut seine Firmenvision und seine Firmenkultur nach außen tragen. Das Projekt sendet also für ein Spital das Zeichen des Gesundheitsbewußtseins und der Sorge um die Gesundheit der eigenen Mitarbeiter nach außen.

Es ist ein sehr soziales (lat. Socius = gemeinsam, verbunden, verbündet) Projekt. Idealerweise soll es den Mitarbeitern ein Gefühl der Verbundenheit, aber auch der Fürsorge für die anderen Mitarbeiter sein. Keinesfalls soll es dazu dienen Denunziation zu schüren, um z.B. andere Mitarbeiter zu mobben.

Es bietet Sicherheit für den Arbeitgeber. Denn niemand sollte besondere Rechte oder eine besondere Behandlung bzw. Vorteile besitzen. Alle Mitarbeiter sind in diesem Punkt gleichgestellt. Der Ablauf der Dienstvereinbarung stellt eine Art Strickleiter dar, der dem Arbeitgeber sein Procedere erleichtert.

Die Mitarbeiter, die mit der Dienstvereinbarung aufgrund eines Alkoholvorfalles konfrontiert werden, kennen den Ablauf. Sie wissen, was von Ihnen erwartet wird. Es wird den betroffenen Mitarbeitern eine aktive Hilfe angeboten und damit ein soziales Signal, auch im Betrieb gesetzt. Kein Mitarbeiter kann falls es zu einer Beendigung des Dienstverhältnisses kommt, darüber klagen, dass ihm niemand helfen wollte.

Aufgrund der geänderten Haftungsbestimmungen im Unternehmensstrafrecht hat der Spitalsträger auch im schlimmsten Fall zumindest den Nachweis erbracht, seiner Verantwortung nachgekommen zu sein. Durch Therapie die dem Mitarbeiter gegeben wird, wird auch gezeigt, dass alles von Seiten des Arbeitgebers versucht wurde, einen solchen Vorfall zu verhindern.

Auch die Kosten für chronisch alkoholranke Mitarbeiter sind ein deutlicher Nutzwert, wie im Kapitel der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung ausgeführt wird.

4.3.5 Risikoanalyse³⁵

Die Risikoanalyse umfasst im betriebswirtschaftlichen Sinn 3 Phasen.

Die Risikoidentifizierung: Gemeint ist damit die Lokalisierung von Spannungsfeldern.

Die Risikobewertung: Welche Risiken treten mit welcher Wahrscheinlichkeit auf

Das Risikomanagement: Welche Maßnahmen müssen wann ergriffen werden.

Bei einem Projekt wie diesem, wo eine Dienstvereinbarung jeglichen Alkoholkonsum während der Arbeit, aber auch eine Alkoholisierung am Arbeitsplatz verbietet, stellt für viele einen Eingriff in ihre persönliche Freiheit dar. In dieser Gruppe werden sich auch die von der Dienstvereinbarung Betroffenen befinden.

Desinteresse ist ein weiterer Punkt mit dem bei dem Projekt zu rechnen ist. Es wird Arbeitnehmer geben, die meinen, dass es uninteressant und unnötig sei, sich um andere Mitarbeiter zu kümmern. Die eigene Arbeit steht hier voll und ganz im Vordergrund. Womit hier aber keine Wertigkeit in Bezug auf die Arbeitsqualität gemeint ist. Es gibt einfach Arbeitnehmer die nur ihren Job verrichten, sonst nichts. Im Rahmen des ersten Projektversuchs zeigte sich eine massiv ausgeprägte Skepsis gegenüber der Allgemeingültigkeit. Eine nicht geringe Anzahl von Arbeitnehmern meinte, dass dies sowieso nur für die einfachen Arbeitnehmer gilt. „Die Herren da oben richten es sich schon wieder“.

Auch dass das Projekt dazu verwendet werden könnte, um unliebsame Arbeitnehmer elegant zu kündigen, war vereinzelt zu hören. Ähnlich wurde es auch als Mittel zum Mobbing und der Denunziation gesehen.

Die Akzeptanz einer solchen Dienstvereinbarung war besonders im Bereich der Verwaltung und der Haustechnik recht gering. Die in diesen Bereichen Arbeitenden sahen kein Risiko oder/und keine notwendige Vorbildwirkung.

Im Bereich des internen Dienstrechts ist aufgrund der verschiedenen Rechtsvorschriften keine sehr genaue Aussage möglich bzw. wird von der Rechtsabteilung des KAV sehr unterschiedlich gedeutet. Vor allem da der KAV trotz

³⁵ Wikipedia vom 22.4.06

dem Vorhandensein von Berufsgesetzen auch das Beamtengesetz der Stadt Wien umsetzen will.

Dadurch entstehen teils kuriose, aber auch recht komplizierte Abläufe die der Transparenz der Dienstvereinbarung im Weg stehen.

Die Risikoanalyse, im Bereich der Kosten, hat vor allem 2 Schwerpunkte. Erstens die Kosten im Bereich der Mitglieder. In diesem Fall ist dieses Risiko als relativ gering zu erachten da ein relativ kleiner Kreis von Mitarbeitern mit dem Projekt beschäftigt ist. Die eventuell anfallenden Mehrstunden die mit einer relativ hohen Wahrscheinlichkeit anfallen, sollten daher schon in einer recht großzügig bemessenen Einschätzung der verwendeten Arbeitszeit in die Programmplanung einfließen. Damit lassen sich überraschend anfallende Mehreinsatzzeiten schon zu Beginn abpuffern und somit auch das Risiko einer Kostenüberschreitung.

Zweitens sind die Kosten für die Mitarbeiterschulungen genau zu analysieren. In diesem Bereich kann es rasch zu einer Kostenüberschreitung kommen. Hier wäre eine pauschale Abgeltung nach einer Zeiteinschätzung günstig. Falls es dann doch zu zusätzlichen Zeitaufwendungen kommen sollte, wäre dies zu Lasten der Experten die die Mitarbeiter schulen. Die Projektauftraggeber hätten in diesem Fall kein weiteres Risiko zu tragen. Demgegenüber ist aber auch festzuhalten, dass diese Vorgangsweise, falls es zu einer eklatanten Zeitüberschreitung kommt, höchstwahrscheinlich die Qualität der Schulungen reduziert. Die kann nur mit einer genauen Kontrolle der Umsetzung der geplanten Schulungsunterlagen verhindert werden. Letztlich fallen hier aber Mehrstunden an die primär nicht als notwendig erachtet wurden.

In der Risikoanalyse wird mit Wahrscheinlichkeiten, mit denen „unerwartete“ oder „nicht geplante“ Ereignisse eintreten, gerechnet. Auch die Tragweite von den Ereignissen wird berücksichtigt³⁶. Bestimmte Risiken werden nicht in die Grundplanung einbezogen, da sie den Projektablauf verzögern können oder da erhebliche Mehrkosten ansonst von Beginn an eingerechnet werden müssen. Ein gutes Projektmanagement ist sich aber zu jedem Zeitpunkt über Ereignisse die nicht

³⁶ Risikomanagement in Projekten S.37, s. Buchliste

im Projektplan sind, vorbereitet um Maßnahmen zu ergreifen. Risiken die mit Mehrkosten verbunden sind, sollten aber dem Projektauftraggeber schon von Beginn an mitgeteilt werden, um einen Vertrauensverlust oder gar eine Aufgabe des Projektes zu verhindern. Die permanente Evaluierung der Risiken wird als selbstverständlich betrachtet.

4.3.6 Kostenplanung

Die Budgetierung eines Projektes ist eine zentrale Größe für die Projektleitung. Das Budget kann höher angesetzt werden als kalkuliert, um mehr Spielraum für Reserven und nicht erkannte Eventualitäten zu haben. Die Auftraggeber haben sicher andere Ziele. Somit bleibt es jeder Projektleitung letztlich selbst überlassen wie viel mehr an Spielraum zu veranschlagen ist. Besonders schwierig kann die Budgetierung werden, wenn es um Ausschreibungen geht, wo der Zwang nach einem niedrigen Budget, mit maximalem Leistungs- oder Produktivitätsgewinn, verbunden ist.

In diesem Projekt stellt der Einsatz der Mitarbeiter eine Grundvoraussetzung dar. Es ist daher nötig Einsatzzeiten möglichst effizient und effektiv zu verplanen. In diesem relativ kleinen Projekt wird von einer relativ konstanten Anzahl an Mitarbeitern ausgegangen, Alle sollten bei allen Meetings anwesend sein. Daneben kann es Kleingruppentreffen zur Abstimmung bestimmter Teilaufgaben geben. Damit ist es leicht, im Bereich der Ressourcenplanung die nötigen Mitarbeiter, zu kalkulieren. Alle Mitarbeiter arbeiten zu allen Zeitpunkten des Projektes mit, lediglich die Arbeitsintensität kann von Meeting zu Meeting variieren.

Damit hat eigentlich bereits die Kostenplanung begonnen. Die erste Größe sind als die Personalkosten. Welche Kostenarten also zu berücksichtigen³⁷:

Personalkosten: z.B. Gehälter, Honorare, Personalnebenkosten..

Nutzung der Unternehmensinfrastruktur: Räume, Testeinrichtungen, EDV,

Verbrauchsmaterial: vor allem Büromaterial

Fremdleistungen; Gutachten, Schulungen, Entwicklung,..

Kommunikationskosten: wie Telefongebühren oder Reisespesen.... Diese fallen im vorliegenden Projekt aber nicht an.

³⁷ Projekte budgetieren und planen S.98 s. Literaturverzeichnis

Es ist für die Kostenplanung sinnvoll, zu eruieren ob bereits gleichartige Projekte durchgeführt wurden. Wenn es bereits Erfahrungen gibt, so kann man die Analogiemethode anwenden. Dann ist es lediglich notwendig erwartete Abweichungen zu begründen und zu kalkulieren. Finden sich wie im hier vorliegenden Fall keine früheren Projektkosten so muss eine Neuschätzung angestrebt werden.

Am Beginn des Projekts kann es schwierig sein eine genaue Kostenkalkulation abzugeben. Daher ist die Kostenschätzung die am Beginn gemacht wird sehr genau zu kontrollieren um Abweichungen möglichst früh zu erkennen und abzuwenden. Daher auch die Gruppe um Risikoanalyse, Ressourcenanalyse und Kostenanalyse – Verwaltungs- bzw. Controllingteam. Diese vereint alle dafür notwendigen Aufgaben. Sie arbeitet sehr eng mit der Projektleitung zusammen. Geleistete Arbeitsstunden müssen in kurzen Intervallen gezählt und analysiert werden.

In diesem Projekt spielen 4 Größen eine wichtige Rolle:

Die Personalkosten- Bei geplanten 10 Personen sind für jedes Meeting rund 6 Stunden anzusetzen. Die Aufgabenpakete können von allen Projektmitarbeitern mit 25-30 Stunden pro Monat umgesetzt werden (wobei sich hier die Hoffnung ergibt die Kosten zu unterschreiten). Dies bedeutet also ungefähr 3000 Stunden plus die Stunden für die Meetings, also insgesamt 3360 Stunden können hier kalkuliert werden.

Die Schulungskosten

Die Schulungskosten sollten in Tagsätzen vereinbart werden. Bei 700 Mitarbeitern und 1 Stunde Schulung pro Mitarbeiter fallen 700 Stunden an. Für das Führungspersonal sind längere Schulungen, kleinere Gruppen und mehr Fachwissen nötig. Hier werden die Schulungen rasch 6-7- Stunden dauern. Von dieser Form der Schulung wären rund 30- 40 Personen betroffen. Veranschlagt man den Unterricht in Fünfergruppen sind 42- 56 Stunden einzuplanen. Mit einer 10%igen Sicherheitsreserve also insgesamt 138 Stunden Schulung. Der Zeitraum der dazu

benötigt wird bewegt sich über ca. 2 Wochen. Das Honorar wird pauschal verrechnet am besten auf Werkvertragsbasis.

Die Kosten für die Einführung

Diese sind in diesem Projekt eher gering. Die Einführung der Prävention ist zum Teil bereits in den Schulungskosten enthalten. Die Kosten für die redaktionellen Beiträge sind ebenfalls nicht relevant, auch nicht die, für die Intranetforen, da diese in die EDV Kosten eingerechnet werden. Lediglich der Aktionszeitraum mit dem die Dienstvereinbarung umgesetzt wird verursacht Kosten. Je nach Aufwand sollten hier auf € 20.000 angesetzt werden. Wird eine Aktionswoche mit verschiedenen Veranstaltungen rund um das Thema Alkoholprävention geplant, vielleicht auch noch für allgemeines Publikum, so müssen hier vielleicht sogar noch höhere Kosten kalkuliert werden.

Kosten für die Betreuung der EDV

Da hier das betriebseigene EDV Team die Betreuung übernimmt fallen die Kosten recht gering aus. Software für Foren gibt es teils kostenlos im Internet zum downloaden. Lediglich die Kosten für Installation und Webbetreuung fallen an. Es sollten hier aber nicht mehr als 15 Stunden pro Monat anfallen.

