

## Alkohol am Arbeitsplatz in Europa – 2. Fragebogen

Seit Mai 2013 nimmt Ihr Betrieb an dem Projekt „Alkohol am Arbeitsplatz in Europa“ teil. Sowohl Führungskräfte als auch die Belegschaft beschäftigten sich damit, Aufmerksamkeit zu erzeugen und Wissen über Alkohol zu verbreiten, die gesundheitlichen Risiken aufzuzeigen und den Umgang mit alkoholbezogenen Problemen im Betrieb zu erleichtern. Diese Befragung ist ein wichtiger Teil der Projektaktivitäten. Sie oder Ihre Kollegen/-innen haben vielleicht einen ähnlichen Fragebogen vor einiger Zeit ausgefüllt: Diese erneute Befragung ermöglicht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Rückschlüsse auf die im Betrieb durchgeführten alkoholpräventiven Maßnahmen zu ziehen.

**Wir möchten hervorheben, dass es NICHT das Anliegen dieses Fragebogens ist, ein Profil von Einzelnen zu erstellen oder um durch die Befragung den individuellen Alkoholkonsum oder die Gesundheit des einzelnen Mitarbeiters oder eines Betriebes zu bewerten. Die ANONYMITÄT steht bei dieser Befragung an oberster Stelle, es wird nicht möglich sein den ausgefüllten Fragebogen bestimmten Personen zuzuordnen. Die statistischen Informationen jedes Betriebes bleiben vertraulich.**

Um zuverlässige und brauchbare Daten zu erheben, ist es natürlich sehr wichtig, dass Sie den Fragebogen vollständig und ehrlich ausfüllen.

Falls Sie Fragen oder Bedenken bzgl. dieses Fragebogens oder bzgl. alkoholbezogener Probleme haben, steht Ihnen die DHS unter 02381/901524 selbstverständlich gerne für Auskünfte zur Verfügung. Natürlich werden wir das Gespräch vertraulich behandeln.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe, diesen Fragebogen auszufüllen.

**Ansprechpartnerin**

Christina Rummel

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Westenwall 4

59065 Hamm

Tel. 02381/901524

Fax 02381/901530

Email: [rummel@dhs.de](mailto:rummel@dhs.de)

Internet: [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

1. Haben Sie den ersten Fragebogen vor **X** Monaten ausgefüllt, bevor **alkoholpräventive Aktivitäten/Beispiele der Maßnahmen/evtl. Name des Programms** in Ihrem Betrieb durchgeführt wurden?

Ja

Nein

nicht sicher

## Teilnahme an alkoholpräventiven Aktivitäten

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Teilnahme an alkoholbezogenen Aktivitäten bzw. Präventionsmaßnahmen ihres Betriebes in den letzten **X** Monaten

2. Haben Sie innerhalb der letzten **X** Monate...

	Ja	Nein	Nicht sicher
<b>2a)</b> ...an einer Veranstaltung (evtl. Name der Veranstaltung oder des Gesundheitstages) oder einer Präsentation zum Thema Alkohol teilgenommen?			
<b>2b)</b> ...Infomaterial über Alkohol erhalten, z.B. Flyer oder Broschüren. Ggf. Beispiele /Material, das verteilt wurde nennen			
<b>2c)</b> ...haben Sie an einem Seminar / Training zu Alkohol am Arbeitsplatz teilgenommen?			
<b>2d)</b> ...ein persönliches Beratungsgespräch mit einem Suchtberater / Suchtkrankenhelfer (bitte zutreffende Bezeichnung wählen) über Alkohol und die Reduzierung alkoholbedingter Schäden geführt?			
<b>2e)</b> ...einen Selbsttest zu Ihrem Alkoholkonsum durchgeführt?			

Wenn Sie an Ihre Teilnahme an den alkoholpräventiven Aktivitäten (evtl. Name des Programms) Ihres Betriebes denken,

3. inwiefern....

