

## Der Beitrag der Soziologie zur Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung: eine Diskussion am Beispiel eines Stressbewältigungsprogramms

Puls, Wichard; Mümken, Sarah

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Puls, W., & Mümken, S. (2005). Der Beitrag der Soziologie zur Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung: eine Diskussion am Beispiel eines Stressbewältigungsprogramms. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 28(1), 33-47. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-38480>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

# Der Beitrag der Soziologie zur Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung

## Eine Diskussion am Beispiel eines Stressbewältigungsprogramms<sup>1</sup>

*Wichard Puls, Sarah Mümken<sup>2</sup>*

### 1 Der aktuelle Stand des Präventionsgesetzes

Die Stärkung von gesundheitlicher Prävention gilt als der beste Ansatz für eine vorausschauende Gesundheitspolitik. Diese Einschätzung aufgreifend, hat die Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 16. Oktober 2002 die Erarbeitung eines Präventionsgesetzes beschlossen, mit dem die Prävention zur eigenständigen Säule neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege entwickelt werden soll. Auch Bundestag und Bundesrat haben sich in der Folgezeit für die schnelle Verabschiedung eines Präventionsgesetzes ausgesprochen. Jährlich 250 Millionen Euro sollen laut Entwurf zum Präventionsgesetz künftig für die Gesundheitsvorsorge verwendet werden. Den überwiegenden Teil davon zahlt die Gesetzliche Krankenversicherung mit 180 Millionen Euro. Im Gegensatz zur Privaten Krankenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung leisten auch die Rentenversicherung, die Unfallversicherung und die Pflegeversicherung ihren Beitrag.

Finanziert wird mit dem Geld der Aufbau einer Stiftung, die Prioritäten für Prävention definiert, Modellprojekte initiiert, bundesweite Präventionsprogramme und Aufklärungskampagnen organisiert und durchführt. Auf Länderebene sollen Präventionsprojekte im Lebensalltag der Menschen (z.B. Schulen, Betriebe) etabliert werden. 100 Millionen Euro bleiben den einzelnen Sozialversicherungsträgern, um ihre eigenen Präventionsprojekte in der betrieblichen und der Verhaltens-Prävention weiter zu führen.

Aus soziologischer Sicht sind vor allem drei Aspekte des neuen Gesetzes bemerkenswert:

- 1 Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen FKZ 01 EB 9411 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren. Teile dieses Aufsatzes sind bereits in dem von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren herausgegebenen Band „Sucht und Arbeit“ - Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt, Lambertus, 2001 publiziert worden.
- 2 Die Autoren bedanken sich bei Dipl.-Psych. *Benedict Bock*, Dipl.-Psych. *Ulrike Wiegand*, Dipl.-Psych. *Nicola Tauscher*, *Didem Ozan* und *Michael Mor Kramer* für ihre Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchung.

## 1.1 Betonung des Setting-Ansatzes:

Das Gesetz berücksichtigt den Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung, d.h. es wird neben der Entwicklung individueller Kompetenzen auch die Verbesserung der Rahmenbedingungen als möglicher Ansatzpunkt betont (Waller 2002). „Maßnahmen der Gesundheitsförderung einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung können insbesondere sein: 1. Unterstützung beim Aufbau sowie bei der Stärkung individueller gesundheitsbezogener Ressourcen und Fähigkeiten zur Vermeidung von Erkrankungen; 2. Unterstützung beim Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten“ (Bundesministerium für Gesundheit (2005), §3, Abs. 5 des Präventionsgesetzes in der Version vom 6. 1. 2005). Dies kann z.B. Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung umfassen (Pelikan u.a. 1993).

## 1.2 Stellung der Evaluation

Ferner ist bemerkenswert, dass die empirische Absicherung der Intervention besonders akzentuiert wird. Im Entwurf des Präventionsgesetzes wird dieser Nachweis zum entscheidenden Kriterium für die Implementation einer Maßnahme der Gesundheitsförderung erhoben (§ 20, Absatz 1):

„Leistungen zur Verhaltensprävention nach §15 dürfen grundsätzlich nur erbracht oder gewährt werden, wenn ihre Wirksamkeit wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen ist. Ist sie nicht ausreichend nachgewiesen, kann zwischen dem Leistungsträger und dem Erbringer der Leistung vertraglich festgelegt werden, dass die Wirksamkeit auf Kosten des Leistungserbringers innerhalb einer angemessenen Frist begleitend nachzuweisen ist. Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung nach §13 sowie Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach §17 dürfen von den sozialen Präventionsträgern nur erbracht oder gewährt werden, wenn vorab der Nachweis eines präzisen, nachvollziehbaren und erfolgversprechenden Konzepts einschließlich eines Konzepts zum Qualitätsmanagement im Sinne des Absatzes 2 geführt wird.“ (Bundesministerium für Gesundheit (2005), §20 des Präventionsgesetzes in der Version vom 6.1.2005)

Zum Problembereich „betriebliche Gesundheitsförderung“ sind u.a. von medizinsoziologischer Seite aus differenzierte Konzepte mit dem Ziel der Maßnahmenevaluation entwickelt worden (für einen Überblick s. Pfaff/Slesina 2001).

## 1.3 Soziale Ungleichheit und Krankheit

Eine große Zahl empirischer Studien berichtet übereinstimmend von einem Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und vielen Aspekten der Gesundheit, u.a. Suchterkrankungen (Mielck 2000). Weniger häufig finden sich Beiträge, in denen die kausalen Mechanismen analysiert werden, die diese Korrelation erklären könnten. Noch seltener sind empirische Studien, in denen diese theoretischen Überlegungen empirisch untersucht werden. Als theoretisch bedeutsame Bindeglieder zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit werden Lebensstile, soziale Belastungen am Arbeitsplatz und der Familie sowie die soziale Unterstützung diskutiert (Siegrist 2003).

Im Präventionsgesetz wird ausdrücklich dem Umstand Rechnung getragen, dass die Gesundheit in Abhängigkeit von sozialstrukturellen Rahmenbedingungen steht. In §3

heißt es: „Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention sollen die Gesundheitschancen der Bevölkerung verbessern und insbesondere dazu beitragen, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen“ (Bundministerium für Gesundheit, §3 des Präventionsgesetzes in der Version vom 6.1.2005) Hier wäre eine soziologische Kompetenz zur Analyse und Erklärung sozialer Ungleichheit bedeutsam.