5 Diskussion der Ergebnisse

5.1 Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile der beiden Projektpläne

Beide Projekte hatten das gleiche Ziel. Etwas Gutes zu tun im Sinne der Mitarbeiter, der kollegialen Führung und des Betriebes. Die Idee, über ein Alkoholverbot am Arbeitsplatz, auch eine gesunde Lebensführung und einen etwas vorsichtigeren Umgang im Privatleben zu erreichen, auch das ist in beiden Projekten gleich positiv anzumerken.

Das grundsätzliche Problem im ersten Projekt war, jemanden mit einer Aufgabe zu betrauen, der nicht dafür ausgebildet und vorbereitet war.

Dazu wurden auch nicht die Ressourcen zur Bildung einer Projektgruppe genutzt. Somit beschäftigte sich ein schlecht ausgebildetes und viel zu kleines Team mit dieser Aufgabe. Zwar wurden die grundsätzlichen Aufgaben ausgearbeitet, was aber nicht als Projekt im engeren Sinn betrachtet werden kann.

Im Gegensatz dazu wurde bei der Neuüberarbeitung des Projektes von Beginn darauf geachtet, dass mit der Bildung eines Projektteams, die notwendigen Spezialisten im Kernteam sind, aber auch durch die Hereinnahme der SVP's vom Start weg eine Diskussion im Mitarbeiterbereich gesichert ist. Immerhin sollte keine Geheimhaltung über den Inhalt der Meetings nötig sein. Mit den Spezialisten wiederum ist gesichert, dass genug Fachwissen zur Verfügung steht und dies Know-how auch umgesetzt werden kann.

Im ersten Projekt wurde gegen Ende ein Workshop veranstaltet, der die Mitarbeiter erstmals zu Wort kommen ließ. Wo sie ihre Skepsis oder Unwillen auch kundtun konnten. Dies sollte im zweiten Fall nicht passieren, da die Sensibilisierung der Mitarbeiter schon sehr früh über Intranet und TZ Magazin stattfindet. Es muss aber auch die Möglichkeit des Feedbacks gesichert sein, sowohl über ein Mitarbeiterforum als auch über Leserbriefe. Es sollte sichergestellt sein, dass kein Einwand und keine Frage unbeantwortet bleiben und immer gut argumentiert sind.

Nachteilig kann man bemerken, dass keine Workshops oder ähnliche Veranstaltungen geplant sind, die den Mitarbeitern direkt die Möglichkeit bietet vielleicht sogar aktiv mitzugestalten. Damit würde sicher eine gute Basis geschaffen. Hier entsteht aber leider die Gefahr der Verschleppung des Projekts. Wenn dann Entscheidungen fallen, sind nie alle Mitarbeiter zufrieden, selbst in einem Projektteam werden kaum einmal alle der gleichen Meinung sein.

Eine faire Rechtsituation ist in beiden Projekten als Nachteil zu bewerten, da aufgrund der Gesetzeslage kaum zu garantieren ist, dass alle Mitarbeiter gleich behandelt werden (Beamte vs. Vertragsbedienstete). Dieses Manko wird auch in dieser Arbeit nicht wirklich gelöst. Allerdings ist das mehrfache Abmahnen und Warnen vor einer Entlassung ein halbwegs gangbarer Weg, um auch pragmatisierte Beamte aus dem Dienstverhältnis entlassen zu können.

Mit Sicherheit muss auch die Leitung des Spitals voll hinter der Dienstvereinbarung stehen, ansonst kann ein Einspruch aus der Generaldirektion erfolgen und eine Revision einer Entlassung aufgrund dieser Vereinbarung, ist somit ein Gesichtverlust der KOFÜ.

Das Thema Prävention wird in beiden Projekten wahrgenommen. Die vollständige Umsetzung einer Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention dagegen nur im zweiten Projekt. Dieser Fehler wäre aber im Rahmen des ersten Projekts, falls eine Evaluierung stattgefunden hätte, sicher noch zu beheben gewesen. Hier findet das Unwissen der Beteiligten im ersten Fall wieder seinen Ausdruck.

Zu den einzelnen Punkten einer Projektplanung:

Die Frage ob die Aufgabenstellung überhaupt geeignet ist um in ein Projekt zu münden, wurde im ersten Fall nicht als explizit angedacht. Zwar fanden sich zwar einige Aspekte, wie zum Beispiel Nicht-Ziele, aber keine genauen Überlegungen. Im zweiten Fall wird diesem Punkt sehr wohl Rechnung getragen. Dies ist nötig um auch den Sinn dieses Projektes transportieren zu können. Auch der Zeitrahmen des ersten Projektes war viel zu lang. Da aber nur wenige Personen beteiligt waren und die Zeitressourcen knapp bemessen waren ist dies nur wenig verwunderlich.

Eine Umfeldanalyse fand leider nur im zweiten Fall statt. Ebenso wie die weiteren Punkte in der Projektplanung.

Die Nachteile im zweiten Projekt sind wahrscheinlich in der Ressourcenanalyse und in der Risikoanalyse zu finden. Bei den Ressourcen kann es nötig sein mehr Personen oder mehr Arbeitszeit zu brauchen als derzeit vorgesehen ist. In der Folge würden die Kosten nicht haltbar sein. In der Risikoanalyse wird dies zwar angedacht, aber es gibt keinen echten Lösungsansatz. Dies kann nur abgefangen werden indem von Beginn an Spezialisten im Projektteam sind, die rasch auf solchen Bedarf hinweisen. Je früher Diskrepanzen entdeckt werden, umso eher ist der Auftraggeber bereit das Projektbudget noch aufzustocken.

5.2 Zusammenfassung und Ausblick

Die Projektidee „MAF – Mitarbeiter alkoholfrei“ wurde nach allen Regeln des Projektmanagements durchleuchtet. Es konnten dabei die Fehler im ersten Projektversuch aufgezeigt werden. Auch die Ablauforganisation wurde neu gestaltet, sodass ein derart durchgeführtes Projekt auch umgesetzt werden kann. Zusammenfassend zeigt sich welchen Vorteil ein Wirtschaftsmediziner gegenüber einem Arbeitsmediziner hat. Durch Erlernen von Wissen aus Wirtschaftlichkeit, Projektmanagement, Arbeitspsychologie und Gesetzen wird der vorher rein medizinische Horizont deutlich erweitert.

Aber auch bei der Neuprojektierung bleiben einige Fragen offen. Besonders der Aspekt der Rechtsicherheit zeigt nach wie vor Unwägbarkeiten. Trotz mehrerer Versuche schriftliche Statements zu bekommen, war niemand in der Rechtsabteilung bereit sich ausführlich mit diesem Thema zu beschäftigen. Ich bin mittlerweile davon überzeugt, dass dieses Projekt nur mit Beteiligung der Generaldirektion des KAV realistische Aussichten auf eine Umsetzung hat. Es wäre auch ein Signal nach außen – seht her wir machen nicht nur Gesund, nein wir kümmern uns auch um die Gesundheit unserer Mitarbeiter. Bei einer Umsetzung im gesamten KAV wären natürlich Adaptierungen des Projektplans nötig, z.B. die Dienstvereinbarung muss überall gleich lauten. Nur mit einem Auftrag der Generaldirektion stehen dann wirklich alle notwendigen Ressourcen zur Verfügung.

Könnte man das Projekt als Pilotprojekt oder als Projektversuch durchführen, so ist die Umsetzung wie in der Arbeit ausgeführt möglich. Mit einer 3-5 jährigen Evaluierung stünden sicher interessante Daten zur Verfügung. Außerdem kann über einen längeren Zeitraum eine vielleicht notwendige Anpassung einzelner Teile der Prävention oder der Dienstvereinbarung versucht werden.

Gerade in einem Spital sollte eine Umsetzung eines Alkoholverbotes im Rahmen einer Dienstvereinbarung kein großes Problem darstellen. Ein großer Teil der Mitarbeiter weiß welche Gefahren mit einer Alkoholkrankheit einhergehen, sowohl beruflich wie auch privat. Ärzte und diplomiertes Personal werden sehr häufig mit derart erkrankten Patienten konfrontiert. Sogar Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde, wobei bei deren Patienten zumeist noch der Alkoholmissbrauch im Vordergrund steht.

Wenn rund 800.000 Österreicher ein Problem mit dem Alkohol haben, erreicht das Dimensionen wie Hypertonie oder Diabetes. Aber es soll nicht möglich sein dieses Projekt in einem Spital umzusetzen? Würden wesentlich mehr Betriebe solche Dienstvereinbarungen haben, bin ich mir sicher, würde sich auch die Statistik über den Alkoholkonsum verändern. Die Rahmenbedingungen für dieses Projekt, als Pilotprojekt im Rahmen des Wiener Krankenanstaltenverbundes, sollten also nicht schlecht stehen.

6 Literaturverzeichnis

Boy/Heunisch/Lehmann/Winkler –Checklisten Projektmanagement,
TÜV Verlag 1997, ISBN 3-8249-0383-0

Brosch R., Mader R. – Alkohol am Arbeitsplatz
Verlag Orac 2001,ISBN 3-7007-1797-0

Bundesministerium f. Soziale Sicherheit und Generationen Handbuch
Alkohol - Österreich, Hausdruckerei BMSG 2001
ISBN 3-85010-062-0

Drucker Peter F. – Management im 21. Jahrhundert, Econ 2005
ISBN 3-430-12238-4

Fellöcker K./Franke S. – Suchtvorbeugung in Österreich, Springer 2000
ISBN 3-211-83509-1

Feser H.- Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern, Sauer Verlag 1997
3-7938-7164-9

Gutzwiller F./Jeanneret O. – Sozial- und Präventivmedizin Public Health
Verlag Hans Huber 1996 ISBN 3-456-82698-2

Harrant H./Hemrich A. – Risikomanagement in Projekten, Hanser Verlag 2004
ISBN 3-446-22592-7

Kellner H. – Kreativität im Projekt, Hanser Verlag 2002
ISBN 3-446-21910-2

Kellner H.- Zeitmanagement im Projekt, Hanse Verlag 2003
ISBN 3-446-22094-1

Malik F. – Gefährliche Managementwörter, Frankfurter Allgemeine Buch 2005
ISBN 3-89981-039-2

Patzak/Rattay - Projektmanagement, 4. überarbeitete Auflage, Linde Verlag 2004
ISBN 3-7143-0003-1

Preißner A. – Projekte planen und budgetieren, Hanser Verlag 2003
ISBN 3-446-22296-0

Radatz S. – Beratung ohne Ratschlag, Systemisches Coaching für
Führungskräfte und BeraterInnen , Verlag Systemisches
Management, 3. Auflage 2003
ISBN 3-902155-01-9

Ridderstrale/Nordström – Karaoke – Kapitalismus, Redline Wirtschaft 2005,
ISBN 3-636-0304-4

Schwarz G. – Konfliktmanagement, Verlag Gabler 7. Auflage 2005
ISBN 3-409-79605-3

Wiener KAV, Symposiumsberichte, Burnout und Sucht, 13. Juni 1995

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Vergleichstabelle Bierkonsum 1980-2001	6
Abbildung 2 Alkoholkonsum von 15 jährigen Buben	7
Abbildung 3 Der richtige Zeitpunkt	37
Abbildung 4 Ist die Aufgabenstellung geeignet?.....	38
Abbildung 5 Die Umfeldanalyse als Mind Map	45
Abbildung 6 Struktur des Projektteams	48
Abbildung 7 Projektplan	51

8 Anhang: Webquellen und Flipchart vom Workshop mit Dienstvereinbarung nach Fußnoten geordnet

Fußnote 1:

Österreich: Drittgrößter Bierkonsum der Welt (01.07.2005)

In Österreich ist der Bierverbrauch im Vorjahr zwar leicht zurückgegangen. Im Mehrjahreszeitraum blieb der Bierdurst der Österreicher aber seit 1998 konstant. Dieser Trend brachte die österreichischen Bierhersteller beim weltweiten Pro-Kopf-Konsum im Jahr 2004 auf Platz drei. Foto: Markus Liebl, Vorstand Brau Union

Vor Österreich (108,2 Liter) liegen nur noch Deutschland (115 Liter) und die unangefochtenen Spitzenreiter in Tschechien (158 Liter).

Die lange Zeit drittplatzierten Iren wurden von den Österreichern voriges Jahr auf Platz vier verwiesen.

Der Brauereiverband, an dessen Spitze jetzt im Juni **Markus Liebl** von **Johannes Sulzberger** (beide Brau Union Österreich) den Vorsitz übernommen hat, will den Bierkonsum in Österreich weiter ankurbeln.

Liebl hat den weltweit zweiten Platz als "Vision". Zugleich will man auch vom Bier-Image als "Männergetränk" ein wenig weiter weg kommen.

Mehr Bier für Frauen

Weil Frauen derzeit noch nicht einmal auf die Hälfte des Bierkonsums der Männer kommen, sieht Liebl gerade beim weiblichen Geschlecht das größte Potenzial, das er mit gut drei bis fünf zusätzlichen Litern im gesamten Jahreskonsum der Österreicher beziffert.

[Fußball-Fieber am Wörthersee](#)

(21.04.2006)

[Kitzbühel beweist MICE-Kompetenz](#)

(21.04.2006)

[Neu bei Rezidor SAS: Park Inn Hotel Vienna](#)

(20.04.2006)

["The Independent": Heiraten in Wien ist gefragt](#)

(20.04.2006)

[ÖHV und ncm.at erweitern Kooperation](#)

(20.04.2006)

[Das Öztal macht Deutschland gesund](#)

(20.04.2006)

[Tunesien entdecken bei den "TUI Perspektiven"](#)

(20.04.2006)

[Marketing-Innovationspreis für Ski amadé](#)

(19.04.2006)

[Spargel und 132 Weine begrüßen den Frühling](#)

(19.04.2006)

[Tiscover Etat an PPI United](#)

Es konnte kein Banner gefunden werden

Der weiblichen Zielgruppe entsprechend will die Brauwirtschaft mit Verpackung, Gebinde und Sorten locken: Frauen bevorzugten andere Flaschengrößen und Glasformen: "Es passt nicht zu einer zarten Frauenhand, wenn sie Krügel oder gar eine Maß stemmt", so Liebl.

Burgenland bevorzugt Wein

Auch beim Bierdurst gibt es in Österreich ein starkes West-Ost-Gefälle: "Am liebsten sind uns die Tiroler", sagt der Verbandsobmann aus Brauersicht: Sie kommen auf 140 bis 150 Liter pro Jahr. Am wenigsten zum Bier greifen die Burgenländer, die es auf keine 100 Liter im Jahr bringen.

Keine Angst vor Kalorien

Bier gilt laut einer neuesten Market-Umfrage bei 75 Prozent von 1.023 Befragten immer noch als "eher männlich", als Dickmacher (61 Prozent) ist Bier aber nicht mehr so gefürchtet wie noch 1997 (74 Prozent). Die Sympathiewerte seien gestiegen.

Demnach ist jeder zweite überzeugt, dass Bier Verdauung und Stoffwechsel anregt. In Lokalen, in Gesellschaft und zu Hause ist Bier überhaupt das Getränk Nummer eins.

Junge trinken mehr

Knapp die Hälfte der Österreicher trinkt zumindest einmal pro Woche Bier. Das haben langjährige Studien der Brauwirtschaft ergeben. Auffallend, für den Brauereiverband aber nicht bedenklich, ist der in der jüngsten Umfrage fest gestellte vermehrte Bierkonsum bei jungen Menschen.

Gaben in der vorangegangenen market-Umfrage 1997 noch 12 Prozent der 16- bis 19-jährigen an, mehrmals pro Woche Bier zu trinken, sind es heuer (2005) bereits 19 Prozent. Einmal pro Woche greifen heute 18 Prozent (1997: 15 Prozent) der "jungen Erwachsenen", wie die Brauer sie nennen, zum Bier. Bei der Umfrage ging es nur um Frequenz, nicht um Mengen, wie betont wurde.

(19.04.2006)

[Oberlaa Neu: Bis 2010 wird die Wiener Therme durch Um- und Neubau massiv erweitert.](#)

(18.04.2006)

[Peter Deilmann: Hochzeitstage an Bord](#)

(18.04.2006)

[Neuer Direktor im Hotel de France](#)

(18.04.2006)

[ÖW Online-Portal weiter ausgebaut](#)

(18.04.2006)

[Vienna International Hotels starten in Kroatien durch](#)

(18.04.2006)

[Wandern ohne Ende in Vorarlberg](#)

(18.04.2006)

[Krems Tourismus - Nachmittag](#)

(18.04.2006)

[Frohe Ostern!](#)

(15.04.2006)

[Nächtigungsplus in Wien](#)

(14.04.2006)

[Best Health Austria jetzt online](#)

(14.04.2006)

Die nächsten 20 News: > 1
[2](#) [3](#) [4](#) [5](#) [6](#) [7](#) [8](#) [9](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#)
[14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#)
[22](#) [23](#) [24](#) [25](#) [26](#) [27](#) [28](#) [29](#)
[30](#) [31](#) [32](#) [33](#) [34](#) [35](#) [36](#) [37](#)

[Mediadaten](#) | [Sonderthemen](#) | [Gästebuch](#) | [Impressum](#) | [Geschäftsbedingungen](#)
© Copyright FM. Wir freuen uns über Weiterverbreitung mit einem Link auf
www.mucho.at und einer
entsprechenden Quellenangabe. fm-online.at erscheint im Mucha Verlag, 1070 Wien,
Zieglergasse 1.

Page made with JAOS
© tvand.net 2001

Fußnote 2

Jahrbuch Sucht 2005: Zahlen und Fakten in Kürze

Alkohol

Alkoholverbrauch je Einwohner an reinem Alkohol

1998	1999	2000	2001	2002	2003
10,6 Liter	10,6 Liter	10,5 Liter	10.4 Liter	10.4 Liter	10,2
(Veränderung gegenüber dem Vorjahr: -1,9%)				Liter	
(Quelle: Meyer, Christian, eigene Berechnungen)					

Einnahmen aus alkoholbezogenen Steuern* (in Mio. €, Veränderungen gegenüber Vorjahr)

	1999	2000	2001	2002	2003
Biersteuer (-3,2%)	846	844	828 (-1,8%)	812 (-2,1)	786
Schaumweinsteuer	546	478	457 (-4,3%)	420 (-8,1)	
Zwischenerzeugnissteuer**	432 (+2,8%)	432 (+2,8%)	432 (+2,8%)	432 (+2,8%)	432 (+2,8%)
2.232 (+2,4%)	2.268	2.185	2.174 (-0,5%)	2.179 (+0,2%)	
Gesamt 3.450 (+1,1%)	3.660	3.507	3.459 (-1,4%)	3.411 (-1,4%)	

*Auf Wein wird keine Steuer erhoben.

** In Abweichung zu früheren Ausgaben des Jahrbuchs Sucht wird die seit 1994 separat erhobene Zwischenerzeugnissteuer (z.B. auf Sherry,

Portwein, Madeira) berücksichtigt. In den Jahren vor 1994 wurde die Verbrauchssteuer für die entsprechenden Alkoholika als Branntweinsteuer erfasst.

(Quelle: Bundesministerium der Finanzen, 2004)

Höhe der Verbrauchssteuern je Liter reinen Alkohols in Deutschland:

Branntwein/Spirituosen: 13,03 €

Schaumwein: 13,60 €

Bier* 1,97 €

*von den Bundesländern erhobene Steuer (Durchschnitt)

(Quelle: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und –Importeure e.V. 2002)

Auf Wein wird keine Steuer erhoben.

Alkopops* 55,50 €

* Verteuerung um 0,83 € einer Flasche Alkopops (2,75 l) mit 5,5 vol.%

(Quelle: Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums)

Verbrauch je Einwohner an Bier, Wein, Schaumwein und

	Spirituosen (Liter) 1999	2000	2001**	2002***	2003 ^a
Bier	127,5	125,5	122,4	121,5	117,5
Wein*	18,0	19,0	19,8	20,3	19,8
Schaumwein	4,9	4,1	4,2	3,9	3,8
Spirituosen**	5,9	5,8	5,8	5,9	5,9

* Weinkonsum je Einwohner einschl. Wermut- und Kräuterwein, Weinwirtschaftsjahr (01.09 - 31.08)

** Angaben beinhalten ab 2002 Spirituosen-Mischgetränke umgerechnet auf einen durchschnittlichen Alkoholgehalt von 33 Vol.-%

^a vorläufig, Schätzung

(Quelle: Berechnungen des ifo Instituts, unveröffentlichte Datenquelle)

Anteil verschiedener Getränke am Gesamtkonsum im Jahr 2002

Bier 55,9 %

Wein 21,4 %

Schaumwein 4,1 %

Spirituosen 18,6 %

Rangfolge der EU-Staaten und ausgewählter Länder hinsichtlich des gesamten Alkoholkonsums pro Kopf (Liter reinen Alkohols)

Rang ¹	Land	1999	2000	2001	2002	Veränderung 1970-2002 in
1	Luxemburg	12,9	13,2	12,4	11,9	19,6
2	Ungarn	10,6	10,9	11,1	11,1	21,6
3	Irland	9,6	10,7	10,8	10,8	83,6
4	Tschechien	11,0	11,0	10,9	10,8	28,3
5	Deutschland	10,6	10,5	10,4	10,4	1,7

6	Frankreich	10,7	10,4	10,5	10,3	-36,3
7	Portugal	10,6	10,3	10,3	9,7	-2,1
8	Spanien	9,9	9,8	9,8	9,6	-17,1
9	Großbritannien	8,4	8,4	9,1	9,6	79,9
10	Dänemark	9,5	9,5	9,5	9,5	39,1
11	Österreich	9,3	9,2	9,0	9,2	-12,3
12	Zypern	7,1	7,4	7,9	9,1	176,9
13	Schweiz	9,2	9,2	9,2	9,0	-16,3

1 Rangplatz unter 45 Ländern, die in genannter Quelle erfasst sind. (Quelle: Commission for Distilled Spirits, 2004)

Werbeaufwendungen für alkoholische Getränke (in Mio. €)

	1999	2001	2002	2003
	20	134	132	118
	00	360	347	336
Spirituosen	110	46	54	48
	125	35	27	24
		575	560	525

(Quelle: Nielsen Media Research GmbH, 2004)

Alkohol im Straßenverkehr		2000	2001	2002	2003
Alkoholunfälle	28.350	27.375	25.690	25.333	24.24
dabei Getötete	1.114	1.022	909	932	817
Alkoholisierte Beteiligte	28.769	27.749	26.023	25.701	24.55
darunter: Frauen	2.709	2.696	2.459	2.637	2.472
Männer	25.999	24.987	23.517	23.023	22.03
Pkw-Fahrer	18.089	17.555	16.156	15.975	14.66
Mittlere BAK (0/00)	1,62	1,61	1,60	1,60	1,60

Quelle: BASt-U2m-30/2004

Konsumenten, Missbraucher, Abhängige

	18-59 J. (Hochrechnung)	18-69 J.
Riskanter Konsum insgesamt	7,8 Mio. (16%)	9,3 Mio.
<i>davon zwei Untergruppen nach DSM-IV:</i>		
missbräuchlicher Konsum	2,4 Mio. (5%)	2,7 Mio.
abhängiger Konsum	1,5 Mio. (3%)	1,6 Mio.

(Quelle: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG. Band 128, Nomos-Verlag, 2000 und Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997, Sucht, 44 J., Sonderheft 1)

Mortalität

Jährlich sterben ca. 42.000 Personen, deren Tod direkt (z. B. durch Alkoholmissbrauch) oder indirekt (z.B. durch einen alkoholisierten Unfallverursacher) in Verbindung Alkohol steht.

(Quelle: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG. Band 128, Nomos-Verlag, 2000)

Aktuelle Analysen zu alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen und Todesfällen gehen von jährlich 73714 Todesfällen durch Alkoholkonsum allein oder durch den Konsum von Tabak und Alkohol bedingt (74 %) aus. Der Anteil an alkoholbedingten Todesfällen an allen Todesfällen im Alter zwischen 35 und 65 Jahren beträgt bei Männern 25% und bei Frauen 13%.

(John and Hanke, 2003, Tabak- oder alcohol-attributable stationäre Behandlungen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128:1387-90)

Morbidität

Schätzungen zur Morbidität auf Basis der Krankenhausdiagnosestatistik des Jahres 1997 ergaben, dass 2,0% (Frauen: 0,9%, Männer 3,4%) der stationären Behandlungsfälle dem Konsum von Alkohol allein und 3,5% (Frauen: 1,4%, Männer 5,7%) dem Konsum von Tabak und Alkohol zuzurechnen sind.

(Quelle: Hanke & John, 2003)

Volkswirtschaftliche Kosten

Die Kosten alkoholbezogener Krankheiten (ohne Kriminalität und intangible Kosten) werden pro Jahr auf ca. 40 Mrd. DM (ca. 20,6 Mrd. €) geschätzt. Der größte Teil des volkswirtschaftlichen Schadens bezieht sich mit 13,7 Mrd. DM (ca. 7 Mrd. €) auf die alkoholbezogene Mortalität.

(Quelle: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG. Band 128, Nomos-Verlag, 2000)

Der Krankenhausstatistik des Jahres 1997 zufolge waren 2,0 % (Frauen 0,9 %, Männer: 3,4 %) der stationären Behandlungsfälle dem Konsum von Alkohol allein und 3,5 % (Frauen 1,4 %, Männer: 5,7 %) dem Konsum von Tabak und Alkohol zuzuschreiben (Hanke & John 2003). Berücksichtigt man weiterhin die bei alkohol- oder tabak-attributablen Diagnosen um einen Tag erhöhte Liegedauer, ergeben sich für das Jahr 1997 Behandlungskosten in Höhe

Von 2,7 Mrd. Euro.

(Quelle: Hanke, M. und John, U. (2003) Tabak- oder alkohol-attributable stationäre Behandlungen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128:1387-90)**Weitere Zahlen, Fakten und Informationen finden Sie im Internet unter www.dhs.de**

Rückfragen bitte an: Christa Merfert-Diete

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4 - 59065
Hamm
Tel. 02381 / 90 15-18
Handy: 0173 / 2920321
[E-Mail: merfert-diete@dhs.de](mailto:merfert-diete@dhs.de)

Fußnote 5

ME Portal	Zurück Infothek Bericht zur Drogensituation 2004	Veranstaltungstipp Evaluation und Dokumentation in Gesundheitsförderung sprojekten
<BR Home		Imme r mehr Öster reich er Fotoserie
<BR News	haben Erfahrungen mit illegalen Drogen Bericht zur Drogensituation 2004 (PDF; 1,76 MB)	Schwimmclub Bludenz
<BR Beratungsstelle	In Österreich sind Cannabis, Ecstasy und Kokain die meist konsumierten illegalen Drogen. Nach einer Schätzung im "Bericht zur Drogensituation 2004" des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) gibt es in Österreich:	Drogen-ABC Snus
<BR Für Betroffene		Häufige Fragen u. Antworten
<BR Für Bezugspersonen		Kann der/die KlientIn das Substitutionsmittel selber wählen ?
Themenspecial Sucht	<ul style="list-style-type: none">• Nikotin: ca. 2 Mill. Raucher• Alkohol: 330.000 Alkoholabhängige, 900.000 Gefährdete, 8.000 Todesopfer/Jahr• Medikamente: 110.000 Süchtige• Spielsucht: 56.000 "pathologische" Spieler• Internet: 50.000 Abhängige I• Illegale Drogen: 20.000 Abhängige	MitarbeiterInnen
SOS Onlinehilfe		
Links		Mag. Christine Köhlmeier Clean Feldkirch
Veranstaltungskalender		Online-Shop

Drogentote in Österreich:

2003 ist die Zahl der Drogentoten auf 163 Menschen angestiegen (139 im Jahr 2002).

In Vorarlberg sind fünf Menschen an den direkten Folgen von Suchtgift gestorben.

[Suchtforschungsinstitut](#)
[20.01.2005]

Infomaterialien
bestellen

[E-Mail Newsletter](#)

Jetzt kostenlos
anfordern!

[Kontakt](#)

Clean Feldkirch
05522 / 38072
clean.feldkirch@mariaebene.at

Fußnote 8:

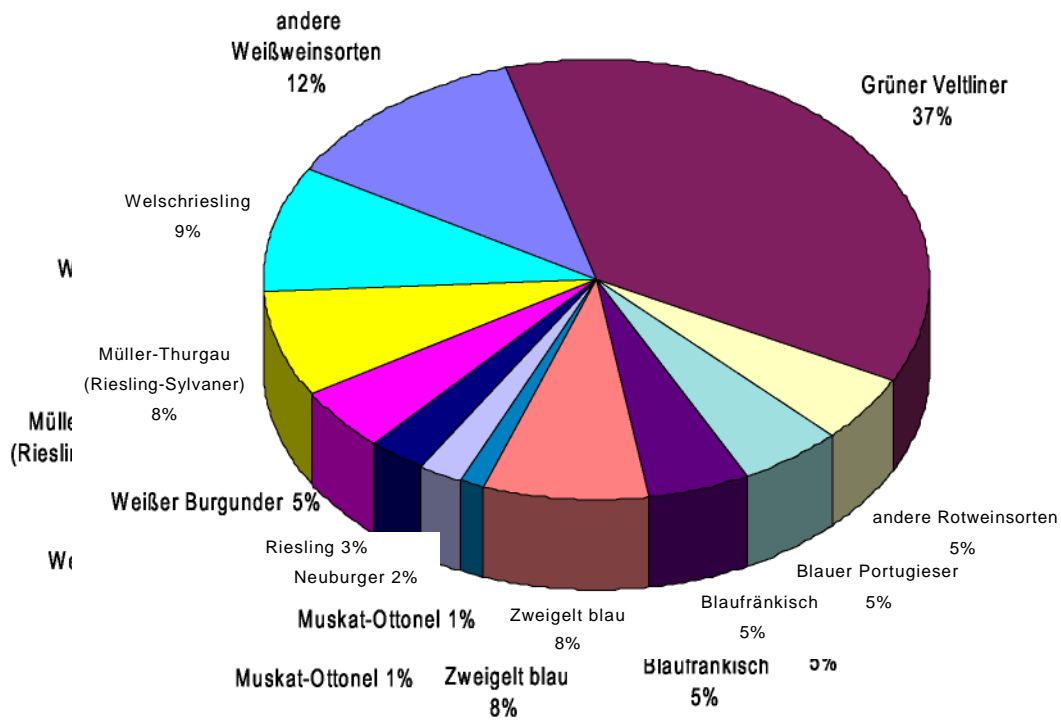
Lebensmittelberich

Im Jahr 1995 wurden rund 2.228.000 hl **Wein** geerntet. Die Menge lag um 15,8 % unter der vorjährigen Ernte. Von der Gesamternte entfielen 81 % auf Weißwein und 19 % auf Rot- und Roséwein. In Niederösterreich wurden 1.359.105 hl Wein (davon 1.141.648 hl Weiß- und 217.457 hl Rotwein), im Burgenland 739.084 hl Wein (davon 563.921 hl Weiß- und 175.163 hl Rotwein, in der Steiermark 111.077 hl Wein (davon 86.751 Weiß- und 24.326 hl Rotwein und Schilcher) und in Wien 19.056 hl Wein (davon 16.922 hl Weiß- und 2.134 hl Rotwein) geerntet. Die vor allem witterungsbedingt unterdurchschnittliche Ernte führte zu einem Rückgang des gesamten Lagerbestands an Wein um 15,8 % auf 3.953.000 hl. Davon entfielen 78 % (+5 %

gegenüber dem Vorjahr) auf Qualitätswein, 12 % auf Landwein und 10 % auf Tafelwein. Der Anteil der Weinwirtschaft an der landwirtschaftlichen Endproduktion betrug 3,1 Mrd. öS. Bedingt durch die niedrigere Ernte fiel die Wertschöpfung gegenüber dem Vorjahr um 14,4 %. Bei den insgesamt knapp 40.000

Weinbaubetrieben dominieren kleine und kleinste Einheiten, ein hoher Anteil wird im Nebenerwerb bewirtschaftet.

REBSORTEN IN ÖSTERREICH
(Anteil an der Anbaufläche)



Quelle: Österreichische Weinmarketing Servicegesellschaft 1996

Darstellung 2.9

Marktanalysen von AC Nielsen im Einzelhandel zeigen, daß sich österreichischer Wein auch nach dem EU-Beitritt beim Konsumenten weiterhin höchster Beliebtheit erfreut. Fast die Hälfte der Nachfrage entfällt auf Tafel- und Landwein. Unter den inländischen weißen Qualitätsweinen ist der Grüne Veltliner (rund 30 %) Marktführer, gefolgt von Welschriesling und Cuvees. Die mengenmäßig größte Sorte unter den Rotweinen stellt der Blaufränkisch dar, gefolgt von Zweigelt und Portugieser. Der wertmäßige Anteil österreichischer Hersteller in den Sortimenten des Einzelhandels beträgt ca. 70 %. An zweiter Stelle rangieren die Weine aus Italien mit einem wertmäßigen Anteil von 20 %, es folgen die französischen mit 6 % und die spanischen Weine mit 2 %. Getrunken wird Wein am liebsten zu Hause oder bei Bekannten (53 %), gefolgt von der Gastronomie (38 %) und der Buschenschank (9 %). Trotz der leicht sinkenden Tendenz in den vergangenen Jahren stellt der Ab-Hof-Verkauf mit einem Anteil von 50 % am inländischen Weinabsatz aber noch immer die dominante Vertriebsform dar.

Fußnote 9:

Die Notwendigkeit innerbetrieblicher Hilfsmaßnahmen

Abhängigkeitserkrankungen und Gesellschaft

Die Zahl der alkoholkranken Menschen in einem Betrieb muss man in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext sehen, um die Dimensionen, um die es hier geht, zu verstehen. Man kann davon ausgehen, dass der Gesamtverbrauch von Alkohol in der Bundesrepublik sich auch im Konsumverhalten innerhalb eines Betriebes niederschlägt. Dabei lehren uns die Statistiken, dass der Alkoholverbrauch in unserem Lande von 1950 bis 1976 massiv angestiegen ist und sich seither auf einem hohen Niveau eingependelt hat. Die Bundesrepublik Deutschland hat mit einem pro Kopf Konsum von 10,6 l (1998) reinen Alkohols einen internationalen Spitzenplatz. "Umgerechnet auf die Bevölkerungsgruppe der 15- bis 70-jährigen bedeutet das, dass der Pro-Kopf-Verbrauch bereits bei 14,73 l/Jahr liegt" (DHS Jahrbuch Sucht 1996).

Eine andere Untersuchung (Junge 1995) hat den Alkoholkonsum des Jahres 1991 (12,14 l reiner Alkohol) für die tatsächlichen Alkoholkonsumenten im Alter von 25 bis 69 Jahren berechnet und kommt somit auf etwa 55 g für Männer und 40 g für Frauen pro Tag. Hiermit sind die Grenzwerte für einen wenig gesundheitsriskanten Alkoholkonsum von 20 g bei Frauen und 40 g bei Männern bei weitem überschritten.

Nach Schätzungen der DHS beträgt der Anteil alkoholkranker Menschen an der Gesamtbevölkerung ca. 2-3 %. Dies bedeutet, dass 2.500.000 Menschen in Deutschland behandlungsbedürftig alkoholkrank sind. Bezogen auf den betrieblichen Bereich ist diese Quote deutlich höher: Ca. 10 % aller Werkstätigen müssen als alkoholkrank bezeichnet werden.

Dass diese Angaben evtl. nach oben revidiert werden müssen, zeigt eine Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland (Herbst et al 1995): Diese Erhebung weist auf ein Missbrauchsverhalten in der Bevölkerung hin, welches höher ist, als bisher angenommen wurde. So haben 13% der Befragten zwischen 18 und 59 Jahren oder hochgerechnet 6,5 Millionen Personen aus der Bevölkerung einen schädlichen Gebrauch von alkoholischen Getränken. Diese Werte werden sowohl durch die Angaben über kritische Grammwerte (siehe oben) als auch über die erfassten negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums bestätigt.

Hinzu kommt, dass man hochgerechnet mit 7,5 Millionen starken Rauchern mit einem gesundheitsschädlichen Konsum von 20 und mehr Zigaretten pro Tag rechnen muss. Da sich ein großer Teil dieser beiden Personengruppen überschneidet, muss man davon ausgehen, dass sich das Gesundheitsrisiko durch Mehrfachmissbrauch erheblich steigert.

Eine Studie ("Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung"-Jahrbuch Sucht 1992 der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) berichtet, dass die "...Übersterblichkeit alkoholkranker Menschen auf das Dreifache der Gesamtbevölkerung geschätzt wird."

Alkoholabhängige sterben etwa

- neunmal so häufig an Leberzirrhose,
- zweimal so häufig an Krebserkrankungen des Magens und der oberen Verdauungswege und
- dreimal so häufig an den Folgen von Unfällen

als die Normalbevölkerung.

Insgesamt werden jährlich etwa 40.000 Todesfälle auf Alkoholismus zurückgeführt. Ca. die Hälfte aller Verkehrstoten sind das Ergebnis alkoholbedingter Verkehrsunfälle. 1/5 aller Verkehrstoten sind dem Alkohol zuzuschreiben. Die Scheidungsrate ist etwa doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung. Jährlich werden ca. 1.800 Kinder geboren, die durch Alkoholkonsum der Mutter geschädigt sind.

Diese Zahlen führen vor Augen, dass Alkoholismus nicht nur ein Problem des einzelnen, des Betroffenen und seiner Familie ist. Der Umfang dieser Krankheit produziert erhebliche soziale Kosten, welche sind (Grüner und Turek 1981):

- Ausbildung und Arbeit
- Krankheit und Therapie
- Rehabilitationsversuche durch
- Selbsthilfe
- Kriminalität
- Rechtsfolge
- Verwaltung
- "Die alkoholbedingten Probleme erfordern sofortiges, generelles und umfassendes Handeln. Es gibt schon lange keine Balance mehr zwischen den gesellschaftlichen und individuellen "Erträgen" und "Verlusten." (R. Hüllinghorst im DHS Jahrbuch Sucht 1996)

Folgen für Mitarbeiter und Betrieb

Alkoholismus wird heute zunehmend auch in der Arbeitswelt als wirtschaftliches und humanes Problem wahrgenommen. Während 1979 erst rund 20 Betriebe in der BRD über eigene Präventions- und Hilfeprogramme verfügten, sind es heute rund 700

Unternehmen, die ein innerbetriebliches Hilfsprogramm auflegen.
Nachfolgend werden einige Gründe hierfür genannt:

Betriebliche Kosten des Alkoholmissbrauches

Durch Alkoholmissbrauch bedingte Kosten setzen sich aus einer Vielzahl von Faktoren zusammen und sind nur zum Teil direkt erfassbar. Solche Faktoren sind z. B.:

Schlechte Arbeitsqualität

Schon kleinere Mengen Alkohol können die körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeiten eines Mitarbeiters beeinträchtigen. Er wird somit gegebenenfalls zum Sicherheitsrisiko für sich und andere.

Statistisch ist die Annahme gestützt, dass ein Mitarbeiter mit Alkoholproblemen etwa 25 % seiner Arbeitsleistung nicht erbringen kann. Die Kosten, die für den Betrieb dadurch entstehen, hat man mit 1,25 % der gesamten Lohn- und Gehaltssumme eines Unternehmens errechnet.

Maschinenbedienungsfehler

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren schätzt, dass bei 10 bis 30 % der Betriebsunfälle Alkohol eine Rolle spielt.

Alkoholranke sind ca. 3,5 mal häufiger in Betriebsunfälle verwickelt als gesunde Mitarbeiter.

Fernbleiben vom Arbeitsplatz

Vorliegender Alkoholismus führt bei Mitarbeitern zu einer signifikanten Häufung des entschuldigten und unentschuldigten Fernbleibens vom Arbeitsplatz. Sie sind hauptsächlich wegen ihrer Rauschzustände oder den direkten oder indirekten Folgen von körperlichen Alkoholfolgeschäden wesentlich öfter arbeitsunfähig als ein gesunder Mitarbeiter. In deutschen und amerikanischen Unternehmen hat man folgende Fehlzeiten bei alkoholkranken Mitarbeitern festgestellt:

- 16 mal häufigeres Fernbleiben vom Arbeitsplatz

- 2,5 mal häufiger krank
- 1,4 mal längeres Fehlen nach Unfällen Hinzu kommen noch:
- mangelnde Auslastung von Fertigungskapazitäten
- Überstundenkosten wegen Ausfall alkoholkranker Mitarbeiter
- Störungen und Belastungen von Arbeitsgruppen durch alkoholisierte Mitarbeiter und die Beeinträchtigung des Arbeitsklimas.

Eine Untersuchung eines werksärztlichen Dienstes hat herausgefunden, dass 100 alkoholgefährdete bzw. abhängige Mitarbeiter in 5 Jahren über 3 Millionen DM Kosten verursachen.

Nach Schätzung des Bundesverbandes der deutschen Arbeitgeberverbände beläuft sich der wirtschaftliche Schaden pro 1.000 Beschäftigte auf 150.000 bis 180.000 DM pro Jahr.

G. Bühringer und R. Simon (in Psycho 18; 3/1992) berechneten auf der Grundlage von sehr sorgfältigen ökonomischen Analysen der missbrauchsbezogenen Kosten aus den USA und der Schweiz einen volkswirtschaftlichen Gesamtschaden von 50 bis 80 Milliarden Mark pro Jahr in der BRD.

Die gesetzlichen Rentenversicherungen, zuständig für die Rehabilitation von Abhängigkeit hat im Jahre 1985 für Langzeitentwöhnungsbehandlungen den Betrag von 471 Millionen DM ausgegeben.

Fußnote 11: Erscheinungsformen

Typologie nach Jelinek (1960)

Alpha-Typ (Problemtrinker, Erleichterungstrinker, Konfliktrinker)

- benutzen Alkohol, um körperliche oder seelische Belastungen leichter zu ertragen
- sind von der Alkoholwirkung insoweit auch psychisch abhängig
- undiszipliniertes Trinken, Abstinenz allerdings möglich
- kein Kontrollverlust beim Trinken
- keine Anzeichen körperlicher Abhängigkeit

Beta-Typ (Gelegenheitstrinker)

- sind weder körperlich noch psychisch abhängig
- gesundheitliche Folgen sind erkennbar (Polyneuropathie, Gastritis, Leberzirrhose...)

Gamma-Typ ("süchtiger Trinker", Rauschtrinker)

- unregelmäßiges Trinken über den Tag verteilt
- Phasen starken Trinkens wechseln mit relativ unauffälligen Phasen ab
- erhöhte Alkoholtoleranz (man "verträgt viel")
- psychische Abhängigkeit ist stärker ausgeprägt als die körperliche
- Kontrollverlust: Aufhören während eines Trinkaktes auch dann nicht möglich, wenn
sie selbst das Gefühl haben, genug zu haben
- phasenweise Abstinenz möglich

Delta-Typ (Spiegeltrinker, Gewohnheitstrinker)

- trinken täglich und regelmäßig, zeigen aber keine Anzeichen von Rausch
- erhöhte Alkoholtoleranz
- körperliche Abhängigkeit ist stärker ausgeprägt als die psychische
- kein Kontrollverlust
- unfähig zur Abstinenz
- Entzugserscheinungen bei Abstinenzversuch

Fußnote 16:

Gericht

Haftung von Krankenanstalten

07. März 2006

Das der Öffentlichkeit als "Unternehmensstrafrecht" präsentierte neue Gesetz regelt auch die strafrechtliche Haftung von Krankenanstalten.

DR. Wolfgang Kossak Senatspräsident des OLG Linz i. R. Das zu Jahresbeginn in Kraft getretene Verbandsverantwortlichkeitsgesetz BGBl I 2005/151 (VbVG) regelt, unter welchen Voraussetzungen juristische Personen für Straftaten verantwortlich sind und wie sie sanktioniert werden; es regelt weiters analog der StPO das Verfahren, nach dem die Verantwortlichkeit festgestellt und Sanktionen (Verbandsgeldbußen) auferlegt werden.

In den Vorberatungen ist dieses Gesetz einer breiteren Öffentlichkeit als "Unternehmensstrafgesetz" vorgestellt worden, doch ist man von diesem weniger sperrigen Titel abgerückt, um klarzustellen, dass Beschuldigte (belangte Verbände) nicht nur Unternehmen im Sinne des neuen Unternehmensgesetzbuchs, sondern fast alle juristische Personen sein können; insbesondere auch Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden), soweit sie nicht in Vollziehung der Gesetze handeln, und Kirchen und andere Religionsgemeinschaften, soweit sie nicht seelsorgerisch tätig sind. Rechtspolitische Begleitmusik bei der parlamentarischen Gesetzeswerdung war eine für die parallel verhandelte Reform des Aktien- und Börserechts geplante persönliche Haftung von Managern und Aufsichtsräten, zu der es letztendlich nicht gekommen ist. Kein öffentlich ausgetragener Diskussionsstoff war hingegen die Rechtsfolge des neuen VbVG, wonach seinem Wortlaut nach auch Krankenanstalten für medizinische Fehlbehandlungen ("ärztliche Kunstfehler") als belangte Verbände strafrechtlich zur Rechenschaft gezogen werden können. Eine solche im österreichischen Strafrechtssystem völlig neuartige Haftung setzt neben der für einen Patientenschaden ursächlichen Fahrlässigkeit eines Mitarbeiters der

Krankenanstalt (Ärzte, Pflegepersonal) voraus, dass die Begehung der Tat dadurch ermöglicht oder wesentlich erleichtert wurde, dass Entscheidungsträger die nach den Umständen gebotene und zumutbare Sorgfalt außer Acht gelassen haben, insbesondere, indem sie wesentliche technische, organisatorische oder personelle Maßnahmen zur Verhinderung solcher Taten unterlassen haben.

Wer ein Entscheidungsträger einer Krankenanstalt im Sinne des § 2 VbVG ist, wird noch in heißen medizinrechtlichen Diskussionen zu klären sein, sofern nicht schon vorher Verfolgungsschritte eines Staatsanwalts dazu führen, dass diese Rechtsfrage anlässlich eines ärztlichen Behandlungsfehlers von der Rechtsprechung gelöst wird.

Zur Veranschaulichung der Brisanz dieser Rechtsfrage ein in der Praxis leider nicht seltener Fall: Ein Patient ist bei einem Eingriff durch einen übermüdeten oder sonstwie überforderten Arzt geschädigt worden. Oder eine übermüdete Krankenschwester hat Medikamente verwechselt oder falsch dosiert.

Die Übermüdung war darauf zurückzuführen, dass wegen eines akuten Personalmangels gegen das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz verstoßen wurde. Wer hat als Entscheidungsträger den Personalmangel zu verantworten? War der Primar der Abteilung, der bei der Erstellung des Dienstzeitenplans gesetzlich unzulässige Überstunden anordnen musste, um einen geordneten Behandlungsablauf für alle Patienten sicherstellen zu können, Entscheidungsträger im Sinne des §2 VbVG oder verschiebt sich die strafrechtlich relevante Entscheidungsträgerebene auf die ärztliche Leitung des Spitals oder die Pflegedienstleitung?

Im Jahr 1999 erschütterten der Spitalsskandal im LKH Freistadt und seine Aufarbeitung durch einen Untersuchungsausschuss das öö. Krankenanstaltenwesen. Würde man die Ergebnisse der damaligen Untersuchungen in den Geltungsbereich des VbVG transferieren, dann hätte aus heutiger Sicht das Land Oberösterreich als damaliger Träger des LKH Freistadt auch strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden müssen¹ .

Der Opferschutz (Patientenrechtsschutz) im Bereich der medizinischen Behandlung in Krankenanstalten wird durch die zivilrechtliche Judikatur zum Organisationsverschulden und zur Umkehr der Beweislast² in Zusammenhang mit der professionellen Tätigkeit von Patientenvertretungen und Schlichtungsstellen schadenersatzrechtlich ausreichend gewährleistet.

Aus Anlass des Inkrafttretens des VbVG stellt sich daher die Frage, ob dieser neue Wirkungsbereich der Staatsanwälte im sensiblen

Spannungsfeld der Ärzthaftung rechtspolitisch gewollt war und ist.

Es wird behauptet, dass Österreich auf Grund des EU-Rechts und anderer völkerrechtlicher Normen zur parlamentarischen Verabschiedung des VbVG verpflichtet gewesen sei. Aber welche Normen der EU oder der UNO sind es wirklich, die eine strafrechtliche Verantwortung von Krankenanstalten für fahrlässig begangene medizinische Behandlungsfehler erheischen?

In den letzten Jahren wurde es Usus, dass österreichische Gesetze, mit denen EU-Richtlinien umgesetzt wurden, im Gesetzestext ausdrücklich die umgesetzten Richtlinien oder die in das österreichische Recht implantierten EU-Verordnungen benannten; das ist eine unschätzbare Hilfe für die Gesetzesauslegung durch die Gerichte. Im verlautbarten Gesetzestext des VbVG ist überhaupt kein Hinweis auf eine Umsetzung von bestimmten EU-Richtlinien zu finden.¹ Die öö. Landespolitiker haben nicht nur medizinisch, sondern auch politisch mit Hilfe der bewährten Methode der Ausgliederung Lehren aus dem "Fall Freistadt" gezogen: Spitalsträger der ehem. Krankenhäuser des Landes wurde eine Aktiengesellschaft (GESPAG).² Kossak, *Arzthaftung zwischen Politik und Rechtsprechung*, Richterzeitung 1999, 258.

© SN.

Fußnote 18:

<http://www.aekwien.or.at/665.html#top>

Haftung

[1. Was bedeutet Haftung?](#) | [2. Unterschied zwischen zivilrechtlicher und strafrechtlicher Haftung](#) | [3. Zivilrechtliche Haftung](#) | [4. Dienstnehmerhaftpflicht](#) | [5. Wen trifft die Haftung?](#) | [6. Strafrechtliche Haftung](#)

1. Was bedeutet Haftung?

Haftung bedeutet das Entstehen müssen für einen Schaden, der schuldhaft verursacht, der objektiv vorhersehbar und abwendbar war.

☛ [Top](#)

2. Unterschied zwischen zivilrechtlicher und strafrechtlicher Haftung

Strafrechtliche Haftung bedeutet, daß der Arzt ein derartiges, im Strafgesetzbuch geregeltes Fehlverhalten gesetzt hat, welches zu einem Strafprozeß und

möglicherweise zu einer strafgerichtlichen Verurteilung führt (zu denken wäre z.B. an das Delikt der eigenmächtigen Heilbehandlung nach § 110 StGB).

Zivilrechtliche Haftung bedeutet, daß der Arzt für sein Fehlverhalten zur Leistung von Schadenersatz verurteilt wird.

Die zivilrechtliche Haftung ist im Unterschied zur strafrechtlichen Haftung mit einer Ärztehaftpflichtversicherung abdeckbar.

[*Top](#)

3. Zivilrechtliche Haftung

Folgende Voraussetzungen müssen nach den Bestimmungen des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB) vorliegen, damit zivilrechtliche Haftung eintreten kann:

3.1. Schaden

Unter Schaden versteht § 1293 ABGB jeden Nachteil, der jemandem an Vermögen, Rechten oder seiner Person zugefügt worden ist.

Das ABGB kennt insofern einen differenzierten Schadensbegriff, als Art und Umfang der Ersatzpflicht einerseits davon abhängig ist, ob der Entstehungsgrund ein Vertrag oder eine unerlaubte Handlung ist, andererseits aber auch vom Grad des Verschuldens des Schädigers abhängt.

Im Arzthaftungsrecht ist die zentrale Norm § 1325 ABGB, nach welcher bei Körperverletzung der Schädiger die Heilungskosten, den Verdienstentgang und Schmerzensgeld zu leisten hat. Daneben kann gemäß § 1326 ABGB bei Eintreten einer Verunstaltung und dadurch bedingter Verhinderung des besseren Fortkommens eine Entschädigung verlangt werden.

Hat der verantwortliche Arzt oder Krankenträger den Tod des Patienten zu verantworten, stehen nach § 1327 ABGB nicht nur die damit anfallenden Kosten (z.B. des Begräbnisses), sondern auch den unterhaltsberechtigten Hinterbliebenen Unterhalt zu.

3.2. Kausalität und Rechtswidrigkeit

Das "schadenstiftende" Verhalten muß eine direkte Ursache des eintretenden Schadens sein (Kausalität). Das schadenstiftende Verhalten muß weiters rechtswidrig sein, wobei Rechtswidrigkeit vor allem dann vorliegt, wenn gegen absolut geschützte Rechtsgüter (wie z.B. Leben, Gesundheit, körperliche Integrität) bzw. gegen vertragliche Verpflichtungen (z.B. den Behandlungsvertrag) verstoßen wird.

3.3. Verschulden

Nur ein Schaden, der verschuldet herbeigeführt wurde, kann eine Ersatzpflicht auslösen. Das Gesetz versteht unter Verschulden entweder Vorsatz (Wille oder Wissen ob der Schadenherbeiführung) oder Fahrlässigkeit (Außerachtlassen der gebotenen Vorsicht).

Zu beachten ist hierbei § 1299 ABGB: Während nämlich der allgemeine Sorgfaltsmaßstab an den gewöhnlichen Fähigkeiten eines "ordentlichen" Durchschnittsmenschen orientiert ist, trifft Ärzte, da sie aufgrund besonderen Kenntnisse Tätigkeiten ausführen, die mit besonderen Gefahren verbunden sind, eine erhöhte Sorgfaltspflicht.

☛[Top](#)

4. Dienstnehmerhaftpflicht

Sind Ärzte Dienstnehmer, so finden auf sie die Bestimmungen des Dienstnehmerhaftpflichtgesetzes Anwendung: soweit Schadenersatzansprüche durch den Dienstgeber erfüllt werden müssen, entfallen allfällige Rückersatzansprüche durch diesen dann, wenn der Schaden durch eine entschuldbare Fehlleistung des Dienstnehmers herbeigeführt worden ist.

☛[Top](#)

5. Wen trifft die Haftung?

Während die strafrechtliche Haftung immer nur den konkret handelnden Arzt treffen kann, kann im Bereich der zivilrechtlichen Haftung auch den Träger des Krankenhauses, mit dem der Patient einen Behandlungsvertrag abgeschlossen hat, eine Haftpflicht treffen.

☛[Top](#)

6. Strafrechtliche Haftung

Das Strafgesetzbuch kennt folgende Delikte, die im Zusammenhang mit der Arzthaftung von Bedeutung sein können:

- § 81 StGB - Fahrlässige Tötung
 - § 88 StGB - Fahrlässige Körperverletzung
 - § 110 StGB - Eigenmächtige Heilbehandlung
1. Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.
 2. Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, daß durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs. 1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt hätte bewußt sein können.
 3. Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen. Wesentlich ist, daß grundsätzlich jede ärztliche Heilbehandlung als

Körperverletzung zu werten und somit rechtswidrig ist. Diese Rechtswidrigkeit wird erst durch die Zustimmung des Patienten aufgehoben.

Fußnote 22:

Unsere Stärken -
Unsere Ziele

Das Leitbild des Wiener
Krankenanstaltenverbunde

Unser Leitbild

Dieses Leitbild nennt die Ziele und Grundsätze,
für die wir uns einsetzen und die wir anstreben.
Es ist für die Zukunft der Orientierungsrahmen
für die Entwicklung der Krankenhäuser,
Geriatrizentren und sonstigen Einrichtungen
des Wiener Krankenanstaltenverbundes und
verdeutlicht unser Selbstverständnis

Wir sind für die
medizinische, pflegerische
und psychosoziale
Betreuung kranker und
Pflegebedürftiger
Menschen da

Wir sind ein Zusammenschluss aller Krankenhäuser und
Geriatrizentren der Stadt Wien. Wir handeln im Dienste
der Allgemeinheit auf der Grundlage gesundheitspolitischer
Ziele.

Wir gewährleisten für kranke und pflegebedürftige
Menschen eine umfassende, hochwertige medizinische
und pflegerische Betreuung unter Berücksichtigung der
Wirtschaftlichkeit. Die Leistungen unserer Spezial-
einrichtungen stellen wir auch überregional zur Verfügung.
Unsere Spitzenmedizin hat internationales Niveau.

Wir stimmen die Leistungen unserer Krankenhäuser und
Geriatrizentren bedarfsorientiert aufeinander ab.
Für den wachsenden Bedarf an Betreuung von pflege-
bedürftigen Menschen bieten wir entsprechende Leistungen
in unseren Geriatrizentren an.
Grundlage unseres Handelns ist die Achtung aller Menschen
ohne Rücksicht auf Herkunft, Religion, Alter und Rasse.

Wir sehen kranke und
pflegebedürftige Menschen
als PartnerInnen und
begegnen ihnen mit

Wertschätzung

Wir schaffen für kranke und pflegebedürftige Menschen eine Atmosphäre des Vertrauens und der Geborgenheit und achten ihre Würde.

Die Wahrung der Patientenrechte ist für uns nicht nur Gesetz, sondern Selbstverständlichkeit.

Im Umgang mit kranken und pflegebedürftigen Menschen nehmen wir eine kundInnenorientierte Grundhaltung ein. Wir agieren partnerschaftlich und offen. Wir achten das Selbstbestimmungsrecht jeder Person und stehen beratend zur Seite.

Auch bei Einsatz modernster Gerätemedizin versuchen wir, Ganzheitlichkeit und Individualität zu wahren. Wir gehen auf soziale, kulturelle und religiöse Bedürfnisse ein.

Wir beziehen kranke und pflegebedürftige Menschen in ihren Behandlungs- und Betreuungsprozess ein.

Angehörige und BesucherInnen sind uns willkommen.

Auch sie beziehen wir, wo immer möglich, aktiv in den Betreuungsprozess ein.

Wir verpflichten uns zur ständigen Verbesserung der Qualität unserer Leistungen

Die Erfüllung der Erwartungen und Bedürfnisse kranker und pflegebedürftiger Menschen ist unser Qualitätsmaßstab. Unseren Erfolg messen wir an ihrer Zufriedenheit.

Wir setzen nationale und internationale Qualitätsstandards und messen uns daran.

Neuen Entwicklungen und Erkenntnissen stehen wir aufgeschlossen gegenüber. Wir bauen sie sinnvoll in Praxis und Lehre ein.

Wir überprüfen regelmäßig unsere Leistungen und wenden dabei anerkannte Verfahren an.

Wir wissen, dass kontinuierliche Qualitätsverbesserung die Aufgabe aller ist. Jeder trägt im Rahmen seiner Möglichkeit und seines Aufgabengebietes dazu bei.

Wir bekennen uns zu den Gedanken und Zielen von umfassendem Umweltschutz.

Wir bekennen uns zu den Gedanken und Zielen von umfassender Gesundheitsförderung.

Wir alle sind für den Erfolg des Wiener Krankenanstaltenverbundes verantwortlich

Wir begegnen einander mit Wertschätzung und Toleranz.

Wir unterstützen uns gegenseitig.
Wir fördern eigenverantwortliches, kreatives, leistungsorientiertes, objektives und korrektes Handeln.
Wir agieren patientInnenorientiert und wirtschaftlich.
Wir arbeiten im Team.
Wechselseitige Information und Kommunikation sind die Grundlage unserer Zusammenarbeit.
Die EntscheidungsträgerInnen respektieren gegenseitig ihre Kompetenzen. Entscheidungen sind transparent, werden zügig getroffen und durchgesetzt. Betroffenen werden Mitwirkungsmöglichkeiten eingeräumt.
Unsere leitenden MitarbeiterInnen führen kooperativ und sind sich der Verantwortung ihrer Aufgabe bewusst. Sie fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit.
Personalentwicklung ist Kernaufgabe jeder Führungskraft. Nachwuchsförderung hat einen hohen Stellenwert.
Unsere MitarbeiterInnen bieten wir Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Sicherheit und Aufstiegschancen eines großen Unternehmens.
Wir bilden in unseren Einrichtungen für den aktuellen und zukünftigen MitarbeiterInnenbedarf aus.
Wir stellen dieses Wissen und Können auch anderen Einrichtungen zur Verfügung.
Wir schaffen ein Klima, in dem man aus Erfahrungen lernen kann.
Wir erwarten von uns allen die Identifikation mit den Grundsätzen dieses Leitbildes und die erfolgreiche Umsetzung in der Praxis.

Wir handeln wirtschaftlich nach unternehmerischen Grundsätzen

Unsere Unternehmungsorganisation ist geprägt von dezentralen Strukturen mit klaren Kompetenzen und hoher Flexibilität.

Wir legen Wert auf wirtschaftliche Betriebsführung und fordern Leistungsdenken und Kostenbewusstsein.
Wir setzen die uns bereitgestellten Ressourcen so ein, dass wir die definierten Ziele mit geringst möglichen Mitteln erreichen.
Das Treffen von Zielvereinbarungen mit überprüfbaren Zielsetzungen ist eine wesentliche Handlungsgrundlage auf allen Ebenen der Führung.

Wir verstehen uns als Teil des Gesundheitssystems und pflegen die

Zusammenarbeit mit unseren externen PartnerInnen

Wir unterstützen die politischen Organe sowie Dienststellen des Magistrats bei der Entwicklung von gesundheitspolitischen Zielen, Strategien und Programmen. Wir fördern die Kooperation mit niedergelassenen ÄrztInnen, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen. Mit Interessensverbänden, Versicherungsträgern und Bildungseinrichtungen pflegen wir regelmäßige Kontakte. Um ein Klima des Verständnisses und Vertrauens zu schaffen, informieren wir die Öffentlichkeit gezielt und regelmäßig über unsere Leistungen.

Impressum

Herausgeber:

Generaldirektion Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV)

A-1010 Wien, Schottenring 24

Gestaltung: Herbert Stadler, 1070 Wien

Fotografie: Pilo, 1020 Wien

Druck: Raser Druck, 1010 Wien

Veröffentlichung: Dezember 2003

Fußnote 25: Zusammenfassung und Flipchartfolienkopien vom MAF Feedback Workshop

Nikou

**MAF — Mitarbeiter alkoholfrei
Workshop am 26.11.03**

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Ausgangslage:

Im Auftrag der Kollegialen Führung wurde von Herrn Dr. Syrus Nikou und Frau Monika Wöß (Arbeitsmedizin) ein Vorschlag für eine Dienstvereinbarung zum Thema „Mitarbeiter Alkoholfrei" entwickelt.

Dieser Entwurf wurde im heutigen Feedback - Workshop in einer multiprofessionellen und interhierarchischen Gruppe diskutiert.

Teilnehmer (Nennung alphabetisch, ohne Titel):

Brandstetter, Gruber, Hammer A., Hammer G., Hinterdorfer, Holzer, Moser, Nikou, Pils, Prohaska, Rogenhofer, Silberbauer, Stiaßny, Stöger, Wargocki, Wimhofer, Wöß

Moderation & Dokumentation: Dr. G. Wonofsky, KAV/TWS/OPE

Ziel des Workshops:

Das Arbeitspapier „MAF" soweit fertig stellen, dass es umgesetzt werden kann.

Erste Aufgabe war, in Kleingruppen (Pflege, Verwaltung, Medizin) zu klären, ob das Papier in seiner derzeitigen Form verständlich und vollständig ist.

Folgende Punkte sind der Gruppe zu dieser Fragestellung besonders wichtig:

- vor der eigentlichen Stufe 1 muss es noch eine Vorstufe („Stufe 0") geben, in der die Eigenverantwortung jedes Mitarbeiters gefordert ist
 - wichtig ist es, in der Umsetzung die Schutzfunktion der Vereinbarung zu betonen; sie schützt unter Umständen den betroffenen Mitarbeiter vor ernsteren dienstrechtlichen Konsequenzen
- generell stellt sich als wichtig heraus, das Motto „Hilfe statt Strafe" in den Vordergrund zu stellen; dieser Punkt wird bei der Umsetzung (Akzeptanz durch die MA!!) von essentieller Bedeutung sein!!
- Wenn ein MA aufgrund von Alkohol im Dienst versetzt wird, so soll das auch offen im Team thematisiert werden

Untersuchungen auf Alkohol beschränken sich, soweit es sich nicht um die Feststellung der Diensttauglichkeit durch den Amtsarzt handelt, auf

P:\00_Ope\01_Projekte\03039_MAF TZ YbbsTrotokolle \Workshop 26.11.03.doc

die Messung des Alkoholgehaltes in der Atemluft; diese Kontrolle wird durch die Arbeitsmedizin vorgenommen. Kontrollen werden nur in Anlassfällen durchgeführt!! Die Zuweisung zu Frau Wöß erfolgt im Anlassfall in Stufe 1 ausschließlich durch den direkten Vorgesetzten des betroffenen Mitarbeiters.

- Zu klären ist die Promillegrenze, die ein Mitarbeiter nicht überschreiten darf; hier gehen die Meinungen auseinander, ein Teil der Gruppe plädiert für 0,0 Promille, andere argumentieren damit, dass auch in der StVO 0,5 Promille toleriert werden. Dieser Punkt wird nochmals geprüft. Wichtig ist, dass die Dienstvereinbarung bereichsübergreifend (Nicht-Ziel: einander „Vernadern“!!!!) und für alle Berufsgruppen und Hierarchiestufen gilt.
- Die änderungsbedürftigen Punkte werden von den Arbeitsmedizinern in das Papier eingearbeitet.

In der nächsten Aufgabe sollte in den Kleingruppen (s.o.) geklärt werden, welche Bedürfnisse in den einzelnen Berufsgruppen vor Umsetzung der Vereinbarung bestehen. (Befähigung der MA); besonderer Wert wurde hier den Bedürfnissen leitender Mitarbeiter eingeräumt, da diese Gruppe eine Schlüsselfunktion in der Umsetzung der Vereinbarung einnehmen wird.

Folgende Punkte wurden thematisiert:

- der Titel und noch mehr der Transport des Inhaltes der Vereinbarung werden für die Akzeptanz bei den Mitarbeitern im Haus von entscheidender Bedeutung sein
- Information auf allen betroffenen Ebenen (Führungskräfte und Mitarbeiter) wird als notwendig angesehen; wahrscheinlich ist, dass die einzelnen Berufsgruppen unterschiedliche Information brauchen. Zur Information

sollten zusätzlich zu Schulungen und Vorträgen auch alle zur Verfügung stehenden Medien genützt werden (Intranet, Hauszeitung,...). Höhere Akzeptanz bei den MA kann aus Sicht der Gruppe erreicht werden, wenn die Informationen von externen Fachleuten übermittelt werden.

Ressourcenfrage!!!

Gleichzeitig sollten bewusstseinsbildende Maßnahmen getroffen werden. Wichtig scheint in diesem Zusammenhang auch ein positiver Einstieg für die MA in das Thema (persönlicher Nutzen; Hilfe statt Strafe, Schutz der MA,...)

Von extremer Wichtigkeit ist nach Meinung der ganzen Gruppe – das Thema wurde mehrfach angesprochen – die Kultur, in der die Vereinbarung umgesetzt werden soll: offene Gesprächskultur in den Teams und mit der Führung, Unterstützung der Führung bei der Umsetzung, Bereitschaft zur Konfliktbearbeitung,

P:\00_0pe\OI_Projekte\03039 MAF TZ Ybbs \Protokolle \Workshop 26.11.03.doc

Die hier aufgeführten Punkte stellen lediglich eine Zusammenfassung dar; die ausführliche Darstellung entnehmen Sie bitte dem beigefügten Flipchartprotokoll.

Zusammenfassend lässt sich folgendes sagen:

Die Stimmung im Workshop war durchwegs positiv, auch Kritik wurde in wertschätzender Art und Weise vermittelt.

Es wurden bereits einige, zum Teil recht konkrete, Vorschläge zur Umsetzung der Vereinbarung gemacht.

Erfolgsfaktoren für das Gelingen der Umsetzung sehe ich in zwei Themenbereichen:

Ressourcen: Wird es möglich sein, das benötigte Budget aufzubringen?

Kultur: Wird es möglich sein, den Mitarbeitern (auch den Führungskräften) die Unterstützung zu geben, die sie brauchen? Wird es möglich sein, zu vermitteln, dass die Dienstvereinbarung ein Unterstützungsangebot ist? Wird es möglich sein, in den Teams offen und ehrlich mit dem Thema „Alkohol am Arbeitsplatz“ umzugehen?

Für die Dokumentation: Dr. Gerlinde Wonofsky
Wien, 4.12.03

② Ziel des NS:

- Arbeitspapier MAF feststellen, so dass es umgesetzt werden kann

Nicht-Ziel:

- „Zurückziehen“ d. Papiers
- unklar Umkehrpläne

① MAF

MITARBEITER ALKOHOL FREI

Feedback-Workshop 26.11.03
8³⁰ - 13⁰⁰

Herzliche Krümelbienen?

Gelinde Handlung

② Aufgabe 1

Feedback:

Prüfen d. Papiers auf

- Verständlichkeit
- Vollständigkeit

4 Gruppen:

- 1x Kernrolle
- 1x Moderation
- 2x Pflege

⇒ 20 min Diskussion in der Gruppe
 ⇒ 3 min Präsentation im Plenum (pro Gruppe)
 ⇒ Sammeln d. Ergebnisse

③

• Vorstufe ("Stufe 0") ^{kirial}
 - Co-Abhängigkeit ^{das ist}
 Eigenverantwortung jedes MA ^{folgt}

! NICHT BEI 1x 1p

2 MITWIRKUNGSPFLICHT
 mit Mitspracherecht ^{bei} ^{Veränderung}

• Aktenvermerk ^{nicht} ^{Stufe 1}
 ↳ ^{Schuldscheine} ^{bestehen?}

• Zeitintervalle (8 Wo, ...)
 ↳ Rückstufung?

• BEI "VERSETZUNG"
 (SANKTION?)

THEMATISIEREN IM TEAM

5

ZU PUNKT 3 >

... in dem sie nicht oder andere
Personen gefährden können.

- Wer führt Untersuchungen durch?

ZU STUFE 1 > \hookrightarrow Behandlung = Akutfall ✓
BA = Anker-
Arbeitsmedizin - Akutennummern

ZU ARBEITSMEDIZIN >

Zu Funktion des Sudstwechsel
defizite

ZU Punkt 6 >

- in Bezug auf Papir od. MA (Maßnahmen)

6

Gruppe „Medizin“

- Verständlichkeit: prinzipiell gut
„Zeit zwischen den Stufen“ ?
- Vollständigkeit:
Grenze fehlt (wo? → Diskussion)
Rückstufung nicht klar genug (8 Wochen)

7

1) Bereichsübergreifend ! Kultur ✓

Lizenzübergreifend?

Nicht-Ziel: + Verantwortl. - Arzt
Arbeitsmed.

alle MA gekannt?

8

Stufe 1

1. Bereisung zu Fr. hies am den
direkten Vorgesetzten

9

Zeit: 40 min GA
+ 10 min Einzelzeit f. Führung

Aufgabe 3/ → 5' Präsentation / Gruppe; Diskussion

Erarbeiten der Bedürfnisse der MA um die Betriebsvereinbarung umsetzen zu können

- ↳ Kleingruppen
- Was brauchen Sie in Ihrem Arbeitsbereich um die Vereinbarung umsetzen zu können?
↳ Stufe 0 (Stufe 1)
- (- Welche Konsequenzen hat eine solche Situation auf das ganze Team?
↳ Bedürfnisse?)
- Führungskräfte
 - Was brauchen Sie persönlich noch, um bei Stufe 1 „anzukommen“?

10

1. UMSETZUNG

↳ Transport

- ↳ Titulierung des Papiers
("Vereinbarung" = "do obin woin's was...")
- ↳ Infoveranstaltung - Bewusstseinsbildung
 - verpflichtend (ev. TG)
 - Intranet

3. FÜHRUNGSKRÄFTE?

- ↳ OFFENE GESPRÄCHSKULTUR
- ↳ IM TEAM!
- ↳ UNTERSTÜTZUNG UND NICHT KONTROLLE DER NÄCHSTEN FÜHRUNGSEBENE
- ↳ BEREITSCHAFT AKTIV AUF KONFLIKTE ZUGEHEN

11

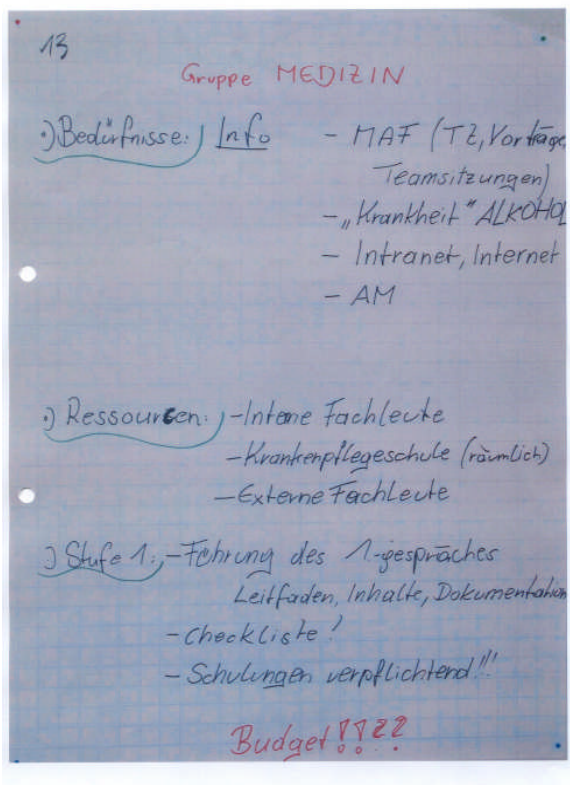
- AUFKLÄRUNG FÜR MA + FK (=alle!)
 - GESUNDHEIT
 - GEFAHREN DES ALKOHOLS
 - GEGENSEITIGE HILFE DURCH TERE GESPRÄCH
- AUFGABE EINER FÜHRUNGSKRAFT
 - ⇒ den NUTZEN d. VERFAHRENS f. MA in den WIDERSTAND stellen
- dann erst "PAPIER" vorstellen
 - zuerst Führungsperson = Einigkeit!
 - dann alle MA

POSITIVER EINSTIEG IN DEN STUFENPLAN:

- Verantwortlichkeit des einzelnen MA gegenüber dem anderen
- Sinn des Papiers: SCHUTZ!
- Verantw.

12

- > eigene Einstellung (Bewusstseinsbildung)
- > Info von d. MA
- > schriftlich "klare" Richtlinien
- > Ersatzpersonal - Mehrarbeit - Ü-Stunden
- > Fortbildungen für alle
- > Vertrauen von den Mitarbeitern (Info zu erhalten)
- > "Rückendeckung"



Fußnote 26:

Betriebsvereinbarung

über gesundheitsfördernde Maßnahmen zum Thema:

„Mitarbeiter Alkoholfrei“ MAF

Die Betriebsvereinbarung sichert die Gleichbehandlung aller Mitarbeiter und dient allen Beteiligten als Richtlinie für den Umgang mit „Alkohol am Arbeitsplatz“

1. Geltungsbereich
2. Ziel der Betriebsvereinbarung
3. Alkoholisierung am Arbeitsplatz
4. Aufklärung und Weiterbildung
5. Stufenplan
6. Geltungsdauer

1. Geltungsbereich

Die Betriebsvereinbarung gilt für alle Mitarbeiter und alle Bereiche im Therapiezentrum Ybbs. Sie dient als Hilfsangebot für Betroffene und schützt somit vor ernststen gesundheitlichen und dienstrechtlichen Konsequenzen.

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

2. Ziele der Betriebsvereinbarung

1. Alle Mitarbeiter über den Umgang mit Alkohol aufklären
2. Die Arbeitssicherheit erhalten
3. Das Gesundheitsverhalten aller Mitarbeiter fördern
4. Den Alkoholmissbrauch verhindern
5. Den abhängigen Kranken unter den Mitarbeitern ein Hilfsangebot unterbreiten

(Ein definieren von Nicht Zielen sollte wenn überhaupt nur in den Erläuterungen angegeben werden)

3. Alkoholisierung am Arbeitsplatz

Der Gesetzgeber sieht im Alkoholkonsum vor oder während der Arbeit eine potenzielle Gefahr für Mitarbeiter, sowohl für die eigene als auch für andere Personen.

Das bedeutet, dass Maßnahmen, die der Arbeitssicherheit dienen, unabhängig von den dargelegten Hilfsangeboten für Betroffene, je nach Notwendigkeit des Einzelfalles, unverzüglich ergriffen werden. Bei der Feststellung der aktuellen Dienstfähigkeit besteht eine Mitwirkungspflicht des

Beschäftigten. Diese gilt auch bei der Durchführung von Untersuchungen wie Alkohol in der Abatemungsluft. (Alkoholfrei = 0,00 ‰)

Die Zuweisung erfolgt vom direkten Vorgesetzten und wird ausschließlich von der Arbeitsmedizin durchgeführt.

Im Personalspeisesaal des Therapiezentrum Ybbs werden auch weiterhin keine alkoholischen Getränke angeboten.

Der Konsum von alkoholhaltigen Getränken im Patientencafe, welches sich im Haus II (Geriatrizentrum) befindet, ist während der Arbeitszeit für Mitarbeiter untersagt.

4. Aufklärung und Weiterbildung

Die Kollegiale Führung und die Personalvertretung im Therapiezentrum Ybbs ermöglichen allen Mitarbeitern eine betriebsinterne Weiterbildung. Diese sollte langfristig, umfassend und systematisch erfolgen.

Die Weiterbildung sollte folgende Themen beinhalten:

- Alkoholismus ist eine Krankheit
 - Alkohol beeinträchtigt Denk- Reaktions- und Leistungsfähigkeit
- Alkohol gefährdet sowohl die eigene Gesundheit und Sicherheit, als auch die der Anderen

Alle an verantwortlicher Stelle tätigen Mitarbeiter verpflichten sich zu einer diesbezüglichen eigenverantwortlichen Fortbildung.

5. Stufenplan

Bevor der Stufenplan wirksam wird, sollte primär das Alkoholproblem schon im

Stufe		Woche
1	0-8	Gespräch zwischen direktem Vorgesetzten und Betroffenen
2	9-16	Miteinbeziehen der nächsten bzw. übergeordneten Führungsebene
3	17-24	Hinzuziehen des Personalvertreters und der Arbeitsmedizin;
4		25-32
5	33-40	Überprüfung der Diensttauglichkeit durch den Amtsarzt
6	41-48	Dienstrechtliche Maßnahmen

Team thematisiert werden.

Die Zeitintervalle zwischen den Stufen wird mit 8 Wochen Netto-Arbeitszeit
- Arbeitszeit ohne Urlaub oder Krankenstand - vereinbart.

Diese 8 Wochen Regelung gilt selbstverständlich auch bei der
Rückstufung innerhalb des Stufenplanes.

6. Geltungsdauer

Die Betriebsvereinbarung wird zwischen der Kollegialen Führung und der
Personalvertretung des Therapiezentrum Ybbs probeweise für ein Jahr

abgeschlossen und tritt mit _____ in Kraft.

Zur besseren Verständlichkeit für die Mitarbeiter sollte die Dienstvereinbarung in 2 Teile gegliedert sein:

1. Teil: Dienstvereinbarung: kurz und prägnant
2. Teil: Erläuterungen: ausführlich

2. Teil: Erläuterungen:

Ad Punkt 1: Geltungsbereich:

Es ist hier hervorzuheben, dass diese Betriebsvereinbarung für alle, unabhängig von ihrer Position und Arbeitsbereich, gleich gilt!

Ad Punkt 2: Ziele:

Als Ziel steht hier nicht die Abstempelung und die Kündigung eines Mitarbeiters im Vordergrund, sondern eine klare für alle verbindliche Richtlinie wie mit Alkohol in diesem Betrieb umgegangen wird und wie Mitarbeitern, die ein Alkoholproblem haben, geholfen werden kann. Wir wollen unsere Mitarbeiter nicht vorverurteilen, sondern ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen, um ihnen schlimmere Konsequenzen zu ersparen. Damit soll ein sinnloses Getratsche und ev. auch Mobbing gegenüber betroffenen Mitarbeitern verhindert werden.

Durch entsprechende Unterweisungen soll jedem Mitarbeiter klargemacht werden, dass ein Ansprechen der Problematik vernünftiger ist, als Schweigen.

Keinesfalls dient diese Betriebsvereinbarung dazu, ungeliebte Mitarbeiter durch Denunziation an den Pranger zu stellen.

Als Sekundärziel soll hier die Möglichkeit geschaffen werden, Betroffenen auch im Privatleben eine neue Stabilität zu geben. (Anm.: Denn die „Aufnahme“ in diesen

Stufenplan kann ja auch als Jobbedrohung interpretiert werden, was aber nicht der Fall sein soll!)

Ad Punkt 5: Nähere Ausführung zu den einzelnen Stufen:

Stufe 1:

Entsteht beim unmittelbaren Vorgesetzten der Eindruck, dass ein Mitarbeiter suchtgefährdet ist, dann wird zwischen den Beiden ein vertrauliches Gespräch geführt. Das Erstgespräch sollte keine personellen Konsequenzen haben. Entsprechende Literatur (z.B.: Suchtliteratur zur Selbsteinschätzung) ist in der Arbeitsmedizin erhältlich. Gleichzeitig wird dem Betroffenen mitgeteilt, dass bei fortdauerndem Alkoholmissbrauch die nächste Führungsebene informiert wird.

Stufe 2:

Ist im Verhalten des Betroffenen im vorgegebenen Zeitraum keine Änderung festzustellen, findet ein neuerliches Gespräch mit den in Stufe 2 vorgesehenen Personen statt. Hier werden durch die Arbeitsmedizin detaillierte Therapieangebote vorgeschlagen. In der Folge ist ein Nachweis über die Therapie durch den Betroffenen zu erbringen (Anwesenheitsbestätigung). Vor- und Rückstufungen innerhalb des Stufenplans sind auch bei laufender Therapie möglich.

Stufe 3:

Sind weitere Anlassfälle zu beobachten so wird bei einem weiteren Gespräch, die Arbeitsmedizin und der Personalvertreter hinzugezogen.

Stufe 4:

Ändert der Mitarbeiter sein Verhalten noch immer nicht, so findet nach weiteren 8 Wochen (= insgesamt 24 Wochen nach Erstgespräch innerhalb des Stufenplans) ein Gespräch mit dem zuständigen Mitglied der Kollegialen Führung statt. (im Anlassfall unmittelbar)

Stufe 5: Überprüfung der Diensttauglichkeit durch Amtsarzt

Stufe 6: Dienstrechtliche Maßnahmen (Disziplinarverfahren, Entlassung)

Allgemeine Voraussetzungen für den Stufenplan:

Aktenvermerk:

jedes Gespräch lt. Stufenplan wird dokumentiert und in der Arbeitsmedizin verwahrt (ev. Scanner, sodass die Aktenvermerke sofort eingescannt werden und auf Diskette aufbewahrt werden!)

Arbeitsmedizin:

- Überprüfung der Stabilität die nächsten 5 Jahre lang
- Die Funktion des Internen Suchthelfers*) wird ausschließlich an der Funktion der Arbeitsmedizin festgelegt

*) Aufgaben des Suchthelfers: Therapiemotivation wecken und fördern, Therapiemöglichkeiten aufzeigen und Terminvereinbarungen mit den einzelnen zur Auswahl stehenden Möglichkeiten schließen, aber auch überprüfen.

Bei höheren Positionen wird der Stufenplan sinngemäß genauso herangezogen.

Wenn notwendig muss auch an eine Quervernetzung der Arbeitsbereiche gedacht werden (dies war den Teilnehmern am Workshop sehr wichtig)

Allgemeine Voraussetzungen für den Stufenplan:

Aktenvermerk:

jedes Gespräch lt. Stufenplan wird dokumentiert und in der Arbeitsmedizin verwahrt (ev. Scanner, sodass die Aktenvermerke sofort eingescannt werden und auf Diskette aufbewahrt werden!)

Arbeitsmedizin:

- Überprüfung der Stabilität die nächsten 5 Jahre lang
- Die Funktion des Internen Suchthelfers*) wird ausschließlich an der Funktion der Arbeitsmedizin festgelegt

*) Aufgaben des Suchthelfers: Therapiemotivation wecken und fördern,
Therapiemöglichkeiten aufzeigen und
Terminvereinbarungen mit den einzelnen zur Auswahl
stehenden Möglichkeiten schließen, aber auch
überprüfen.

Bei höheren Positionen wird der Stufenplan sinngemäß genauso herangezogen.
Wenn notwendig muss auch an eine Quervernetzung der Arbeitsbereiche
gedacht werden (dies war den Teilnehmern am Workshop sehr wichtig)

9 Index

A

Ablauforganisation.....	36, 51, 70
Akzeptanz.....	6
Alkoholabhängigkeit	12
Alkoholausgaben.....	9
Alkoholentzugssyndrom	13
Alkoholgefährdeten	9
Alkoholikern.....	9
Alkoholismus	28
Alkoholkonsum	8
Alkoholmissbrauch	12
Alkoholprävention.....	39, 42, 53, 54, 60
Alkoholverbot.....	48
Anlassfalles	4
Arbeitnehmerschutzgesetz.....	18
Arbeitsfähigkeit.....	28
Arbeitsmediziners.....	27
Aufgabenprofil	24
Aufgabenstellung.....	39
Aufzeichnungen.....	27

B

Beamtendienstrecht	18
Begriffserklärungen	12
Beobachtungsintervall	32
Betriebsrat.....	43, 47
Bierkonsum	6
Budget.....	64

C

Co- Alkoholiker	16
Controllingteam	53

D

Denunziation	62
Denunzierung	49
Dienstbereiche	31
Dienstfähigkeit.....	20
Dienstrecht	18
Dienstvereinbarung	39, 41, 48, 61, 66
Disziplinarverfahren.....	23
Dokumentation	56
Drogen	
legale	5

E

Entlassung.....	20
Evaluierung	58
Evaluierungsphase.....	58

F

Fehlzeiten.....	11
Firmenvision	61
Führungspersonal	42

G

Generaldirektion	71
gerichtfesten Betriebsorganisation	22
gerichts feste Betriebsorganisation	22

Gewissensberuhigung.....	40
Grobplanung des Projekts.....	51
Gruppe Mitarbeiterschulung.....	53

H

Haftung	
strafrechtliche.....	23
zivilrechtliche.....	23
Hilfestellung.....	40
Hilfsangebote.....	32

I

Integration in Teams.....	41
integriertes Managementsystem.....	22
Intranet.....	54
Ist-Situation.....	26

K

Kalksburger Modell.....	31
Kapitalbedarf.....	44
Kernteam.....	68
Kick off Meeting.....	51
kollegiale Führung.....	26
kollegialen Führung.....	45, 68
Kommunikation.....	43
Kosten für die Betreuung der EDV.....	66
Kosten für die Einführung.....	66
Kostenplanung.....	64
Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien.....	46
Kündigung.....	40

L

Lebenserwartung.....	9
Lenkungsausschuss.....	50
Letter of Quality and problems	59

M

Milestone.....	55, 57, 59
Mitarbeitersensibilisierung.....	53
Mitarbeiterverfügbarkeit.....	38

N

Nachhaltigkeit.....	58
<u>Nicht-Ziele</u>	49
Nutzwert	61

P

Personalkosten.....	44, 65
Pilotprojekt.....	71
Präsentation	51
Prävention	47, 69
Präventionsgruppe	53
Präventionsprogramm	48
Primärprävention	35
Projektgruppe.....	53
Projektkosten.....	44
Projektleiter	43
Projektleitung.....	44, 48
Projektmanagement	64
Projektmitarbeiter	44
Projektmitgliedern.....	43
Projektplan	36, 41, 52

Projektplanung	69
Projektstartphase	44
<u>Projektteamorganisation</u>	50
Projektwürdigkeitsprüfung	37

R

Rechtsabteilung.....	33, 43
Rechtsicherheit.....	70
Rechtsituation.....	69
Redaktionelles Team.....	53
Ressourcen	70
Ressourcenanalyse.....	57, 65
Review.	58
Risikoanalyse	36, 54, 62
Risikomanagement.....	62
Risikomanagements.....	56
Rückstufung	35

S

Schulung	33, 56
Schulungskosten	66
Schweigepflicht	47
Sensibilisierung	26, 49
Sicherheitsvertrauenspersonen.....	43, 50
Strafsenat.....	20
Stufenplan	31
Stufenplanentwicklung	54

T

Teamfähigkeit.....	40
Terminplanung	59

Therapiezentrum Ybbs	48
Toleranzentwicklung	13
Typen von Alkoholikern nach Jelinek	13
Typen von Alkoholikern nach Lesch	15
TZ Magazin	54

U

Umfeldanalyse.....	46
Unternehmensstrafrecht.....	21, 61

V

Verantwortung der kollegialen Führung.....	42
Verwaltungsbereich.....	47
Verbandsverantwortlichkeitsgesetz - VBVG	21

W

Weinkonsum.....	6
Werbeaufwendungen	8
Werkvertragsbasis.....	66
Wiener Krankenanstaltenverbundes	37, 71
Wirtschaftlichkeitsbetrachtung.....	30, 60
Workshop	33, 68

Z

Zeitaufwand.....	44, 54
Zeitaufwendungen.....	63
Zeitpunkt.....	37
Ziel der Vereinbarung.....	32
<u>Ziele</u>	48
Zusammenarbeit	42