	Sehr	Etwas	Gar nicht
<b>3a)</b> ... denken Sie, dass diese hilfreich/nützlich für Sie waren?			
<b>3b)</b> ... denken Sie, dass diese hilfreich/nützlich für Ihren Betrieb waren?			
<b>3c)</b> ...sind Sie zufrieden mit den Aktivitäten?			

# Auswirkungen der alkoholpräventiven Aktivitäten

## Ergebnisse der Teilnahme an alkoholpräventiven Aktivitäten in Ihrem Betrieb

4. Hat sich Ihr Wissen über Alkohol verbessert?

<b>Ja, es hat mein Wissen sehr verbessert</b>	<b>Ja, es hat sich ein wenig verbessert</b>	<b>Nein, es hat mein Wissen über Alkohol nicht verändert</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Trinken Sie weniger oder weniger oft Alkohol?

<b>Nein, ich trinke sogar mehr als vorher</b>	<b>Nein, ich trinke so viel wie vorher</b>	<b>Ja, ich trinke etwas weniger als vorher</b>	<b>Ja, ich trinke viel weni- ger als vorher</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Haben Sie Hilfe oder Rat zum Thema Alkoholkonsum in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Nein, aber ich plane es zu tun
6a) Von Ihrem Betriebsarzt oder sozial- medizinischem Personal der betrieblichen Arbeitssi- cherheit			
6b) Von Ihrem Hausarzt oder medizinischem Perso- nal			
6c) von anderen beratenden Personen / Einrichtun- gen (Sozialdienste, Suchtberatung, Selbsthilfe, etc.)  Bezeichnung der beratenden Person / Einrichtung:  _____			

## A Bewusstsein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die gesundheitlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums. Würden Sie zustimmen oder nicht zustimmen, dass der Konsum alkoholischer Getränke das Risiko folgender gesundheitlicher Belastungen steigert? *(bitte ankreuzen)*

<i>GESUNDHEITLICHE AUSWIRKUNGEN</i>	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme weder zu noch dagegen	stimme eher nicht zu	stimme absolut nicht zu	weiß nicht
<b>A1</b> Leberkrankheiten						
<b>A2</b> Herzkrankheiten						
<b>A3</b> Krebs						
<b>A4</b> Asthma						
<b>A5</b> Depressionen						
<b>A6</b> Geburtsfehler						
<b>A7</b> Verletzungen durch Unfälle (Arbeit, Verkehr etc.)						

## B Einstellungen


Die folgenden Fragen werden uns helfen, ein Bild über Ihre Einstellung zum Alkohol zu erlangen. Inwieweit würden Sie den folgenden Aussagen zustimmen? *(bitte ankreuzen)*

<i>DIE AUSSAGEN</i>	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme weder zu noch dagegen	stimme eher nicht zu	stimme absolut nicht zu	Ich trinke keinen Alkohol
<b>B1</b> Es ist ok für mich, wenn ich ein alkoholisches Getränk <b>während meiner Mittagspause</b> zu mir nehme.						
<b>B2</b> Ich denke, dass Alkohol <b>bei gesellschaftlichen Veranstaltungen für Mitarbeiter/innen</b> , die in meinem Betrieb organisiert werden, verfügbar sein sollte, wenn die Veranstaltung <b>außerhalb</b> der normalen Arbeitszeit stattfindet.						
<b>B3</b> Ich denke, dass Alkohol bei <b>betrieblichen Veranstaltungen für Kunden bzw. Auftraggeber</b> , die in meinem Betrieb organisiert werden, verfügbar sein sollte, wenn die Veranstaltung <b>innerhalb</b> der normalen Arbeitszeit liegt.						
<b>B4</b> Ich würde wahrscheinlich mehr Alkohol als üblich trinken, wenn er <b>kostenlos oder ermäßigt</b> angeboten werden würde.						