Im Folgenden wird ein Interventionskonzept vorgestellt, das exemplarisch eine Diskussion dieser drei soziologisch bedeutsamen Aspekte des Präventionsgesetzes an einem spezifischen Beispiel erlaubt.

## 2 Sucht als betriebliches Problem

Über den Umfang des problematischen Alkoholkonsums in der Lebenswelt „Betrieb“ liegen nur wenig empirische Befunde vor. Anfang der 1970er Jahre wurde vom *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* auf der Grundlage von empirischen Studien die Hypothese formuliert, dass etwa fünf Prozent der arbeitenden Bevölkerung in den USA als alkoholabhängig und weitere fünf Prozent als Missbraucher einzustufen seien (U.S. Department of Health, Education, and Welfare 1971). Andere Autoren kommen auf der Basis der vorliegenden Studien für England und Wales zu dem Ergebnis, dass etwa drei bis vier Prozent der Beschäftigten schwere Trinker sind und Probleme mit dem Alkoholkonsum erkennen lassen (Pratt/Tucker 1989). Es gibt nur wenige Studien, in denen versucht wurde, diese Vermutungen im deutschen Sprachraum einer empirischen Überprüfung zugänglich zu machen (Heipertz/Triebig 1995). Basierend auf den Zahlen des *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, die häufig – ohne eine klare empirische Grundlage – für Deutschland übernommen werden, wird die Zahl der Alkoholabhängigen unter den Arbeitnehmern hier gegenwärtig auf fünf Prozent geschätzt (Fuchs u.a. 1998). Manche Autoren gehen davon aus, dass es zusätzlich einen Anteil von zehn Prozent Gefährdeten geben könnte (Fuchs u.a. 1998).

Hingegen finden sich im angloamerikanischen Bereich auch in jüngerer Zeit zahlreiche empirische Studien. In einer der Studien wird der AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) eingesetzt, der sowohl Konsummengen wie Verhaltensprobleme im Zuge von Alkoholkonsum erhebt (Saunders u.a. 1993). Eine Untersuchung von 4193 australischen Polizisten mit dem AUDIT führte zu dem Ergebnis, dass 32% der Befragten einen riskanten Alkoholkonsum ausüben und drei Prozent als alkoholabhängig gelten müssen (Davey u.a. 2000). In einer anderen australischen Studie wurden 3410 Postangestellte, Beschäftigte im Bereich der elektrischen Versorgung und Bergarbeiter untersucht (Simpson u.a. 2000). Dieser Studie nach sind etwa sieben bis acht Prozent der Befragten riskante Konsumenten (280 bis 410 Gramm Alkohol pro Woche für Männer bzw. 140 bis 270 Gramm für Frauen) und vier bis fünf Prozent sich selbst schädigende Konsumenten (mehr als 420 Gramm pro Woche für Männer bzw. 280 Gramm für Frauen).

Versucht man derartige Studien zusammen zu bringen, dann ergibt sich keine eindeutige Befundlage. Die Prävalenzraten für den riskanten Konsum schwanken – wie man einer australischen Übersichtsarbeit entnehmen kann – zwischen 6,2 und 22% (Webb u.a. 1990). Diese erheblichen Schwankungen sind dadurch bedingt, dass einerseits die Kategorie des Alkoholmissbrauchs bzw. riskanten oder schädigenden Konsums in diesen Studien nicht einheitlich benutzt wird. Ein weiteres Problem ist darin zu sehen, dass die Präva-

lenzmessung des riskanten bzw. missbräuchlichen Alkoholkonsums zum Teil auch in Abhängigkeit von der verwendeten Erhebungsmethode variiert (Lemmens u.a. 1992). Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Situation im deutschen Sprachraum ist deshalb nur in begrenztem Maße möglich, ganz abgesehen davon, dass die Konsumtrends von Alkohol in den USA und Australien ganz anders als in Deutschland verlaufen (Meyer/John 2003).

Legt man die konsumierte Alkoholmenge zugrunde, dann wird man auf der Basis einer von unserer Arbeitsgruppe in der Metallindustrie durchgeführten Studie davon ausgehen können, dass etwa 14 bis 22% der männlichen und 25 bis 27% der weiblichen Beschäftigten als Risikokonsumenten bzw. gefährdete Konsumenten gelten können (Puls u.a. 2003). Etwa 40% der Männer und 28% der Frauen geben an, dass sie im Verlauf ihres Lebens – wenn auch möglicherweise nur kurzfristig – alkoholbezogene Störungen entwickelt haben (Puls u.a. 2003).

Allerdings ist eine Ansprache dieser gefährdeten Personen im Rahmen des betrieblichen Kontextes ein schwieriges Problem (vgl. Schanz u.a. 1995, S. 168ff.). Man kann deshalb mit einiger Berechtigung die Alkoholprävention als einen „Sonderfall in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ bezeichnen (Rummel u.a. 1998, S. 291). Dieser Sonderstatus liegt in dem breiten Spektrum der denkbaren Interventionen begründet. Hier wäre einerseits an den Umgang mit bereits erkrankten Mitarbeitern zu denken, andererseits ist die Schulung von Führungskräften und sozialen Ansprechpartnern bedeutsam. Schließlich kann die Maßnahme bis hin zur allgemeinen Organisationsentwicklung reichen, d.h. die Interventionen sollten auch schon dann erfolgen, wenn sich noch kein stabiles Missbrauchsmuster ausgebildet hat.

„Übergreifendes Ziel nahezu aller seit diesem Zeitraum [Ende der 80er Jahre] entstandenen betrieblichen Alkohol- und Suchtpräventionsprogramme war und ist es, mit Alkoholkonsum verbundene Probleme wie Leistungsminderung, Arbeitspflichtverletzung, Fehlzeiten, Unfälle, Reibungsverluste durch innerbetriebliche Auseinandersetzung um Einzelfälle offensiv anzugehen und einer Lösung zuzuführen. Gleichzeitig werden Präventionsprogramme als Bestandteil betrieblicher Fürsorge für Mitarbeiter mit psychosozialen Problemen verstanden. Durch aktive Hilfestellung und Präventivmaßnahmen sollen die Mitarbeiter vor gesundheitlichen Schäden bewahrt werden. Konzeptionell werden damit nicht mehr nur Alkohol Kranke, sondern letztlich alle Mitarbeiter angesprochen“ (Fuchs u.a. 1998, S. 14f.).

Wie kann eine derartige Ausweitung der Zielgruppe der Präventionsprogramme praktisch realisiert werden, um dem Setting-Ansatz gerecht zu werden? Ziel der hier dargestellten Untersuchung ist die Überprüfung der Hypothese, dass sich das betriebliche Interventionsprogramm von *Siegrist* (1996) in Verbindung mit spezifischen Komponenten des Gruppenprogramms von *Schelp* u.a. (1992) zur Stressreduzierung und damit indirekt auch zur Reduzierung des Konsums von Alkohol im betrieblichen Kontext eignet. Dem Interventionskonzept liegt die Hypothese zugrunde, dass ein für unterschiedliche Erkrankungen (koronare Herzerkrankungen, Alkoholmissbrauch etc.) gemeinsames psychosoziales Risikoprofil vorhanden ist, das die Grundlage für ein Verhaltenstraining bieten könnte. Ferner wird angenommen, dass der Zugang zu Gruppen mit riskantem Konsum von psychoaktiven Substanzen über allgemeine Fragen der Stressbewältigung leichter zu finden ist als über konkrete Interventionen zum Problem des Missbrauchs. Die theoretischen Grundlagen dieses Konzeptes sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

### 3 Theoretische Grundlage des Programms: das Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Als spezifischer Bezugsrahmen zur Beschreibung von Stressprozessen im Zuge der Arbeitstätigkeit kann das von dem Soziologen *Siegrist* (1996) entwickelte Konzept der „Gratifikationskrisen“ verwendet werden. Kern des Modells ist die Hypothese, dass Stress als Mitursache von Herz-Kreislauf-Erkrankungen angesehen werden kann. Es wird ferner angenommen, dass der menschliche Organismus in Situationen, welche wiederkehrende Verausgabung, gepaart mit ungewissen Kontroll- und Erfolgchancen nahe legen, in besonderem Maße mit dem autonomen Nervensystem reagiert. Wenn sich diese Erfahrungen stabilisieren, dann erhöht sich – vermittelt über die autonome Aktivierung – die Wahrscheinlichkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese chronifizierten und mit Aktivität verbundenen Erfahrungen sind für *Siegrist* „Disstress“. Das Modell stellt vor allem das Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung in der Erwerbsarbeit abhängig Beschäftigter in das Zentrum der Betrachtungen. Erfahrungen wiederholter hoher Verausgabungen am Arbeitsplatz bei vergleichsweise niedriger Belohnung werden dabei als „Erfahrung beruflicher Gratifikationskrise“ definiert (*Siegrist* 1996, siehe Abbildung 1).

Die Validität des Modells zur Erklärung von koronaren Herzerkrankungen konnte in den letzten Jahren zunehmend weiter abgesichert werden (z. B. *Bosma* u.a. 1998). Der Einfluss der Gratifikationskrisen auf verhaltensbezogene Risiken ist demgegenüber nur in geringerem Umfang untersucht worden. Es ließ sich allerdings zeigen, dass Gratifikationskrisen den Zigarettenkonsum beeinflussen (*Peter* u.a. 1991). Im Rahmen von empirischen Studien gelang ferner der Nachweis, dass zwischen dem Ausmaß der Distanzierungsunfähigkeit und der Motivation zum Konsum von Alkohol bei einer Population von Verwaltungsangestellten ein Zusammenhang besteht (*Puls* 1992; 1995; 2003). Zur Überprüfung der Übertragbarkeit des Gratifikationskrisenkonzeptes in die Suchtforschung wurde ferner in drei Betrieben der Metall verarbeitenden Industrie eine schriftliche Befragung zum Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und dem Konsum von Alkohol durchgeführt, die im Kern die Annahmen des Modells bestätigte (*Puls* u.a. 1998). Im Rahmen einer pfadanalytischen Auswertung ließ sich dabei ein Effekt von beruflichen Gratifikationskrisen auf den Alkoholkonsum nachweisen.

Die Forschungsgruppe um *Siegrist* hat auf der Grundlage ihrer theoretischen und empirischen Analysen exemplarisch ein Interventionsprogramm bzw. Stressbewältigungsprogramm konzipiert. Die Ansatzpunkte dieses Trainingsprogramms zur Stressbewältigung werden von den Autoren folgendermaßen beschrieben: „Es zielt insbesondere auf den Abbau unrealistischer Kontrollbestrebungen, auf die Verbesserung der Fähigkeit, zwischenmenschlichen Rückhalt zu suchen und zu geben, auf einen bewussteren Umgang mit Gefühlen, insbesondere mit Ärger und schließlich, das gesamte Programm durchziehend, die Verbesserung der Entspannungsfähigkeit“ (*Siegrist/Silberhorn* 1998, S. XVIIIff.).

Modell der beruflichen Gratifikationskrisen  
(J. Siegrist)

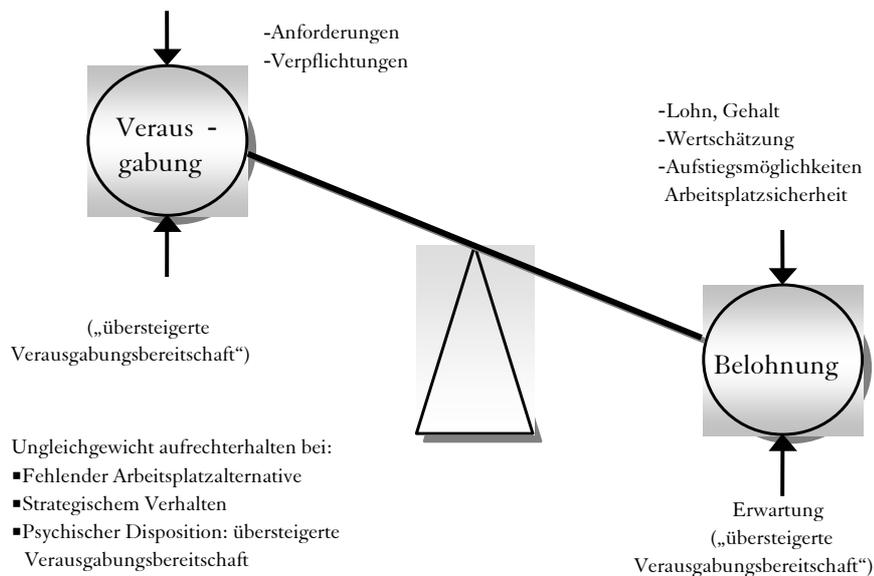


Abbildung 1: Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996; 2003)

Für die Ergänzung um ein suchtpreventives Modul innerhalb eines Stressbewältigungstrainings existieren mehrere Optionen. Eine nahe liegende Möglichkeit besteht darin, das Modul „Sucht“ und das Modul „Perfektionismus“ aus dem Konzept zur Rational-Emotiven Therapie als Gruppentraining gegen Stress von Schelp u.a. (1997) zu verwenden. Es ist eines der wenigen Stressbewältigungsprogramme, das explizit auch die Prävention von Suchterkrankungen zum Ziel hat. Bei dem Konzept von Schelp u.a. (1997) wird der Ansatz der Rational-Emotiven Therapie von Ellis auf Gruppen übertragen und verstärkt für präventive Interventionen verwendet. Auch für dieses Training liegen erste Befunde bezüglich einer empirischen Wirksamkeit vor (vgl. Schelp u.a. 1997, S. 124f.). Speziell zur Prävention von riskantem Substanzkonsum wird versucht, die der Sucht verbundenen Kognitionen, d.h. die absoluten Forderungen, Katastrophisierungen und die niedrige Frustrationstoleranz im Sinne unangemessener Bewertungen zu modifizieren (Schelp u.a. 1997, S. 101). Diese Merkmale sollen Risikofaktoren für Suchterkrankungen darstellen (Beck u.a. 1997, S. 41). Ein Versuch, das Programm von Siegrist und Silberhorn (1998) mit den Trainingskomponenten von Schelp u.a. (1997) zu integrieren, die vermutlich hinsichtlich einer Substanzabhängigkeit präventiv wirken können, soll hier dargestellt und hinsichtlich seiner empirischen Wirksamkeit überprüft werden (ausführlich: Wiegard u.a. 2000). Ferner wurden im Rahmen dieses Programms die Erwartungen an den Konsum von Alkohol thematisiert (Petry 1996, S. 135). Im Folgenden werden einige Ergebnisse der Evaluation dargestellt.

## 4 Methode

### 4.1 Stichprobe

Die Durchführung der Trainings fand in drei Städten statt: Rostock, Mannheim und Münster. Die Teilnehmer wurden in Betrieben mit industrieller Fertigung (Rostock, Mannheim), einer Verwaltung (Münster I) und einer medizinischen Einrichtung (Münster II) für die Teilnahme an einem „Stressbewältigungstraining“ gewonnen. An der Intervention (Kontroll- und Interventionsgruppe) nahmen insgesamt 124 Personen teil (36 Frauen und 88 Männer). Zur zweiten Welle ergab sich ein Dropout von 12 Personen (2 Frauen, 10 Männer), so dass die Stichprobe mit vollständigen Datensätzen zu den Zeitpunkten  $t_0$  und  $t_1$  112 Personen umfasst. Insgesamt konnten acht Trainingsgruppen mit 63 Teilnehmern in allen Betrieben gebildet werden. Die durchschnittliche Teilnehmerzahl pro Gruppe beträgt 7,9 Teilnehmer. Zehn Teilnehmer brachen das Training ab.

### 4.2 Design

Es wurde ein 2 x 3 Versuchsplan verwendet (Gruppierungsfaktor: Kontrollgruppe vs. Interventionsgruppe, Messwiederholungsfaktor: Messung zu Beginn der Intervention, nach der Intervention und Messung drei Monate später). Die Randomisierung der angemeldeten Teilnehmer in die Trainingsgruppe oder Kontrollgruppe wurde mit Hilfe eines numerischen Zufallsgenerators durch die Forschungsstelle durchgeführt. So konnte eine zufällige Einteilung der Interessenten in eine „Interventionsgruppe“ und in eine „Warte- bzw. Kontrollgruppe“ gewährleistet werden, die für die Aussagekraft der Studie zentral ist (Warteschlangendesign). Beide Gruppen erhielten zeitgleich zu den beschriebenen Messzeitpunkten die Fragebögen zur Messung psychologischer und soziodemographischer Variablen. Die Interventionsgruppen wurden jeweils an zwölf aufeinander folgenden Wochen im Frühjahr bzw. Sommer 1999 geschult, die Kontrollgruppen konnten nach Abschluss der Follow-Up-Befragung im Frühjahr 2000 an dem Training teilnehmen.

### 4.3 Intervention

Das Trainingsprogramm ist als präventives Programm konzipiert, das für Teilnehmer ohne manifeste Abhängigkeiten gedacht ist. Für Teilnehmer mit Kontrollverlust, körperlichen Entzugserscheinungen und Abstinenzunfähigkeit ist es nicht geeignet, da in erster Linie die kognitiv-emotionale Steuerung der Suchtmittelwirkung behandelt wird, die jedoch bei abhängigen Personen nicht mehr gegeben ist. Das bei Abhängigkeit bestehende „Craving“ sowie der damit zusammenhängende Kontrollverlust bei Abhängigen lässt sich nur schwer kognitiv-emotional steuern und bedarf einer spezifischen Therapie, die nicht Bestandteil des Trainingsprogramms ist (s. auch Schuhler/Baumeister 1999, S. 31). Die im Programm behandelten Variablen sind das subjektiv empfundene Ausmaß von Stress, zusammen mit der Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten und die Erwartung an die Suchtmittelwirkung.

## 4.4 Methoden der Evaluation

*Prozessevaluation:* Die Prozessevaluation erfolgte durch Auswertung der Fragebögen, die anonym nach jeder Gruppensitzung in Bezug auf die jeweilige Sitzung abgegeben wurde. Dabei sollten fünf vorgegebene Bereiche eingeschätzt werden (Verhalten des Trainers, Zufriedenheit mit den Erklärungen des Trainers, Hilfe durch das Training, Schwierigkeit mit der Teilnahme, Wohlfühlen beim Training).

*Ergebnisevaluation:* Zur Messung der Auswirkungen der angestrebten Effekte wurden verschiedene Instrumente verwendet. Im Zentrum des Untersuchungsinteresses stand der Einfluss des Trainings auf die beruflichen Kontrollbestrebungen und die Menge des konsumierten Alkohols. Die Intensität der beruflichen Kontrollbestrebungen wurde mit Hilfe eines validierten Fragebogens erhoben (Dittmann u.a. 1985). Für unsere Studie haben wir die vier Dimensionen „Bedürfnis nach Anerkennung“, „Wettbewerbshaltung“, „Verarbeitung von Zeitdruck“ und „Distanzierungsunfähigkeit“ verwendet, die schließlich zu einem Summenscore „Kontrollambitionen“ addiert wurden. Bei der Messung der Alkoholmenge übernahmen wir das von Renn und Feser (1994) praktizierte Vorgehen. Hierbei wird ermittelt, wie viele Gläser eines bestimmten alkoholischen Getränks der Befragte getrunken hatte – einmal bezogen auf den gestrigen Tag, zum anderen bezogen auf das vergangene Wochenende. Dabei wurden Bier, Wein/Sekt und verschiedene Spirituosen als Getränke vorgegeben. Berechnet wird u.a. ein Gesamtindex, der den Mittelwert aus dem Index des gestrigen Tageskonsums und dem auf Tagesbasis verrechneten Wochenendkonsum darstellt (s. Renn/Feser 1994, S. 79).

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Deskriptive Befunde

Eine zentrale Frage kann darin gesehen werden, ob es möglich ist, durch derartige Maßnahmen Personen zu erreichen, die man als gefährdet bezeichnen könnte. Ungefähr 27% der männlichen Trainingsteilnehmer geben einen riskanten Konsum von Alkohol an (mehr als 40g pro Tag; vgl. zu den Grenzwerten: Bühringer u.a. 2000, S. 48). Bei den Frauen ist der Anteil noch höher und liegt bei etwa 50% der Interventionsgruppe (mehr als 20g pro Tag). Obwohl die Information über das Training den Aspekt der Stressbewältigung betonte und den Aspekt der Suchtprävention nur am Rande thematisierte, so war es offenbar trotzdem möglich, Personen mit problematischem Konsum zu einer Teilnahme zu motivieren.

Die freiwillige Teilnahme hatte allerdings zur Konsequenz, dass sich bevorzugt Personen meldeten, die relativ hohe Werte im Bereich Kontrollambitionen aufweisen ( $M = 13,46$ ;  $SD = 4,64$ ). Der Summenscore ist in der internationalen Forschung häufig bestimmt worden. Uns waren Vergleichswerte der WOLF-Studie ( $M = 10,71$ ;  $SD = 4,48$ ) zugänglich (Peter u.a. 1998, S. 542). Die Tests machen deutlich, dass die Personen der Stichprobe unserer Evaluationsstudie gegenüber der Vergleichsstichprobe höhere Kontrollambitionen angeben ( $p < 0.01$ ).

## 5.2 Gruppenäquivalenz und Ausfallanalyse

In der Trainingsgruppe wird etwas mehr Alkohol über Bier und Spirituosen getrunken, während in der Kontrollgruppe der Konsum von Wein dominiert. Ebenso liegen die Gesamtkonsumwerte an Reinalkohol in der Trainingsgruppe etwas höher. Sämtliche Unterschiede sind allerdings im t-Test nicht signifikant, so dass die Randomisierung als gelungen bezeichnet werden kann. Auch bei den Kontrollambitionen sind die gemessenen Unterschiede zwischen den Gruppen recht gering und überschreiten bei keiner Skala das gewählte Signifikanzniveau ( $p < 0.05$ ).

Von 63 Teilnehmern beendeten zehn das Training vorzeitig. Es ergibt sich dadurch eine durchschnittliche Dropout-Rate von 1,6 Teilnehmern pro Training. Die Hauptursache für eine vorzeitige Beendigung des Trainings lag – nach Angaben der Teilnehmer – in Urlaubszeiten oder beruflichen Verhinderungen der Teilnehmer, die Trainingsunterbrechungen von mehreren Sitzungen zur Konsequenz hatten.

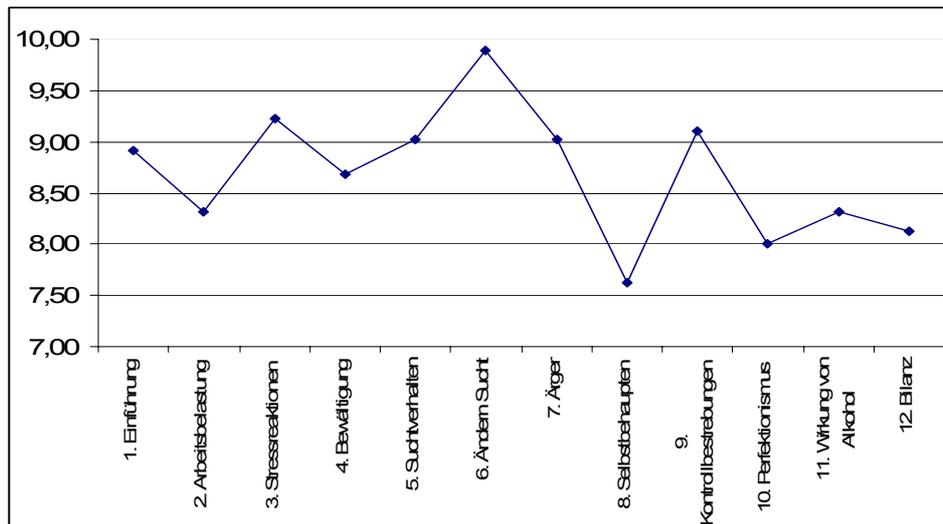


Abbildung 2: Summe der Beurteilungen nach Sitzungsnummer  
(Summe der Antworten von 5 = „sehr positiv“ bis 25 = „sehr negativ“)

## 5.3 Akzeptanz des Trainings

Die emotional-kognitive Einschätzung des Trainings war überwiegend positiv. Anhand des Linienvorlaufs in Abbildung 2 wird deutlich, dass die Beurteilungen der Trainingssitzungen im Verlauf des Trainings immer positiver werden. Die Gesamtsummen der Beurteilungen (von 5 = „sehr positiv“ bis 25 = „sehr negativ“) sinken tendenziell über die zwölf Sitzungen mit Ausnahme der sechsten Sitzung. Signifikante Unterschiede sind allerdings bei den Beurteilungen zwischen der achten im Vergleich zur sechsten Sitzung zu registrieren (Mittelwertanalyse: Duncan-Test). In der sechsten Sitzung zeigt sich, dass das Thema „Suchtverhalten ändern“ offenbar nicht positiv bewertet wird, in der neunten Sitzung fand das Thema „Kontrollbestrebungen“ geringe Akzeptanz. Die größte Zustimmung wird in

Sitzung acht bei dem Thema „Selbstbehauptung, Kritik geben und nehmen“ dokumentiert.

## 5.4 Veränderungen der beruflichen Kontrollbestrebungen und des Alkoholkonsums

Die zentralen Ergebnisse der Studie hinsichtlich der Beeinflussung der beruflichen Kontrollbestrebungen und Verhaltensweisen bezogen auf den Alkoholkonsum sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Berufliche Kontrollbestrebungen (Gesamtskala Distanzierungsunfähigkeit und Subskalen) und Index zum konsumierten Alkohol

	Gruppe	t <sub>0</sub>		t <sub>2</sub>		t-Wert	Signifikanz
		Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
<i>Berufliche Kontrollbestrebungen</i>							
Gesamtskala	KG	13,06	4,47	12,81	4,76	,558	
	IG	14,18	4,54	11,94	5,20	3,814	***
Bedürfnis nach Anerkennung	KG	3,89	1,31	3,79	1,34	,742	
	IG	4,26	1,17	3,50	1,40	4,340	***
Wettbewerbshaltung	KG	1,62	1,33	1,83	1,34	-1,184	
	IG	1,94	1,22	1,86	1,26	,378	
Verarbeitung von Zeitdruck	KG	3,72	1,93	3,58	1,71	,574	
	IG	3,70	1,87	3,20	2,01	1,884	
Distanzierungsunfähigkeit	KG	3,83	1,98	3,60	2,04	,966	
	IG	4,28	2,05	3,38	2,24	3,538	**
<i>Alkoholkonsum</i>							
tägliches Alkoholkonsum	KG	19,49	22,96	18,61	20,19	,320	
	IG	26,43	24,70	19,16	21,02	2,099	*
tägliches Alkoholkonsum (Bier)	KG	10,71	16,07	7,32	9,65	1,544	
	IG	15,94	20,71	11,00	16,38	2,139	*
tägliches Alkoholkonsum (Wein)	KG	7,02	13,34	9,89	14,27	1,748	
	IG	6,85	15,61	5,77	12,74	,776	
tägliches Alkoholkonsum (Spirituosen)	KG	1,11	3,15	2,22	5,05	-1,656	
	IG	3,64	9,87	2,38	6,93	,725	

Anmerkung: gepaarter t-Test für abhängige Stichproben; \* =  $p < 0.05$ ; \*\* =  $p < 0.005$ ; \*\*\* =  $p < 0.001$

In der Interventionsgruppe ist eine signifikante Reduzierung der beruflichen Kontrollbestrebungen zu verzeichnen, während sich die Werte der Kontrollgruppe nur unwe-

sentlich verändern. Der Rückgang in der Interventionsgruppe ist sowohl auf der Gesamtskala wie auch auf zwei Subskalen des Konstruktes signifikant. In Ergänzung zu diesen Mittelwertvergleichen wurde eine mehrfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zum Gesamtscore der Kontrollambitionen durchgeführt. Hierbei bildeten Treatmentgruppe und Geschlecht die beiden Zwischensubjektfaktoren und die drei Messzeitpunkte ( $t_0$ ,  $t_1$ , und  $t_2$ ) Stufen des Innersubjektfaktors. Der Interaktionseffekt zwischen Innersubjektfaktor und dem Faktor Treatmentgruppe ist auf dem 5%-Niveau signifikant ( $F = 6,502$ ) und leistet eine Varianzaufklärung der Variablen „Kontrollambitionen“ in Höhe von 6,2%.

Hinsichtlich des Alkoholkonsums ist in der Interventionsgruppe ebenfalls ein Rückgang zu beobachten. Eine varianzanalytische Absicherung war hier nicht möglich, weil die Voraussetzungen (insbesondere die Normalverteilung der Daten) nicht gegeben waren. Es wurde deshalb ein U-Test für Paardifferenzen (Alkoholkonsum zum Zeitpunkt  $t_1$  - Alkoholkonsum zum Zeitpunkt  $t_3$ ) gerechnet, der als das nichtparametrische Äquivalent für einen varianzanalytischen Test auf Interaktion zwischen einem Messwiederholungsfaktor und einem Gruppierungsfaktor interpretiert werden kann. Dieser Test führte ebenfalls wieder zu einem signifikanten Ergebnis (exakte Signifikanz, 2-seitig,  $p = 0.039$ ). Insgesamt gesehen sind die durch die Trainingsteilnahme erwarteten Veränderungen nachzuweisen

## 6 Diskussion

Im Rahmen dieser Studie konnte empirisch abgesichert werden, dass eine spezifische Form betrieblicher Stressbewältigungstrainings, die auf dem Konzept der beruflichen Gratifikationskrise aufbaut, zur Reduzierung des Alkoholkonsums bei den Teilnehmern führt, wenn sie um suchtpreventive Komponenten ergänzt wird. Akzeptanz und Befolgung des Gruppenprogramms können trotz ungünstiger Rahmenbedingungen (in der Regel mussten die Trainings außerhalb der Arbeitszeit erfolgen) als gut bewertet werden. Die Rückmeldungen während der Durchführung des Trainings machten deutlich, dass das Training von den Teilnehmern eher positiv bewertet wurde. Kritisch wurden jedoch vor allem diejenigen Sitzungen gesehen, in denen der Missbrauch von psychotropen Substanzen angesprochen wurde. Allerdings war diese Skepsis nicht für einen Abbruch des Trainings ursächlich.

Die Teilnahme an dem Programm führte zu den vermuteten Effekten. Es gelang, die beruflichen Kontrollbestrebungen deutlich zu reduzieren. Auch die Absenkung des Alkoholkonsums (von 26 auf 19 Gramm) stellt einen statistisch signifikanten Trainingseffekt dar.

Insgesamt betrachtet hat die durchgeführte Untersuchung gezeigt, dass die verwendete spezifische Form eines Stressbewältigungstrainings in Verbindung mit suchtpreventiven Komponenten einerseits durchführbar und andererseits in dem Sinne wirksam ist, dass berufliche Kontrollbestrebungen und Alkoholkonsum gemindert werden. Die theoretische Ausrichtung schafft u.E. die Grundlage für eine gezieltere Intervention, die möglicherweise die Wirksamkeit der Maßnahmen gesteigert hat. Das von der Arbeitsgruppe um Siegrist zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen entwickelte Training eignet sich demnach – nach einigen Modifikationen – im betrieblichen Kontext auch zur Reduzierung des Alkoholkonsums bei den Teilnehmern.

## 7 Betriebliche Gesundheitsförderung – ein Berufsfeld für Soziologen?

Abschließend soll der Frage nachgegangen werden, ob die Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Präventionsbereich auch Chancen für die Berufstätigkeit von Soziologen bieten. Für diese Frage sind drei Aspekte des beschriebenen Projektes bedeutsam:

(1) Zunächst ist zu betonen, dass im neuen Gesetz der Setting-Ansatz eine besondere Beachtung erfährt, d.h. dass der Kontext gesundheitlichen Handelns in den Fokus genommen wird. Dies hat zur Konsequenz, dass Kenntnisse der sozialen Rahmenbedingungen (wie hier am Beispiel der Industriesoziologie bzw. der Medizinsoziologie illustriert) für die Praxis der Gesundheitsförderung bedeutsam werden.

(2) Ferner wird eine spezifische Evaluation der jeweiligen Projekte gefordert. Hier könnte die soziologische Fachkompetenz im Bereich der Methoden der empirischen Sozialforschung genutzt werden. Deutlich wird dies bei der hier vorgestellten Studie einerseits bei den durchgeführten Messungen, andererseits aber auch bei den empirischen Analysen. Schließlich ist noch die Auswahl des Designs zu betonen.

(3) Außerdem wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass Gesundheit offenbar in Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit steht. Die Gratifikationskrisentheorie versteht sich als ein Ansatz zur Modifikation gesundheitlicher Konsequenzen sozialer Ungleichheit. Damit aber wird die Frage nach der Analyse der Sozialstruktur einer Gesellschaft bedeutsam.

Insgesamt gesehen bringt das neue Präventionsgesetz u.E. durchaus Chancen für Personen mit soziologischer Qualifikation, sich neue Tätigkeitsfelder zu erschließen. Ob dies tatsächlich gelingen wird und ob diese Personengruppe dabei von den Universitäten unterstützt wird, muss die Zukunft zeigen.

### Literatur

- Beck, Aron T.; Wright, Fred D.; Newman, Cory F.; Liese, Bruce S., 1997: Kognitive Therapie der Sucht (Annette Löll, Übers.). Weinheim.
- Bosma, Hans; Peter, Richard; Siegrist, Johannes; Marmot, Michael, 1998: Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. In: *American Journal of Public Health*, Bd. 88, Issue 1, S. 68-74.
- Bühringer, Gerhard; Augustin, Rita; Bergmann, Eckardt; Bloomfield, Kim; Funk, Winfried; Junge, Burckhard; Kraus, Ludwig; Merfert-Diete, Christa; Rumpf, Hans-Jürgen; Simon, Roland; Töppich, Jürgen, 2000: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Band 128). Baden-Baden.
- Bundesministerium für Gesundheit (2005). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention. Zugriff am 7.3.2005 unter der folgenden Webseite: [http://www.gesundheitberlin.de/download/i\\_05\\_01\\_14\\_PrvG\\_Entwurf\\_05\\_01\\_06.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/i_05_01_14_PrvG_Entwurf_05_01_06.pdf).
- Davey, Jeremy D.; Obst, Patricia L; Sheehan, Mary C., 2000: The use of AUDIT as a screening tool for alcohol use in the police work-place. In: *Drug and Alcohol Review*, Vol. 19, S. 49-54.
- Dittmann, K. H.; Matschinger, Herbert; Siegrist, Johannes, 1985: Fragebogen zur Messung von Kontrollambitionen. In: Allmendinger, Jutta; Schmidt, Peter; Wegener, Bernd (Hrsg.): *Handbuch sozialwissenschaftlicher Skalen* (L 01). Mannheim, Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften.

- Ellis, Albert, 1979a: Das ABC der Rational-Emotiven Therapie. In: van Quekelberghe, Renaud (Hrsg.): Modelle kognitiver Therapien. München: Urban & Schwarzenberg, S. 38-48.
- Ellis, Albert, 1979b: Ein integrierter psychotherapeutischer Ansatz. In: van Quekelberghe, Renaud (Hrsg.): Modelle kognitiver Therapien. München, S. 48-60.
- Ellis, Albert; McInerney, John F.; DiGiuseppe, Raymond; Yeager, Raymond J., 1988: Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. New York.
- Fuchs, Reinhard; Rainer, Ludwig; Rummel, Martina; Schönherr, Ute, 1998: Betriebliche Suchtprävention: Ein Arbeitsfeld in der Diskussion. In: Fuchs, Reinhard; Rainer, Ludwig; Rummel, Martina (Hrsg.): Betriebliche Suchtprävention. Göttingen, S. 13-29.
- Heipertz, Walther; Triebig, Gerhard, 1995: Arbeits- und sozialmedizinische Aspekte des Alkoholismus. In: Seitz, Helmut K; Lieber, Charles S.; Simanowski, Ulrich A. (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig S. 573-590.
- Grawe, Klaus; Donati, Ruth; Bernauer, Friederike, 1994: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen.
- Lemmens, Paul; Tan, E. S.; Knibbe, R. A., 1992: Measuring quantity and frequency of drinking in a general population survey: A comparison of five indices. In: Journal of Studies on Alcohol, 53, S. 476-486.
- Lindenmeyer, Johannes, 1999: Alkoholabhängigkeit. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle.
- Meyer, Christian; John, Ulrich, 2003: Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2003. Geesthacht, S. 18-33.
- Mielck, Anreas, 2000: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern.
- Pelikan, Jürgen M; Demmer, Hildegard; Hurrelmann, Klaus, 1993: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Juventa.
- Peter, Richard; Alfredsson, Lars; Hammar, Niklas, Siegrist, Johannes; Theorell, Töres; Westerholm, Peter, 1998: High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF study. In: Journal of Epidemiology and Community Health, Bd. 52, S. 540-547.
- Peter, Richard; Siegrist, Johannes; Strork, Joachim; Mann, Horst & Labrot, Barbara, 1991: Zigarettenkonsum und psychosomatische Arbeitsbelastung bei Industriemeistern. Marburg, Zeitschrift für Sozial- und Präventivmedizin, Bd. 36, S. 315 - 321.
- Petry, Jörg, 1996: Alkoholismustherapie, (3. Auflage). Beltz.
- Petry, Jörg, 1998: Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkoholismus. In: Jörg Petry: Alkoholismus. Kulturhistorische, psychosoziale und psychotherapeutische Aspekte. Geesthacht, S. 128-151.
- Pfaff, Holger; Slesina, Wolfgang 2001: Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Juventa.
- Pratt, Oliver E.; Tucker, Mary M., 1989: Approaches to the Alcohol Problem in the Workplace. In: Alcohol & Alcoholism, Vol. 24, Issue 5, S. 453-464.
- Puls, Wichard, 1992: Streßbewältigung am Arbeitsplatz und die Motivation zum Alkoholkonsum: ein eindeutiger Zusammenhang? In: Sucht, Jg. 38, S. 371-385.
- Puls, Wichard, 1995: Kontrollambitionen am Arbeitsplatz und die Motivation zum Alkoholkonsum: Eine schriftliche Befragung in drei öffentlichen Verwaltungen. In: Zeitschrift für Sozial- und Präventivmedizin, Jg. 40, S. 309-317.
- Puls, Wichard, 2003: Arbeitsbedingungen, Stress und der Konsum von Alkohol. Opladen.
- Puls Wichard; Wienold, Hanns & Blank, Thomas 1998: Die Einwirkung von Gratifikationskrisen am Arbeitsplatz auf den Konsum von Alkohol: Eine schriftliche Befragung in Betrieben der metallverarbeitenden Industrie. In: Sucht, Jg. 44, Heft 3, S. 183-199.
- Puls, Wichard; Morkramer, Michael; Wienold, Hanns, 2003: Eine schriftliche Befragung zur Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums in zwei Betrieben der Metallindustrie. In: Sucht, Jg. 49, S. 180-187.
- Renn, Heinz; Feser, Herbert, 1994: Probleme des Alkoholmißbrauchs junger Soldaten im Vergleich zu gleichaltrigen Zivilpersonen. Bonn: Bundesministerium für Verteidigung.

- Rummel, Martina; Rainer, Ludwig; Fuchs, Reinhard, 1998: Alkoholprävention – ein Sonderfall in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Eva Bamberg, Antje Ducki, Anna-Maria Metz (Hrsg.): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen, S. 291-300.
- Saunders, John B.; Aasland, Olaf G.; Barbor, Thomas F.; de la Fuente, Juan R.; Grant, Marcus, 1993: Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful consumption-II. *Addiction*, Bd. 88, S. 791-804.
- Schanz, Günther; Gretz, Cornelia; Hanisch, Detlef; Justus, Angelika, 1995: Alkohol in der Arbeitswelt. Fakten – Hintergründe – Maßnahmen. München.
- Schelp, Theo; Gravemeier, Ralf; Maluck, Doris, 1997: Rational-Emotive Therapie als Gruppentraining gegen Stress: Seminarkonzepte und Materialien. Bern.
- Schuhler, Petra; Baumeister, Horst, 1999: Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch. Weinheim.
- Siegrist, Johannes, 1996: Soziale Krisen und Gesundheit: Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen.
- Siegrist, Johannes, 2003: Gesellschaftliche Einflüsse zu Gesundheit und Krankheit. Zur ethischen Dimension sozialer Ungleichheit. Unveröffentlichtes Manuskript. Abbildungen zum Vortrag. Verfügbar unter: <http://www.studgen.uni-mainz.de/manuskripte/siegrist2.pdf>.
- Siegrist, Karin; Silberhorn, Thea, 1998: Streßabbau in Organisationen – ein Manual zum Streßmanagement. Münster.
- Simpson, Judy M.; Oldenburg, Brian; Owen, Neville, Harris, David; Dobbins, Timothy; Salmon, Allison; Vita, Philip; Wilson, Judy; Saunders, John B., 2000: The Australian national workplace health project: design and baseline findings. In: *Preventive Medicine*, Bd. 31, Issue 3, S. 249-260.
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1971: First special report to the U.S. congress on alcohol and health. DHEW publication No. (HSM) 72-9099. Washington.
- Waller, Heiko, 2002: Gesundheitswissenschaft. Stuttgart.
- Webb, Gloria R.; Redman, Selina; Hennrikus, Deborah; Rostas, John. A. P.; Sanson-Fisher, Robert. W., 1990: The prevalence and sociodemographic correlates of high-risk and problem drinking at an industrial worksite. In: *British Journal of Addiction* 1990, 85, S. 495-507.
- Wiegard, Ulrike; Tauscher, Nicola; Inhester, Marie-Luise; Puls, Wichard; Wienold, Hanns, 2000: „Gelassen bei der Arbeit“ – Ein Trainingskurs zur Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz. In: Aktuelle Beiträge zur Soziologie, Nr. 1, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Soziologie. Zugänglich unter <http://edok01.tib.uni-hannover.de/edoks/e01fb02/346519276.pdf>.

PD Dr. Wichard Puls  
Sarah Mümken  
Institut für Soziologie  
Westfälische Wilhelms-Universität Münster  
Scharnhorststraße 121  
48151 Münster

PD Dr. Wichard Puls, 1956 in Kettwig (Essen) geboren, 1976 Studium der Sozialwissenschaften, Germanistik und Psychologie in Münster, 1989 Promotion, 2001 Habilitation für Soziologie mit dem Schwerpunkt Gesundheitssoziologie/Medizinsoziologie, 2001-2005 Vertretung einer Professur für Methodenlehre in Münster; Arbeitsschwerpunkte: Medizin/Gesundheitssoziologie, insbesondere Suchtforschung und Sozialpsychiatrie, Arbeitsstressforschung, Arbeitslosigkeitsforschung, sozialpsychologische Prozesse der Ausgrenzung, statistische und empirische Methoden. Veröffentlichungen: Puls, W., 1989: Soziale Isolation und Einsamkeit. Ansätze zu einer empirisch-nomologischen Theorie. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag; Puls, W., 2003: Arbeitsbedingungen, Stress und der Konsum von Alkohol. Opladen: Leske + Budrich.

Sarah Mümken, 1981 in Borken geboren, ab dem WS 2000/2001 Studium der Soziologie, Psychologie und Wirtschaftspolitik in Münster, Studentische Hilfskraft am Institut für Soziologie der Universität Münster, Schwerpunkt: Arbeit und Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung der flexibilisierten Arbeitsverhältnisse.