## C Konsum

**Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Fragen die Antwort an, die richtig für Sie ist.**

**C1** Wie oft konsumieren Sie Getränke, die Alkohol enthalten?

- Nie  Bitte weiter mit Abschnitt D
- Monatlich oder weniger
- 2 - 4 mal im Monat
- 2 - 3 mal in der Woche
- 4 mal oder öfter in der Woche

**C2** Wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie an einem typischen Tag, wenn Sie trinken?  
[Zum Vergleich: Bier (0,3l Glas), Wein (1 kleines Glas), Spirituosen (1 Schnapsglas)]

- 1 oder 2
- 3 oder 4
- 5 oder 6
- 7 bis 9
- 10 oder mehr

**C3** Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit?

- Nie
- Weniger als 1 mal im Monat
- Monatlich
- Wöchentlich
- Täglich oder fast täglich

**C4** Sind Sie in den letzten 4 Wochen mit einem Kater bei der Arbeit erschienen?

- Nein  Ja Wenn ja, bitte geben Sie an wie oft. \_\_\_\_\_

**C5** Sind Sie in den letzten vier Wochen zu spät zur Arbeit gekommen, weil Sie Alkohol getrunken haben?

Nein  Ja Wenn ja, bitte geben Sie an wie oft. \_\_\_\_\_

**C6** Sind Sie in den letzten vier Wochen nicht bei der Arbeit erschienen, weil Sie Alkohol getrunken haben?

Nein  Ja Wenn ja, bitte geben Sie an wie oft. \_\_\_\_\_

## **D Alkohol und Ihr Betrieb**

**D1** Hat Ihr Betrieb eine Alkoholpräventionsstrategie?

Ja  Nein  Weiß nicht

**D1a** Wenn Sie bei Frage D1 „Ja“ geantwortet haben, glauben Sie, dass eine Alkoholpräventionsstrategie sinnvoll ist? Wenn Sie „Nein“ oder „Weiß nicht“ angekreuzt haben, glauben Sie, dass es eine gute Idee wäre?

Ja  Nein

**D2** Bietet Ihr Arbeitgeber Unterstützungsleistungen bzw. bietet er den Zugang zu Unterstützungsleistungen (z.B. Suchtberatung) für Mitarbeiter/innen mit alkoholbezogenen Problemen an?

Ja  Nein  Weiß nicht

Die nächsten 3 Fragen beziehen sich auf die Auswirkungen, die der Alkoholkonsum Ihrer Arbeitskollegen auf Sie gehabt haben kann.

**D3** **Wie oft in den letzten 12 Monaten ...**

<i>FRAGEN</i>	<b>Bitte die Häufigkeit angeben (Falls nie, bitte 0 angeben)</b>
<b>D3.1</b> ...mussten Sie Ihren Kollegen decken, weil er/sie Alkohol getrunken hat?	
<b>D3.2</b> ...mussten Sie Überstunden leisten, weil er/sie Alkohol getrunken hat?	
<b>D3.3</b> ...waren Sie in einem Unfall am Arbeitsplatz verwickelt oder knapp davor, weil er/sie Alkohol getrunken hat?	

## E Persönliche Informationen

**E1** Welche der folgenden Kategorien beschreibt am besten die Art Ihrer jetzigen Tätigkeit?

- Arbeiter/in
- Leitung/Management
- Angestellte/r
- keine der obigen: *Bitte geben Sie die Art Ihrer Tätigkeit an* \_\_\_\_\_

**E2** Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich  Männlich

**E3** Welche dieser Alterskategorien trifft auf Sie zu?

- 16-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- 65 oder älter

**E4** Zuletzt möchten wir Sie bitten anzugeben, inwieweit Sie zufrieden oder unzufrieden mit Ihrem Leben als Ganzes sind.

- |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr<br>unzufrieden      | unzufrieden              | etwas<br>unzufrieden     | weder<br>zufrieden<br>noch<br>unzufrieden | etwas<br>zufrieden       | zufrieden                | sehr<br>zufrieden        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens**