

Leittitel: PFLEGE ALKOHOLKRANKER MENSCHEN

Diplomarbeit

**„Aber sie sind nicht auf das Problem eingegangen“**

**Pflege im Akutspital aus der Sicht alkoholkranker Menschen**

Eine empirische Studie nach dem Forschungsansatz der Grounded Theory

Andreas Bolliger

[andy.bolliger@suisse.org](mailto:andy.bolliger@suisse.org)

Begleitung: Maya Shaha (dipl. Krankenschwester IKP, MSc. in Nursing)

Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz

Departement Gesundheit

Aarau

Juni 2002

## **Zusammenfassung**

Mit dieser Studie wurde nach der qualitativen Methode der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996) untersucht, wie alkoholranke Menschen die Pflege im Akutspital erlebt haben und welche Unterstützung und Hindernisse sie auf ihrem Weg der Genesung von ihrer Alkoholkrankheit wahrgenommen haben. Mit 7 Anonymen Alkoholikern wurden Interviews geführt. Aus der Datenanalyse ging die Kernkategorie *Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen* hervor. In der Regel wird die Alkoholproblematik im Akutspital *nicht* zum Thema gemacht! So ist die Kernkategorie hauptsächlich als (Heraus-)Forderung zu verstehen: Die Datenanalyse lässt den Schluss zu, dass alkoholranke Menschen im Akutspital wesentlich profitieren könnten, wenn die Alkoholproblematik dort gezielter angegangen würde. Dies unterstützt die Forderung aus der Literatur, sekundärpräventive Massnahmen im Akutspital durchzuführen. Die mehrheitlich gut erlebte Pflege bildet eine gute Grundlage dazu.

**INHALT**

<b>DANK.....</b>	<b>6</b>
<b>0 LISTEN DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN.....</b>	<b>5</b>
0.1 Liste der Abbildungen .....	5
0.2 Liste der Tabellen .....	5
<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>7</b>
1.1 Problembeschreibung und Pflegerelevanz.....	7
1.2 Forschungsfragen.....	9
1.3 Forschungsziele .....	9
1.4 Grenzen der Studie .....	10
<b>2 LITERATURÜBERSICHT UND THEORETISCHER RAHMEN.....</b>	<b>11</b>
2.1 Alkoholkrankheit: Begriffsklärung.....	11
2.2 Alkoholkrankheit und Pflege: Hindernisse und Unterstützung .....	12
2.2.1 Hindernisse .....	12
2.2.2 Unterstützung.....	14
2.2.3 Mögliche Handlungsfelder für die Pflege.....	15
2.3 Theoretischer Rahmen: Das Transtheoretische Modell.....	19
2.3.1 Anwendung des Transtheoretischen Modells bei Alkoholproblemen .....	22
2.3.2 Das Transtheoretische Modell und die Anonymen Alkoholiker.....	23
2.4 Synthese.....	24
<b>3 METHODOLOGIE .....</b>	<b>26</b>
3.1 Design.....	26
3.2 Zielgruppe / Sample.....	26
3.3 Setting.....	27
3.4 Datensammlung.....	28
3.5 Datenanalyse.....	28
3.6 Ethische Überlegungen.....	30
3.7 Gütekriterien.....	31
<b>4 RESULTATE.....</b>	<b>32</b>
4.1 Beschreibung der Kategorien .....	32
4.1.1 Kernkategorie: Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen	32
4.1.2 Genesungsprozess.....	41
4.1.3 Anstoss von Aussen .....	47
4.1.4 Soziale Einflussfaktoren .....	48

4.1.5	Spitalaufenthalt erleben .....	49
4.1.6	Abstinenz erleben .....	50
4.1.7	Pflege erleben .....	51
4.2	Theoretische Integration der Resultate .....	53
<b>5</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>57</b>
5.1	Diskussion der Resultate .....	57
5.2	Kritik und Grenzen der Untersuchung.....	62
5.3	Empfehlungen für die Pflegepraxis .....	63
5.4	Weiterführende Forschungsfragen.....	65
<b>6</b>	<b>LITERATUR .....</b>	<b>66</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>74</b>
7.1	Anhang A: Readiness to Change Questionnaire (RCQ).....	74
7.2	Anhang B: CAGE Questionnaire .....	76
7.3	Anhang C: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) .....	77
7.4	Anhang D: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA) 79	
7.5	Anhang E: Kurzintervention: A-FRAMES .....	82
7.6	Anhang F: Das Transtheoretische Modell .....	83
7.7	Anhang G: Integration von Stufen und Veränderungsstrategien.....	84
7.8	Anhang H: Interviewleitfaden .....	85
7.9	Anhang I: Einverständniserklärung .....	86
7.10	Anhang J: Vorkommen der vorläufigen Kategorien in den ersten 6 Interviews ....	87
7.11	Anhang K: Ordnen der vorläufigen Kategorien zu Kategorien .....	91
7.12	Anhang L: Vorkommen der definitiven Kategorien in den ersten 6 Interviews.....	94
7.13	Anhang M: Eigenschaften und Dimensionen der Kernkategorie .....	95
7.14	Anhang N: Unterstützung und Hindernisse auf dem Weg zur Genesung .....	96
7.15	Anhang O: Reflexion eigener Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen . .....	98

## 0 LISTEN DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN

### 0.1 Liste der Abbildungen

Abbildung 1: Kernkategorie Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen: Darstellung anhand des paradigmatischen Modells nach Strauss und Corbin (1996).....	33
Abbildung 2: Kategorie Genesungsprozess: Darstellung anhand des Transtheoretischen Modells.....	42
Abbildung 3: Integration der Ergebnisse: Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen .....	53
Abbildung 4: Transtheoretisches Modell .....	83

### 0.2 Liste der Tabellen

Tabelle 1: Readiness to Change Questionnaire (RCQ).....	74
Tabelle 2: Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit) .....	77
Tabelle 3: Kurzintervention: A-FRAMES .....	82
Tabelle 4: Integration von Stufen und Veränderungsstrategien.....	84
Tabelle 5: Vorkommen der vorläufigen Kategorien in den ersten 6 Interviews .....	87
Tabelle 6: Ordnen der vorläufigen Kategorien zu Kategorien.....	91
Tabelle 7: Vorkommen der definitiven Kategorien in den ersten 6 Interviews. ....	94
Tabelle 8: Eigenschaften und Dimensionen der Kernkategorie: Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen .....	95
Tabelle 9: Unterstützung und Hindernisse auf dem Weg zur Genesung .....	96

### **DANK**

Danken möchte ich den InterviewteilnehmerInnen für die bereitwillige und aktive Teilnahme, Regula für fachliche Diskussionen, Christine fürs professionelle Transkribieren der Interviews, Maya für den Ansporn, Heinz für empathisches Vertrauen, HP, der mich daran gehindert hat, den Computer aus dem Fenster zu werfen und nicht zuletzt der Peer-Group: Unzählige Diskussionen über Methode, Analyse und Inhalte und reger E-Mail-Austausch mit Anna, Brigit, Elisabeth, Eva und Eveline brachten Verwirrung, Klärung, neue Gedanken und Ideen. Das gemeinsame Zmörgele werde ich vermissen. Auch danken möchte ich Herrn Anselm Strauss für die Erkenntnis, das eine solche Arbeit immer ein Manuskript bleiben wird.

Winterthur im Juni 2002, Andreas Bolliger

## 1 EINLEITUNG

Mit dieser Studie wird untersucht, wie alkoholranke Menschen die Pflege im Akutspital erlebt haben und welche Unterstützung und Hindernisse sie auf ihrem Weg der Genesung von ihrer Alkoholkrankheit wahrgenommen haben. Dabei spielt der Hospitalisationsgrund keine Rolle.

### 1.1 Problembeschreibung und Pflegerelevanz

In der Schweiz leben rund 300'000 alkoholabhängige Menschen (Müller, Meyer & Gmel, 1997). Zwei Drittel der Betroffenen sind Männer, ein Drittel Frauen (alles-im-griff.ch, 2001). Jährlich werden 25'000 von ihnen wegen chronischen und/oder akuten alkoholbedingten Problemen hospitalisiert (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme [SFA], 1999a). In schweizerischen Akutspitälern nimmt zudem die Diagnose Alkoholismus bei Frauen und Männern im Alter zwischen 35 und 54 Jahren einen Platz unter den vier häufigsten Haupt- und Nebendiagnosen ein, bei Männern zwischen 35 und 49 Jahren jeweils den ersten Platz (Müller et al., 1997).

Neben persönlichem Leid von Betroffenen und ihren Angehörigen führen Alkoholprobleme zu erheblichen sozialen Kosten. Direkte Kosten wie Behandlungskosten, sowie indirekte Kosten, wie verlorene Produktivität durch alkoholbedingte Mortalität und Morbidität werden unterschieden (Gutjahr, Gmel & Klingemann, 2000). Die indirekten Kosten allein werden in der Schweiz auf jährlich 0.2 bis 2.175 Milliarden Schweizer Franken geschätzt<sup>1</sup> (Gutjahr & Gmel, 2001). Aufgrund der lückenhaften Datenlage in der Schweiz sowie methodischer Probleme empfehlen die AutorInnen diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Die SFA (1999b) geht davon aus, dass sich die gesamten sozialen Kosten auf mindestens 3 Milliarden Schweizer Franken jährlich belaufen. Im Vergleich dazu: Die Einnahmen aus den Alkoholsteuern betragen etwa 400 Millionen Schweizer Franken im Jahr (SFA, 1999b). Behandlung von Sucht aber wird oft als ineffektiv und als Geldverschwendung betrachtet, da sie eine Krankheit mit hoher Rückfallwahrscheinlichkeit darstellt (Naegle, 1994). Eine amerikanische Studie weist darauf hin, dass Behandlung kosteneffektiver ist als keine Behandlung. Die Gesundheitskosten sanken – Behandlungskosten mit einberechnet – zwischen 23% und 55% pro Fall (Holder & Blose, 1992).

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) (1992, zitiert nach Juchli, 1997) definiert das Gesamtangebot der Pflege in fünf Funktionen. Funktion 4 fordert, dass die Pflege bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit mitwirken soll. Bezogen auf die sehr heterogene Patien-

---

<sup>1</sup> Die zitierte Studie zeigt, dass geringfügige Änderungen der Methodik enorme Schwankungen in den Gesamtkosten zur Folge haben können.

tengruppe<sup>2</sup> alkoholkranker Menschen könnte dies bedeuten, sekundärpräventive Massnahmen im Spital durchzuführen. Unter *Sekundärprävention* werden Massnahmen der frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Krankheiten verstanden. Mit diesen Massnahmen sollen die Krankheitsdauer gesenkt und Folgeschäden der Erkrankung vermieden werden. Alkoholranke Menschen werden sehr häufig aus verschiedensten Gründen in Akutspitälern hospitalisiert ohne, dass sie einer formalen Therapie zugeführt werden (Hapke, 2000). Durch einen Krankenhausaufenthalt kann die Änderungsmotivation von alkoholkranken Patienten deutlich erhöht sein im Vergleich zu Personen in der Bevölkerung (Rumpf, Hapke, Meyer & John, 1999). Das Akutspital wäre somit ein idealer Ort, motivationsorientierte und verhaltensmodifizierende Massnahmen anzuwenden.

80 Prozent alkoholkranker Menschen schaffen den Ausstieg ohne Unterstützung von Kliniken, die auf Suchtbehandlung spezialisiert sind und ohne Hilfe von Selbsthilfegruppen wie den AA (Sobell, Sobell, Toneatto & Leo, 1993). Dies scheint bei Frauen häufiger zu sein als bei Männern (Copeland, 1997). Es ist davon auszugehen, dass es ebenso viele Wege zur Genesung gibt, wie es verschiedene alkoholranke Menschen gibt. Im Grunde genommen sind alle erfolgreichen Veränderungen gesundheitlichen Risikoverhaltens letztendlich Selbstveränderungen; sie geschehen lediglich mit mehr oder weniger professioneller Unterstützung (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1997).

Traditionelle Suchthilfesysteme orientieren sich an Therapiekonzepten, die eine hohe Motivation der Klienten voraussetzen. Leider kann damit nur ein kleiner Teil der Betroffenen erreicht werden; und dies oft erst, wenn schon gravierende Gesundheitsstörungen eingetreten sind (Hapke, Rumpf, Schumann & John, 1999). Viele Professionelle im Gesundheitswesen sind der Ansicht, dass ein Süchtiger erst tief genug fallen muss, um Hilfe annehmen zu können. Obwohl schwere Erkrankungen als Folge des Trinkens zur Lösung des Problems motivieren können, führen die Symptome oft eher zu weiterem Trinken, um Linderung zu erreichen. Dies führt zu einem der von Smith (1998) beschriebenen Teufelskreise, der paradoxen Situation der Abhängigkeit: Wissen um den Schaden, der angerichtet wird, aber Fortführen des gesundheitsschädigenden Verhaltens, um sich besser zu fühlen. Wie Klingemann (1991) in seiner Grounded Theory-Studie zeigt, kann das am-Boden-zerstört-sein (*hitting bottom*) ein Motivationsgrund zur Verhaltensänderung sein. Diese Verlaufsform entspricht dem Krankheitskonzept der AA. In der Literatur wird auch von einem Wendepunkt (*turning point*) gesprochen (Klingemann, 1991; Koski-Jännes, 1998). Dieser kann individuell sehr verschieden sein; es müssen nicht unbedingt schon gravierende gesundheitliche Schäden eingetreten sein

---

<sup>2</sup> Umgang mit geschlechtsspezifischen Bezeichnungen: Beim Begriff *Patient* wird jeweils die männliche Form gebraucht, da Männer den Grossteil alkoholkranker Menschen ausmachen, Frauen sind mitgemeint. Beim Begriff *Interviewteilnehmer* werden die Frauen mit einem Gross-I bedacht: InterviewteilnehmerInnen. Ebenso wird mit den AutorInnen und ÄrztInnen etcetera verfahren. Wenn explizit von Männern oder Frauen die Rede ist, wird auf das Gross-I verzichtet und die jeweils korrekte Form verwendet. *Pflegende* treten in einer sprachlich geschlechtsneutralen Form in Erscheinung.

(Klingemann, 1991). Andere Menschen haben keinen Wendepunkt erlebt,,...[they drifted] slowly and harmoniously... out of their addiction<sup>3</sup>“ (S. 733). Viele Menschen finden zu einer positiven Lebensperspektive oder einem neuen Sinn im Leben, bevor ihre Alkoholkrankheit weit fortgeschritten ist. Diese neue Lebensperspektive motiviert sie, mit dem Trinken aufzuhören. Es wäre wünschenswert, wenn diese Menschen im Sinne der Sekundärprävention frühzeitig in ihrer Motivation unterstützt werden könnten. In Smiths (1998) Studie berichteten die InterviewteilnehmerInnen alle von einem persönlichen Tiefpunkt, welcher sie motivierte, ihr Trinkverhalten zu verändern. Prochaska (1999) wehrt sich gegen Bezeichnungen wie „therapieresistent“ oder „unmotiviert“ und bemerkt: „Glücklicherweise wissen wir heute, dass wohl eher *wir* [Hervorhebung v. Verf.] nicht bereit waren für die Behandlung dieser Personen, solange uns ausschliesslich handlungsorientierte Programme zur Verfügung standen“ (S. 8). Je früher ein substanzbezogenes Problem identifiziert wird, desto wahrscheinlicher ist ein positives Outcome, da bio-medizinische und psychosoziale Komplikationen in der Regel weniger weit fortgeschritten sind und der Patient eher Beratung und Behandlung akzeptieren kann (Gerace, Hughes & Spunt, 1995).

Bisher wurden hauptsächlich quantitative Studien aus der Sicht der Forschenden durchgeführt; über die subjektive Sicht der Betroffenen ist bisher wenig bekannt.

## 1.2 Forschungsfragen

- Wie haben alkoholranke Menschen die Pflege im Akutspital erlebt?
- Welche Unterstützung und Hindernisse von Pflegenden nahmen sie auf ihrem Weg der Genesung von ihrer Alkoholkrankheit war?

Der Hospitalisationsgrund spielt bei obiger Fragestellung keine Rolle.

## 1.3 Forschungsziele

- Erleben der Pflege aus der Sicht alkoholkranker Menschen beschreiben
- Genesungsfördernde und –hemmende Faktoren aus der Sicht betroffener ehemaliger Patienten formulieren.

---

<sup>3</sup> Sie entwachsen langsam und harmonisch ihrer Abhängigkeit. (Klingemann, 1991, S. 733, Übers. v. Verf.)

#### **1.4 Grenzen der Studie**

- Enger Zeitrahmen
- Einzelarbeit statt Gruppenarbeit. Grounded Theory Projekte finden idealerweise als Teamarbeiten statt (Haller, 2000).
- Örtliche Begrenzung: Die Studie berücksichtigt nur InterviewteilnehmerInnen aus der Deutschschweiz.
- Das Sample von 7 InterviewteilnehmerInnen ist auch für qualitative Studien relativ klein
- Soziale Erwünschtheit: Die InterviewteilnehmerInnen könnten in persönlichen Interviews zu Antworten neigen, von denen sie annehmen, dass der Interviewende sie erwartet.

Mit diesen Grenzen kann die theoretische Sättigung nicht erreicht werden. Eine Theoriebildung im Sinne der Grounded Theory ist nicht möglich; Konzeptentwicklung (Strauss & Corbin, 1996) und partielle Theoriebildungsansätzen können erreicht werden.

## 2 LITERATURÜBERSICHT UND THEORETISCHER RAHMEN

### 2.1 Alkoholkrankheit: Begriffsklärung

Begriffe wie Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit, Alkoholismus, Alkoholiker, Alkoholkrankheit und alkoholranke Menschen werden in der Literatur nicht allgemeingültig definiert. Es existieren über 50 verschiedene, teilweise kontrovers diskutierte Theorien und Perspektiven, die diese Begriffe erklären oder beschreiben (Gerace, Hughes & Spunt, 1995).

Die beiden in den USA führenden Fachinstanzen (National Council on Alcoholism and Drug Dependence & American Society of Addictive Medicine, zitiert nach Feuerlein, Küfner & Soyka, 1998) definieren *Alkoholismus* folgendermassen:

Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umweltbedingte Faktoren beeinflusst wird. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken wird und dessen Konsum häufig verleugnet wird. (S.7)

Der Begriff *alkoholkranker Mensch* soll im Gegensatz zum Begriff des *Alkoholikers* den Krankheitsaspekt des Suchtgeschehens herausstreichen (Sondheimer & Eichenberger, 1989). Heute ist die Alkoholabhängigkeit weitgehend als Krankheit anerkannt (SFA, 1999a). Trotzdem sind immer noch viele Menschen skeptisch, ob es sich dabei um eine Krankheit handelt oder nicht (Backmund, 1999b; Naegle, 1994). Die Anonymen Alkoholiker (AA) sprechen von *Alkoholkrankheit* und verwenden den Begriff *AlkoholikerIn*, den sie folgendermassen umschreiben:

Wenn Sie immer wieder mehr trinken, als Sie eigentlich beabsichtigen oder wollen, wenn Sie dadurch in Schwierigkeiten geraten oder wenn Sie wegen des Trinkens an Gedächtnislücken leiden, sind Sie möglicherweise AlkoholikerIn. Diese Frage können letztlich nur Sie selbst beantworten. Niemand bei den Anonymen Alkoholikern wird Ihnen die Entscheidung abnehmen. (AA, 2001a)

Die AA sind der Ansicht, „dass es so etwas wie eine Heilung nicht gibt. Wir können nie wieder normal trinken und unsere Fähigkeit, den Alkohol stehen zu lassen, hängt davon ab, ob wir uns körperlich, seelisch und geistig gesund erhalten“ (AA, 2001a). Wenn es ein alkoholkranker Mensch schafft, keinen Alkohol mehr zu trinken, kommt die Alkoholkrankheit zum Stillstand; dieser Zustand wird *Genesung* genannt (AA, 2001b). Deshalb ist das oberste Ziel der AA Abstinenz. Es wird angenommen, dass alkoholranke Menschen niemals kontrolliert trinken können (AA, 1998). Die Frage, ob alkoholranke Menschen jemals fähig sein können, kontrolliert, das heisst nicht gesundheitsgefährdend Alkohol zu konsumieren, wird in der Lite-

ratur kontrovers diskutiert<sup>4</sup>. Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit leichten oder mittleren Alkoholproblemen zu einem harmlosen Trinkverhalten finden können (Brochu, 1990; Peele, 2000; Riley, 1996; Steffen, Steffen & Nathan, 1982). Menschen, welche die Unterstützung der AA suchen, haben eher schwerere Alkoholprobleme (Snow, Prochaska & Rossi, 1994). Allerdings sind die Begriffe *leichte*, *mittlere* oder *schwere* Alkoholprobleme nicht klar definiert.

Im Folgenden wird der Begriff *alkoholkranker Mensch* verwendet. Für die Literaturübersicht ist die Definition des National Council on Alcoholism and Drug Dependence und der American Society of Addictive Medicine von Bedeutung. Die Rekrutierung von InterviewteilnehmerInnen für die Studie berücksichtigte die Definition der AA: Es muss jeder Mensch die Frage selber beantworten, ob er alkoholkrank ist oder nicht.

## 2.2 Alkoholkrankheit und Pflege: Hindernisse und Unterstützung

Dieses Kapitel zeigt in einer Literaturübersicht, wie Pflegenden im Akutspital mit alkoholkranken Menschen umgehen. Ein erstes Unterkapitel beschreibt Hindernisse, welche alkoholkranken Menschen auf ihrem Weg der Genesung seitens des Pflegepersonals erlebt haben. Das zweite Unterkapitel geht umgekehrt auf die Unterstützung ein. Das dritte Unterkapitel beschreibt Pflegeinterventionen, welche in nicht auf Suchtbehandlung spezialisierten Kliniken durchgeführt werden können.

### 2.2.1 Hindernisse

Welche Hindernisse seitens der Pflege im Akutspital nahmen alkoholkranken Menschen auf ihrem Weg der Genesung von ihrer Alkoholkrankheit war? Neben fehlenden Angeboten nennt die Literatur vor allem eine Antwort: negative Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen. Eine Einstellung definiert Stroebe (1998) als Tendenz oder Neigung, ein bestimmtes Objekt (Mensch oder Sache) eher positiv oder eher negativ zu bewerten. Negative Einstellungen gegenüber substanzmissbrauchenden Menschen, Wissenslücken und mangelhafte klinische Fertigkeiten verhindern frühe Identifikation, Behandlung und Überweisung (Gerace, Hughes & Spunt, 1995). Negative Einstellungen haben einen direkten Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

Welche Faktoren Menschen geholfen haben, ihr Alkoholproblem selbständig, ohne formale Hilfe zu lösen, war Gegenstand von zwei Grounded Theory-Studien der amerikanischen

---

<sup>4</sup> Ein zusammenfassender Literaturüberblick zum Thema *kontrolliertes Trinken* findet sich in Christoffel, Liechti, Meyer, Sieber und Sondheimer (1999) und in Meyer et al. (2000).

Pflegewissenschaftlerin Finfgeld (1998, 1999a). Negative Einstellungen von Professionellen im Gesundheitswesen (healthcare providers) gegenüber alkoholkranken Menschen wurden als Hindernis auf dem Weg der Genesung wahrgenommen.

Die Ergebnisse einer Literaturstudie (Bolliger, 2000) zeigen zwar einen Trend zu eher positiven Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen (Allen, 1993; Bendtsen & Akerlind, 1999; Happel & Taylor, 1999; Rassool, 1993), es herrschen aber noch immer negative Einstellungen vor (Hall, 1994; Riley, 1996). Howard und Chung (2000), welche die Literatur der letzten 30 Jahre (1966-1996) bezüglich Einstellungen von Pflegenden gegenüber psychoaktive Substanzen missbrauchenden Menschen gesichtet haben, bestätigen diesen Trend. Trotzdem würden noch eine grosse Minderheit der Pflegenden psychoaktive Substanzen missbrauchende Menschen als unsittlich, charakterschwach und zur Genesung kaum fähig betrachten. Viele Pflegende übernehmen die gesellschaftlich übliche Sicht gegenüber dem Alkoholkonsum: Akzeptanz des Alkoholkonsums, aber Ablehnung der Person, dessen Alkoholkonsum ausser Kontrolle gerät (Estes & Heinemann, 1986).

Eine Herausforderung des Gesundheitswesen ist, die Einstellungen der verschiedenen Akteure zu ändern um eine verbesserte Versorgung der Patienten anbieten zu können (Swenson-Britt, Carrougher, Martin & Brackley, 2000). Gemäss Harts (1988, zitiert nach Swenson-Britt et al., 2000) Dissertation tragen vor allem Früherkennung und frühzeitige Behandlung alkoholbedingter Probleme zu einer signifikanten Verbesserung der Einstellungen von Pflegenden gegenüber alkoholkranken Menschen bei.

Als Hindernis, bei selbst wahrgenommenen Alkoholproblemen Hilfe zu suchen, werden in verschiedenen Studien folgende Faktoren genannt:

- Stigmatisierung durch Professionelle im Gesundheitswesen (Grant, 1997; Klingemann, 1991). Frauen scheinen dies noch stärker wahrzunehmen als Männer (Copeland, 1997)
- Fehlendes Bewusstsein über das Behandlungsangebot, Informationsmangel (Copeland, 1997; Klingemann, 1991)
- Wahrgenommene Inkompetenz Professioneller im Gesundheitswesen: „They can't teach me more than I know already<sup>5</sup>“ (Klingemann, 1991, S. 740)
- Stolz (Klingemann, 1991).

---

<sup>5</sup> Sie können mir nicht mehr beibringen, als ich eh' schon weiss. (Klingemann, 1991, S. 740, Übers. v. Verf.)

### 2.2.2 Unterstützung

Welche Unterstützung seitens der Pflege im Akutspital nahmen alkoholranke Menschen auf ihrem Weg der Genesung von ihrer Alkoholkrankheit war? Analog dem letzten Unterkapitel – mit umgekehrten Vorzeichen – werden hier vor allem positive Einstellungen, Akzeptanz und Empathie genannt.

Allen (1993) ermittelte in einer Studie die Einstellungen von Pflegenden gegenüber alkoholkranken Menschen in einem Allgemeinkrankenhaus in Illinois (USA). Sie ging davon aus, dass die Pflegenden negative Einstellungen hätten. Ihre Hypothese konnte nicht bestätigt werden; im Gegenteil, die Pflegenden nannten unter anderem folgende Punkte, welche gemäss dem Marcus Alcoholism Questionnaire<sup>6</sup> eine positive Einstellung gegenüber alkoholkranken Menschen repräsentiert: Die Pflegenden glaubten, dass emotionelle und psychologische Schwierigkeiten wichtige Faktoren in der Entstehung von Alkoholismus sind, Kontrollverlust ein Symptom von Alkoholismus ist, jemand nicht ununterbrochen trinken muss, um alkoholkrank zu sein und Alkohol eine Abhängigkeit erzeugende chemische Substanz ist.

Wie gestalten und erleben Pflegende in einem allgemeinen Akutspital in der Schweiz den Umgang mit alkoholkranken Menschen? Dieser Frage ging Bolliger (2001) nach. Überraschendes Ergebnis war, dass die interviewten Pflegenden weit weniger Berührungsängste und Vorurteile haben, als in der Literatur beschrieben wird. Alle InterviewteilnehmerInnen akzeptierten alkoholranke Menschen wie jeden anderen Patienten auch. Sie berichteten, sie hätten keine Mühe, die Alkoholproblematik ihrer Patienten anzusprechen. Dies ist eine wichtige und positiv überraschende Aussage. Im Gegensatz dazu wird in der Literatur erwähnt, dass Pflegende grosse Hemmungen haben, erwachsene Menschen zu einem derart sensiblen Thema zu befragen. Daher würden sie vermeiden, Patienten darauf anzusprechen (Finfgeld, 1999b). Eine andere Studie weist darauf hin, dass die meisten alkoholkranken Menschen es sogar schätzen würden, von Professionellen im Gesundheitswesen auf ihr Alkoholproblem angesprochen zu werden (Kääriäinen, Sillanaukee, Poutanen & Seppä, 2001). Als unterstützenden Faktor nahmen alkoholranke Frauen in Copelands (1997) Studie eine empathische Beziehung war. Copeland (1997) ging der Frage nach, welche Hindernisse alkoholranke Frauen vom Aufsuchen formaler Hilfe abgehalten hat. Die InterviewteilnehmerInnen empfanden es ebenfalls als angemessen, dass Professionelle im Gesundheitswesen sie über Alkohol- und anderen Drogengebrauch befragten.

In den bereits erwähnten Grounded Theory-Studien Finfgelds (1998, 1999a) war ein wesentlicher, durch Pflegende beeinflussbarer Faktor die dauernde Verfügbarkeit von *Informati-*

---

<sup>6</sup> Fragebogen mit Fokus auf Wissen und Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen.

onen bezüglich *Alkoholmissbrauch*. Auch wenn die Informationen nicht zu unmittelbaren Verhaltensänderungen geführt haben, waren sie doch eine wichtige Grundlage für eine spätere Veränderung der Trinkgewohnheiten. Ein Studienteilnehmer meinte dazu: „At the time, no single piece of information made me change. All together, though, a combination of different types of information was helpful. It was good for reference later on“<sup>7</sup> (Finfgeld, 1998, S. 10). Weitere die Genesung unterstützende Faktoren waren *Lebens-Management-Fähigkeiten* (life management skills) wie Prioritäten und Ziele setzen, Kontrolle über das eigene Leben haben und *Selbstvertrauen*. Eine wesentliche Erkenntnis Finfgelds (1998, 1999a) ist, dass die Selbstveränderer in ihren Studien nicht bloss ihr tägliches Leben geändert haben, sondern in sich selbst (re-)investiert haben, um das (wieder) zu erreichen, was sie sein wollten.

### 2.2.3 Mögliche Handlungsfelder für die Pflege

Pflegende stehen im Umgang mit alkoholkranken Menschen in einer in vielerlei Hinsicht besonderen Position: Pflegende übernehmen als Teil der Gesellschaft auch Einstellungen der Gesellschaft, aber sie können sich nicht aussuchen, ob sie ihre Patienten betreuen wollen oder nicht (Allen, 1993). Pflegende sind aufgrund des häufigen Patientenkontakts die professionelle Gruppe mit dem grösstem Potential, Menschen mit drogen- und alkoholbedingten Problemen zu Verhaltens- und Lebensstiländerungen zu ermutigen (Happel & Taylor, 1999). Der längere Kontakt gibt ihnen eine einmalige Gelegenheit, eine enge, pflegerische Beziehung aufzubauen, was die Behandlung verbessern dürfte (Riley, 1996). Pflegende sind oft auch die ersten der Professionellen im Gesundheitswesen, die mit psychoaktive Substanzen missbrauchenden Menschen in Kontakt treten (Rassool, 1993). Pflegende sind somit in einer zentralen Position, die nötige Pflege von Menschen mit alkoholbedingten Problemen zu erkennen und einzuleiten (Gerace, Hughes & Spunt, 1995). Ziele der Pflegeinterventionen sind a) Förderung der Inanspruchnahme weiterer Hilfe beziehungsweise b) direkte Einwirkung auf den Alkoholkonsum (Hapke, 2000).

Die International Nurses Society on Addictions [IntNSA] (1978) betont, dass die Pflege alkoholkranker Menschen die traditionellen Grenzen der Pflege überschreitet; Pflege alkoholkranker Menschen findet in allen Bereichen der Pflege statt, nicht nur in der psychiatrischen Pflege. In einem Grundlagenpapier beschreibt die IntNSA (1978) die Rolle der Pflegenden. Sie unterscheidet fünf Teilgebiete der Pflege alkoholkranker Menschen: a) Direkte Pflege in einem allgemeinen Setting, b) direkte Pflege in einem Alkoholismus-spezifischen Setting, c) Bildung, d) Management und e) Forschung. In der vorliegenden Arbeit steht das allgemeine

---

<sup>7</sup> Zu dieser Zeit veranlasste mich keine einzelne Information dazu, mich zu ändern. Alles zusammen jedoch, eine Kombination von verschiedenartigen Informationen war hilfreich. Es war gut, um später darauf zurückgreifen zu können. (Finfgeld, 1998, S. 10, Übers. v. Verf.)

Setting des (somatischen) Akutspitals im Vordergrund; Beispiele angewandter Forschung werden weiter unten beschrieben. Die IntNSA (1978) führt fünf Kategorien von Pflegeinterventionen auf:

- *Identifizierung von Alkoholproblemen.* Die Pflegenden sollten in jedem Setting jeden Patienten systematisch bezüglich alkoholbedingten Problemen befragen.
- *Kommunikation über das Alkoholproblem.* Die Kommunikation über Alkoholprobleme sollte selbstverständlich und in einer nicht-verurteilenden Weise erfolgen.
- *Aufklärung bezüglich Alkoholgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit*
- *Beratung des alkoholkranken Menschen und seiner Angehörigen*
- *Überweisung an weitere Behandlungsangebote.*

Forschung legt den Schluss nahe, dass bereits das Screening nach Alkoholproblemen einige Menschen dazu motiviert, ihr Alkoholproblem selbst zu lösen (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA] 1993, zitiert nach Finfgeld, 1997). In einer Literaturübersicht bezüglich Kurzinterventionen (Watson, 1999) wurde bei einigen Studien folgender Effekt beobachtet: Auch die Kontrollgruppen, welche keine Behandlung erhielten, reduzierten ihren Alkoholkonsum. Das heisst, das Minimum, was Pflegende leisten können, ist mit ihren Patienten über ihren Alkoholkonsum zu sprechen, wie dies die Pflegenden in Bolligers (2001) Studie tun.

Ein ideales Versorgungskonzept würde gemäss Hapke et al. (1999) ein Routine-Screening aller etwa 18 bis 70jährigen Patienten beinhalten. Es gibt verschiedene, einfach und schnell anzuwendende Fragebögen. Bei positivem Screening-Resultat hätte ein beratendes Gespräch zu erfolgen. Dies könnte durch Angehörige verschiedener Berufsgruppen durchgeführt werden, nachdem sie für diese Beratung geschult wurden. Es wäre denkbar, dass dies Pflegende übernehmen (Hapke, 2000).

In Bolligers (2001) Studie meinte ein Interviewteilnehmer, im Akutspital müsse bezüglich Alkoholkrankheit kein kuratives Ziel verfolgt werden, „weil wir sicher nicht die Welt retten.“ Aber „es wäre viel gemacht, wenn der Patient darüber nachdenken würde, dass er vielleicht das Problem angehen könnte... Wenn er seinen ersten Kontakt hätte, wenn er vielleicht einen Support hätte, sich mit dieser Situation auseinander zu setzen, dann wäre das schon sehr sehr viel für ein Akutspital.“ Unter Anwendung des Transtheoretischen Modells (TTM, Beschreibung des Modells siehe Kapitel 2.3) (Prochaska et al., 1992) könnte der alkoholkranke Mensch dort abgeholt werden, wo er steht. Das heisst, er könnte zum Beispiel mit geeigneter Hilfestellung von der untersten Stufe der Absichtslosigkeit zur nächsten Stufe der Absichtsbildung gebracht werden. Patienten, die bezüglich ihres Alkoholkonsums über ein grösseres Problembewusstsein verfügen, könnten gezielter bei der Planung angepasster Therapiemöglichkeiten unterstützt werden. Zur genaueren Einschätzung der Änderungsbereitschaft eines alkoholkranken Menschen könnte auch der Readiness to Change Questionnaire (RCQ, siehe

Anhang A und Kapitel 2.3.1) angewendet werden. Auch wenn ein alkoholkranker Mensch nicht zur Behandlung seiner Abhängigkeit ins Akutspital eintritt, könnte der Spitalaufenthalt doch einen Anstoss zur Verbesserung seiner Situation geben.

Das *Project Hope* (Swenson-Britt, Carrougher, Martin & Brackley, 2000), im Jahre 1990 am Universitätsspital in San Antonio, Texas (USA) gestartet, hat das Ziel, die Pflege psychoaktive Substanzen missbrauchender Patienten zu verbessern, indem Einstellungen und Wissen verbessert werden. Verschiedene Massnahmen, wie vermehrter Kontakt zu Selbsthilfegruppen, Einführung von Assessment- und Behandlungsinstrumenten und verschiedene Weiterbildungen wurden ein- und durchgeführt. Bisherige Ergebnisse zeigen ein deutlich verbessertes Wissen der Pflegenden bezüglich Substanzmissbrauch, Entzug und Heilungsmöglichkeiten. Bezüglich Einstellungen der Pflegenden konnten allerdings keine signifikanten Änderungen festgestellt werden. Eine Hypothese der Studie, nämlich dass Wissen Einstellungen verändert, konnte nicht bestätigt werden. Es wurden folgende Screening- und Assessment-Instrumente eingeführt: Der CAGE Questionnaire (siehe Anhang B) und die Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA, siehe Anhang D). Der CAGE Questionnaire ist ein Instrument, welches der Entdeckung einer möglichen Alkoholproblematik dient. Bei einem positiven Screening-Resultat erfolgt weitere (ärztliche) Diagnostik. CIWA ist ein Instrument zur Erfassung des Schweregrades einer Alkoholentzugssymptomatik; die Einschätzung nimmt weniger als 2 Minuten in Anspruch<sup>8</sup> (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo & Sellers, 1989a). Es wird so möglich abzuschätzen, ob eine medikamentöse Behandlung oder Alkoholabgabe<sup>9</sup> zur Abwendung gefährlicher Entzugssymptome nötig ist oder nicht. Beide Instrumente sind schnell und unkompliziert handhabbar und sind in einer deutschsprachigen Version erhältlich (Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998; Stuppäck et al., 1995)<sup>10</sup>. In der Schweiz wird jedoch in Akutspitalern in der Regel keines der erwähnten In-

<sup>8</sup> Die Zeitangabe von 2 Minuten bezieht sich auf die neuste Version des CIWA: CIWA-Ar. Auf Deutsch übersetzt und modifiziert wurde die ältere Version der CIWA-Ar, die CIWA-A (Stuppäck et al., 1995). Sie hat sich als reliabel und valide erwiesen. Allerdings wurden redundante Items nicht entfernt, wie dies bei der englischen CIWA-Ar der Fall ist. Dies könnte die klinische Akzeptanz beeinträchtigen, da die Anwendung dieser Skala deutlich mehr als zwei Minuten beansprucht (etwa fünf Minuten).

<sup>9</sup> Gemäss (Craft et al., 1994) ist die Alkoholabgabe bei traumatologischen Patienten der Gabe von Benzodiazepinen überlegen. Die AutorInnen treten allerdings dafür ein, dass nicht prophylaktisch Alkohol per Infusion gegeben wird, sondern erst bei Anzeichen einer beginnenden Alkoholentzugssymptomatik. Solange keine anderen Ursachen für diese Symptome erkennbar seien (Hypoglykämie, Kopfverletzungen, Lungenembolie), sei Alkohol der Gabe von Benzodiazepinen vorzuziehen. Obwohl letztere durchaus wirkungsvoll Alkoholentzugssymptome zu lindern vermögen, haben sie im Gegensatz zu Alkohol wesentliche Nachteile: Atemdepression, erhöhte Pneumonieneigung, Schläfrigkeit. Ein nicht sedierter Patient, der Alkohol nur in einer entzugsverhindernden Dosis erhält, sei viel besser bezüglich seines körperlichen und geistigen Zustands einzuschätzen. Er wird so nach Ansicht der Autoren auch kooperationsfähiger sein.

<sup>10</sup> Die SFA hat ein dem CAGE-Instrument ähnliches Instrument entwickelt, den Swiss Institute for the Prevention of Alcohol and Drug Problems-Test (SIPA-Test), welches sich für die Schweiz besser eigne (Truan, Gmel, François & Janin, 1997). Gemäss Meyer (2001), ist der CAGE Questionnaire eher für Screening-Massnahmen auf Bevölkerungsebene geeignet; für das klinische Setting empfiehlt er den Einsatz des AUDIT (siehe Anhang C). Dieses Instrument ist allerdings etwas ausführlicher als der CAGE Questionnaire; dies könnte die klinische Akzeptanz beeinträchtigen. Hearne, Conolly und Sheehan (2002) erachten deshalb den CAGE als das beste Screening-Instrument für das klinische Setting.

strumente routinemässig verwendet. Meyer (persönl. Mitteilung, 23.11.2001) spricht bezüglich Alkoholentzug von einem unprofessionellen Umgang, der oft in Akutspitälern vorherrsche. Dies lasse sich nur damit erklären, dass bei vielen Professionellen im Gesundheitswesen bezüglich Alkoholkrankheit immer noch das Lasterkonzept vorherrsche. Smith (1998) führte eine qualitative Studie nach einem hermeneutischen-phänomenologischen Ansatz durch. Er untersuchte die erlebte Erfahrung des Leidens von Menschen mit Alkoholproblemen. Die Resultate zeigten, dass das Leiden mehr als nur physische Schmerzen beinhaltet. Die InterviewteilnehmerInnen litten unter ihren Scham- und Schuldgefühlen. Am meisten Angst hatten sie jedoch vor der Erfahrung schwerer Entzugssymptome.

Ein 3-jähriges Projekt in einem städtischen, US-amerikanischen Universitätsspital hatte zum Ziel, das Erkennen und den Umgang mit substanzmissbrauchenden Menschen zu verbessern (Gerace et al., 1995). Dabei konnte das Wissen und das Vertrauen der Pflegenden in ihre Fähigkeiten, substanzmissbrauchende Patienten betreuen zu können, verstärkt werden. Wie beim Project hope konnte keine Verbesserung der Einstellungen der Pflegenden gemessen werden; jedoch stellt der verbesserte Behandlungsoptimismus eine positive Veränderung dar, welche wichtige klinische Bedeutung hat. Der Kern des Projektes bestand in 2-tägigen Workshops, die jährlich durchgeführt wurden. Inhalt der Workshops waren Einstellungen, Wissen und klinische Fertigkeiten bezüglich Prävention, Screening, Kurzintervention und Überweisung (Gerace, Hughes & Spunt, 1995)

Einstellungsveränderungen sind schwierig zu erreichen und zu messen. Es zeigte sich jedoch, dass Verhaltensänderungen bei den Pflegenden durchaus erreicht werden können, auch wenn sich ihre Einstellungen nicht geändert haben (Gerace, Hughes & Spunt, 1995; Swenson-Britt, Carrougner, Martin & Brackley, 2000).

Bei leichten bis mittleren Alkoholproblemen zeigten sich *Kurzinterventionen* als wirkungsvoll (Finfgeld, 1999b; Fleming, Barry & Manwell, 1997; Minicucci, 1994; Watson, 1999). Bei schwereren Alkoholproblemen ist eher eine Zuweisung an Spezialisten nötig. Kurzinterventionen bestehen aus einem kurzen Assessment, Feedback und einer Kurzberatung. Finfgeld (1999b) plädiert dafür, dass solche Kurzinterventionen durch Pflegende durchgeführt werden sollten. Sie schlägt dabei ein Vorgehen anhand des englischen Akronyms FRAMES (beziehungsweise A-FRAMES) vor: Assessment, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy<sup>11</sup> (Siehe Anhang E). Dabei sollen sich die Interventionen an den Stufen der Verhaltensänderung (Prochaska et al., 1992; Keller, Velicer & Prochaska, 1999) orientieren (siehe Kapitel 2.3).

---

<sup>11</sup> Einschätzung, Verantwortung, Ratschlag, Auswahl, Empathie, Selbstwirksamkeit

Übereinstimmend mit Finfgeld (1999b) bemerkt Watson (1999), dass Kurzinterventionen *gerade* durch nicht spezialisierte Pflegende durchgeführt werden könnten. Allerdings erwähnt sie auch, dass bei mangelnder Motivation oder Wissenslücken bei den Pflegenden die Kurzinterventionen ineffektiv sind. Menschen, welche ihre Trinkprobleme ohne formale Hilfe gelöst haben, haben oft gleichzeitig auch andere gesundheitliche Risikoverhalten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder mangelnde Ernährung aufgegeben (Finfgeld, 1997). Kurzinterventionen könnten deshalb in ein grösseres Gesundheitsförderungsprogramm eingebettet werden, um das Stigma beim Betroffenen zu vermeiden, als Problemtrinker etikettiert zu werden.

Finfgeld (1998, 1999a) zeigte, dass ein wesentlicher Faktor für Selbstveränderer das (Re-)Investieren in ihr Selbst (investing and re-investing in self) war. Für die Pflegenden könnte dies bedeuten, alkoholranke Menschen zu empowern<sup>12</sup>, neue Ziele zu setzen und zusammen schauen, ob diese Ziele mit fortwährendem Alkoholkonsum erreichbar sind. Das heisst, nicht die Gesundheit als abstrakte Grösse sollte im Vordergrund stehen, sondern das Leben des betroffenen Menschen. Selbsthilfematerial, insbesondere Broschüren, können zukünftige Selbstveränderer zu einer Verhaltensänderung ermutigen (Finfgeld, 1997).

### 2.3 Theoretischer Rahmen: Das Transtheoretische Modell

Auch bei Menschen, die noch nicht zum Handeln bereit sind, kann ein Veränderungsprozess in Gang gesetzt werden (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1997). Dies zeigt das Transtheoretische Modell (TTM) (Prochaska et al., 1992; Keller et al., 1999). Es vermittelt die Erkenntnis, dass Verhaltensänderung ein Prozess ist, der in verschiedenen Stufen abläuft. In jeder Stufe werden verschiedene Handlungsstrategien verwendet; und dies unabhängig davon, ob die Veränderung mit oder ohne professionelle Hilfe geschieht. Das TTM vereint Hauptinhalte von verschiedenen psychologischen Theorien, die bislang als unvereinbar galten. Prochaska et al. (1992) haben herausgefunden, dass diese Theorien weit mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede haben. Im Vorwort zu Kellers Buch *Motivation zur Verhaltensänderung* (Keller, 1999) meint Prochaska: „Glücklicherweise haben Personen, die ihr Verhalten von selbst verändern, keine ideologischen Scheuklappen“ (S. 7). Die Kernkonstrukte des TTM sind die *Stufen der Verhaltensänderung*<sup>13</sup> (stages of change) und die *Strategien der Verhaltensänderung* (processes of change) (Keller, Velicer & Prochaska, 1999). Die Verhaltensänderung wird in fünf beziehungsweise sechs aufeinander aufbauenden Stufen beschrieben:

<sup>12</sup> Für weitere Informationen zum Konzept des Empowerment siehe zum Beispiel Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung (2001) unter <http://www.gesundheitsfoerderung.ch>

<sup>13</sup> Bei der ersten Verwendung der Begriffe des TTM wird die englische Bezeichnung jeweils in Klammer angegeben, da die deutsche Übersetzung in verschiedenen Publikationen nicht einheitlich erfolgt ist. Im Folgenden werden die deutschen Begriffe verwendet, wie sie Keller (1999) benützt.

1. *Absichtslosigkeit* (precontemplation),
2. *Absichtsbildung* (contemplation),
3. *Vorbereitung* (preparation),
4. *Handlung* (action) und
5. *Aufrechterhaltung* (maintenance); für verschiedene Verhaltensweisen wurde eine
6. *Stabilisierungsstufe* (termination) eingeführt. Man geht davon aus, dass zum Beispiel Zielverhaltensweisen wie „sich gesund ernähren“ keine terminale Stabilisierung zulassen. Bei nicht lebensnotwendigen Genussmitteln wie Zigaretten wird diese Stabilisierungsstufe als möglich erachtet.

Die Unterscheidung der letzten beiden Stufen wurde empirisch noch nicht befriedigend untersucht; oft wird die letzte Stufe weggelassen. Das lineare Durchlaufen der verschiedenen Stufen ist eher Ausnahme denn Regel. Rückfälle auf frühere Stufen sind normal. Doch lernen die Menschen bei jedem Rückfall auch dazu; durch konstruktive Auseinandersetzung mit Misserfolgen können ein nächstes Mal günstigere Strategien zum Erfolg führen. Deshalb sprechen Prochaska et al. (1997) anstatt von Rückfall auch von *Wiedereintritt in den Prozess*. Dies symbolisiert das als Spiralmodell dargestellte TTM (siehe Anhang F). Es gibt weder sofort wirksame Wundermethoden, noch müssen Menschen zeitlebens in einer Endlosschleife verharren zwischen Absichtsbildung bis Handlung und wieder zurück in die Absichtslosigkeit. Für die Einteilung in die Stufen werden einfache Algorithmen verwendet, die für den Bereich Rauchen entwickelt wurden und für andere untersuchte Bereiche leicht abgeändert wurden. So wird jemand, der nicht beabsichtigt, sein gesundheitliches Risikoverhalten in den nächsten 6 Monaten zu verändern, in der Stufe der Absichtslosigkeit eingeteilt. Jemand, der sich ernsthaft überlegt, sein Verhalten in den nächsten 6 Monaten zu ändern, wird der Stufe der Absichtsbildung zugeteilt. Wer bereits in den nächsten 30 Tagen eine Änderung plant, befindet sich in der Stufe der Vorbereitung. Derjenige, der sein Risikoverhalten geändert hat, aber noch keine 6 Monate durchgehalten hat, ist am handeln und wer sein Risikoverhalten vor mehr als 6 Monaten erfolgreich änderte, hat es in die Stufe der Aufrechterhaltung geschafft (Keller et al., 1999).

Die *Strategien der Verhaltensänderung* vereinen verschiedene *kognitiv-affektive Strategien* (experiential processes) und *verhaltensorientierte Strategien* (behavioral processes). Die kognitiv-affektiven Strategien werden eher in den ersten zwei, drei Stufen benützt; die verhaltensorientierten Strategien kommen eher in der zweiten Hälfte des Veränderungsprozesses zum Zug (siehe Anhang G). Folgende Strategien der Verhaltensänderung kommen zum Einsatz:

- *Kognitiv-affektive Strategien*
  - Steigern des Problembewusstseins (consciousness raising)
  - Emotionales Erleben (emotional relief)
  - Neubewertung der persönlichen Umwelt (environmental reevaluation)
  - Selbstneubewertung (self-reevaluation)
  - Wahrnehmung förderlicher Umweltbedingungen (social liberation)
- *Verhaltensorientierte Strategien*
  - Selbstverpflichtung (self-liberation, commitment)
  - Kontrolle der Umwelt (stimulus control)
  - Gegenkonditionierung (counterconditioning)
  - Nutzen hilfreicher Beziehungen (helping relationships)
  - (Selbst-) Verstärkung (reinforcement management, reward) (Keller et al., 1999)<sup>14</sup>.

Die *Stufen der Verhaltensänderung* beschreiben, *wann* eine Veränderung stattfindet; die *Strategien der Verhaltensänderung* beschreiben, *wie* eine Veränderung stattfindet. Die Verbindung der beiden Konzepte Stufen und Strategien der Verhaltensänderung erlaubt, Menschen gezielt in ihrer Stufe zu fördern (Keller et al., 1999).

Neben diesen beiden Konzepten werden im TTM noch drei *Ergebnis-Variablen* beschrieben, die den Prozess der Verhaltensänderung beschreiben:

- Entscheidungsbalance (decisional balance)
- Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy)
- Situative Versuchung (temptation) (Keller et al., 1999).

Die *Entscheidungsbalance* bezeichnet eine subjektiv wahrgenommene Abschätzung der Vor- und Nachteile des eigenen Verhaltens beziehungsweise der Verhaltensänderung. In höheren Stufen der Verhaltensänderung werden die Vorteile der Verhaltensänderung höher gewichtet als in tieferen Stufen. Die *Selbstwirksamkeit* beschreibt die Zuversicht, eine Verhaltensänderung auch unter ungünstigen Bedingungen aufrechterhalten zu können; die *situative Versuchung* stellt das Gegenteil der Selbstwirksamkeitserwartung dar. Die letzten beiden Konstrukte stellen zuverlässige Prädiktoren für einen Rückfall dar (Keller et al., 1999).

Das TTM wurde bisher in verschiedenen Bereichen gesundheitlichen Risikoverhaltens empirisch untersucht und angewendet. Im Kontext der Raucherentwöhnung wurden allein im anglo-amerikanischen Sprachraum über 100 Arbeiten publiziert (Keller et al., 1999). Auf Rauchen basierende Studien waren Ausgangspunkt der Entwicklung des TTM. Weitere Anwendungsbereiche des TTM sind zum Beispiel: Körperliche Aktivität, Gewichtsreduktion und Alkoholabusus (Keller, 1998).

---

<sup>14</sup> Aus Platzgründen muss hier auf eine ausführlichere Beschreibung der verschiedenen Strategien der Verhaltensänderung verzichtet werden. Eine zusammenfassende Beschreibung der Strategien findet sich zum Beispiel in Kellers (1998) Dissertation im Internet unter <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z1998/0303/>.

### 2.3.1 Anwendung des Transtheoretischen Modells bei Alkoholproblemen

Das TTM wurde im Bereich der Alkoholproblematik durch verschiedene Studien empirisch unterstützt und wird in der Prävention (Primär- und Sekundärprävention) in verschiedenen Settings verwendet.

In der Literatur werden für die Behandlung von alkoholkranker Menschen problematische Verhaltensweisen beschrieben: Leugnung des Problems, Widerstand und unterschiedliche Motivation für eine Verhaltensänderung (DiClemente & Hughes, 1990). Dabei wird die Veränderungsbereitschaft als dichotomes Phänomen angenommen, das entweder vorhanden ist oder nicht. Das TTM zeigt deutlich, dass die Realität etwas komplexer ist und dass beispielsweise Motivation alleine nicht reicht für eine Verhaltensänderung (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer & John, 2000). Bezüglich der Leugnung muss an dieser Stelle auch festgehalten werden, dass dies vermutlich im Zusammenhang mit konkret erlebter oder auch nur befürchteter Stigmatisierung durch die soziale Umwelt stehen dürfte (Hapke, 2000).

Eine Reihe von Studien konnte die Gültigkeit und die Nützlichkeit des TTM beim Verstehen des Veränderungsprozesses bei Menschen, die von ihren alkoholbedingten Problemen genesen sind, bestätigen (DiClemente & Hughes, 1990; Klingemann, 1991, 1992; Murphy, 1993; Murphy & Hoffman, 1993; Snow, Prochaska & Rossi, 1994). Die AutorInnen legen jeweils ihr Gewicht auf andere Aspekte des TTM. So wurden Veränderungsprozesse von alkohol- und heroinabhängigen Selbstveränderern untersucht (Klingemann, 1991, 1992) oder Versuche unternommen, das TTM weiter zu entwickeln (Murphy, 1993; Murphy & Hoffman, 1993). Murphy (1993) und Murphy und Hoffman (1993) schlagen nach zwei Studien, welche die Copingstrategien von abstinenten alkoholkranken Menschen untersuchten, eine Erweiterung des TTM um eine Ausdifferenzierung der Stufe der Aufrechterhaltung vor:

- Symptomstabilisierung
- Distanzierung des Selbst von alkoholkranken Verhalten
- Normalisierung des Lebensprozesses.

Die aktuellste Version des TTM (Keller, Velicer & Prochaska, 1999) übernimmt diese Vorschläge allerdings nicht. Tucker, Vuchinich und Gladsjo (1994) zeigten bezüglich Alkoholproblemen insbesondere, dass die Strategien, die zu einer Verhaltensänderung motivieren sich von denjenigen unterscheiden, die zur Beibehaltung der Verhaltensänderung beitragen.

Andere Studien (DiClemente & Hughes, 1990; Rollnick, Heather, Gold & Hall, 1992, zitiert nach Hapke, 2000) führten zu einem Messinstrument, das sich für die Anwendung in der Forschung, aber auch gut für das Assessment in klinischen Settings eignet: Der Readiness to Change Questionnaire (RCQ, siehe Anhang A), einem Einschätzungsinstrument für die Änderungsbereitschaft des alkoholkranken Menschen. DiClemente und Hughes (1990) identi-

fizierten und klassifizierten in ihrer Studie mit alkoholkranken Menschen, die in einem ambulanten Programm waren, die Stufen der Verhaltensänderung. Das dabei verwendete Messinstrument (University of Rhode Island Change Assessment Scale [URICA]) erwies sich als valide und reliabel. In jüngerer Forschung wurde die URICA zum Readiness to Change Questionnaire (RCQ) weiterentwickelt (Rollnick, Heather, Gold & Hall, 1992, zitiert nach Hapke, 2000). Für genesene Patienten eignet sich der Fragebogen allerdings nicht, da er keine Items für die Stufe der Aufrechterhaltung enthält.

Public Health-Programme wie die aktuelle „Alles im Griff“-Kampagne in der Schweiz verwenden das TTM als theoretischen Hintergrund. Das Präventionsprogramm zielt darauf ab, absichtslose Risikokonsumenten zur Absichtsbildung zu bewegen und motivierte Menschen von der Absichtsbildung in die Vorbereitungsphase zu bringen (Müller, Klingemann & Gmel, 1999).

Bei der Sekundärprävention muss aktiv auf die Zielgruppe zugegangen werden. Mit gezielten Screeningmassnahmen können auch Menschen erreicht werden, die sich in tiefen Stufen der Änderungsbereitschaft befinden und noch keine schweren Folgeprobleme aufweisen (Hapke, Rumpf, Schumann & John, 1999). Eine Studie, die in Lübeck Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts durchgeführt wurde, untersucht die Unterschiede der Änderungsbereitschaft bei Alkoholabhängigen im Akutspital und in der Allgemeinbevölkerung (Rumpf, Hapke, Meyer & John, 1999). Dabei zeigte sich, dass die alkoholabhängigen Patienten im Spital zu 5.9 % in der Stufe der Absichtslosigkeit waren, 50.8 % in der Stufe der Absichtsbildung und immerhin 43.2 % wurden der Stufe der Handlung zugerechnet. In der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung zeigte sich ein anderes Bild: Absichtslos waren 26 %, ernsthaft eine Änderung in den nächsten 6 Monaten erwägten 58 % und am Handeln waren 16 %. Diese Zahlen belegen eine deutlich erhöhte Änderungsbereitschaft im Spital. Ungeachtet möglicher Gründe dieser Unterschiede weisen diese Zahlen auf die wichtige Bedeutung des Settings Spital für sekundärpräventive Massnahmen hin.

### **2.3.2 Das Transtheoretische Modell und die Anonymen Alkoholiker**

Snow, Prochaska und Rossi (1994) untersuchten erstmals, wie sich die Änderungsstrategien von alkoholkranken Menschen, die mit Unterstützung der AA genesen sind von denjenigen unterscheiden, die das Ziel der Abstinenz ohne formale Hilfe erreicht haben. Die Autoren konnten zeigen, dass sich die beiden Gruppen nicht grundsätzlich unterschieden. Selbstveränderer nehmen etwas mehr Gebrauch von kognitiven Strategien, derweil AAs deutlich mehr

verhaltensorientierte Strategien anwenden. Der Unterschied kann damit erklärt werden, dass die AA betonen, dass es lebenslanger Anstrengung bedarf und dass eine Heilung nicht möglich sei (AA, 2001a). Weiter konnte festgestellt werden, dass AAs im Vergleich zu Selbstveränderern etwas schwerere Alkoholprobleme hatten. Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer und John (2000) kommen zum gleichen Ergebnis. Die Veränderungsprozesse von Selbstveränderern und AAs können beide mit dem TTM erklärt werden; Unterschiede zwischen beiden Gruppen sind klein. Wie bei Snow et al. (1994) wendeten AAs mehr verhaltensorientierte Massnahmen an. Sie informierten mehr Freunde über ihre (früheren) Alkoholprobleme und suchten mehr soziale Unterstützung. Dies könnte damit zusammenhängen, dass es den AAs wichtig ist, zu akzeptieren, dass sie Alkoholiker sind (AA, 1998). Selbstveränderer möchten im Gegensatz dazu das Etikett „Alkoholiker“ nach ihrer Genesung eher vermeiden.

Im TTM wird die Stufe der Aufrechterhaltung als aktive Phase verstanden. Das Zielverhalten wird durch die in der Handlungsphase angewendeten Strategien weiter verfestigt. Je nach Verhaltensbereich kann diese Stufe den Rest des Lebens umfassen (Keller, Velicer & Prochaska, 1999). In diesem Sinne argumentieren die AA (2001a; 2001b): Sie gehen davon aus, dass ein alkoholkranker Mensch niemals geheilt werden kann, aber durch eine angepasste Lebensführung mit seinem Problem gesund weiterleben kann.

## 2.4 Synthese

Es wurden diverse Studien durchgeführt, die herausgearbeitet haben, welche unterstützenden (Copeland, 1997; Finfgeld, 1998, 1999a; Kääriäinen et al., 2001) beziehungsweise hindernden Faktoren (Finfgeld, 1998, 1999a; Gerace et al., 1995, Grant, 1997; Klingemann, 1991) auf ihrem Weg der Genesung alkoholranke Menschen wahrgenommen haben. Die Antworten bleiben aber in der Regel auf einer recht abstrakten Ebene stehen: So wurden als unterstützende Faktoren hauptsächlich positive Einstellungen der Pflegenden gegenüber alkoholkranken Menschen beziehungsweise Akzeptanz oder Empathie genannt. Als Hindernisse wurden dementsprechend hauptsächlich negative Einstellungen der Pflegenden gegenüber alkoholkranken Menschen genannt. Daneben wird als Unterstützung die dauernde Verfügbarkeit von Informationen bezüglich Alkoholmissbrauch erwähnt. Allerdings ist dabei nicht klar, welche Informationen vermittelt werden sollen. Als weitere Hindernisse können vor allem Wissenslücken auf Seiten der Pflegenden und der Betroffenen vermutet werden. Ob diese Vermutung für die Pflege in der Schweiz zutrifft, ist nicht bekannt. Die Beantwortung dieser Frage hat jedoch anderswo zu erfolgen. Andere Studien zeigten, dass Selbstveränderer und Menschen, welche mit Hilfe von Selbsthilfegruppen wie den AA genesen sind von der selben Unterstützung profitiert haben (Bischof et al., 2000; Snow, et. al., 1994).

Es sind hauptsächlich in den USA, aber auch in Deutschland bereits einige Erfolg versprechende Interventionen durch Pflegende im Setting des Akutspitals durchgeführt worden (Fingeld, 1999b; Fleming et al., 1997; Gerace et al., 1995; Hapke et al., 1999; Swenson-Britt et al., 2000; Watson, 1999). Einige valide, reliable und anwendungsfreundliche Instrumente für Forschung und klinischen Einsatz wurden entwickelt (CAGE, AUDIT, CIWA, RCQ, A-FRAMES und andere). Es wird in der Schweiz jedoch in Akutspitälern in der Regel keines dieser Instrumente routinemässig verwendet. Die erwähnten Studien weisen deutlich darauf hin, dass gerade im Akutspital Verbesserungen der Betreuung und Behandlung alkoholkranker Menschen möglich sind. Nichts spricht nach Ansicht des Verfassers dagegen, dass Pflegende in Zukunft einige dieser Instrumente auf ihre Anwendbarkeit prüfen und angepasst übernehmen. In einer Studie hatten alkoholranke Menschen am meisten Angst vor der Erfahrung schwerer Entzugssymptome (Smith, 1998). Diese Aussage allein sollte Rechtfertigung genug sein für einen professionelleren Umgang mit der Entzugsproblematik, das heisst zum Beispiel, in der Praxis bereits bewährte Instrumente anzuwenden.

Kurzinterventionen gäben den Pflegenden eine Gelegenheit, direkt therapeutisch auf den Alkoholkonsum einiger Patienten einzuwirken. Selbstverständlich müssten die Pflegenden vorher für diese Aufgabe geschult werden. Wenn auch nicht explizit, so zumindest implizit besteht durch die Funktion 4 (SRK, 1992, zitiert nach Juchli, 1997) ein Auftrag an die Pflege, sekundärpräventive Massnahmen bei alkoholkranken Menschen durchzuführen. Nur am Rande sei hier bemerkt, dass bei anderen Krankheiten mit manifesten Symptomen auch nicht auf eine Behandlung verzichtet wird, nur weil ein Patient nicht aus diesem Grund ins Spital eingetreten ist. Natürlich wäre bei der Einführung neuer Massnahmen ein interdisziplinäres Vorgehen nötig, da verschiedene Berufsgruppen im Behandlungsprozess involviert sind.

Von dem Wissen aus der Literatur liessen sich in der Schweiz einzuführende Pflegeinterventionen ableiten. Jedoch ist über die subjektive Sicht alkoholkranker Menschen noch zu wenig bekannt. Aufgrund der durchgeführten Studien ist noch nicht ganz geklärt, welche Pflegeinterventionen alkoholkranken Menschen konkret geholfen haben beziehungsweise, was sie von Seiten der Pflegenden auf ihrem Weg der Genesung behindert hat. Vor der Einführung neuer Pflegeinterventionen sollten die subjektiven Einschätzungen betroffener Menschen zur Kenntnis genommen werden.

### 3 METHODOLOGIE

#### 3.1 Design

Die Forschungsfragen wurden mit einem qualitativen Forschungsdesign, nach dem Ansatz der Grounded Theory verfolgt (Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996). Der Grounded-Theory-Ansatz eignet sich besonders für das Erforschen der sozialen Wirklichkeit, so, wie sie die InterviewteilnehmerInnen erleben (Maanen, 1998). Mit der Grounded Theory können Interaktionen, Verhaltensweisen, Erlebnisse und Wahrnehmungen der InterviewteilnehmerInnen erforscht werden (Holloway & Wheeler, 1998). Der Ansatz der Grounded Theory hat ihren Ursprung in der *Theorie des Symbolischen Interaktionismus* (Haller, 2000). Diese Theorie geht von einem reflektierenden, bewusst handelnden und seine Umgebung gestaltenden Individuum aus. Das Individuum verhält sich und handelt basierend darauf, wie es spezifische Symbole in seinem Leben interpretiert oder ihnen Sinn verleiht (Streubert & Carpenter, 1995).

Ziel der Methode der Grounded Theory ist, eine gegenstandsverankerte Theorie zu entwickeln (Strauss & Corbin, 1996). Dabei sollte eine Kernkategorie als essentielles Element der Theorie im Mittelpunkt stehen. Gemäss Strauss (1998) hat die Kernkategorie folgende essentiellen Eigenschaften:

1. Sie erscheint regelmässig in den Daten.
2. Sie verbindet verschiedene Daten miteinander.
3. Weil sie zentral ist, erklärt sie Vieles der Variation in den Daten.
4. Sie hat Auswirkungen auf eine generelle oder formale Theorie.
5. Die Theorie bewegt sich in dem Masse vorwärts, wie die Kernkategorie detailreicher wird.
6. Sie erlaubt ein Maximum an Variationen und Analysen.

Wie unter *Grenzen der Studie* bereits ausgeführt wurde, konnte dieses Ziel der Theoriebildung wegen den gegebenen Rahmenbedingungen nur angestrebt, nicht aber ganz erreicht werden.

#### 3.2 Zielgruppe / Sample

Die Auswahl der InterviewteilnehmerInnen erfolgte zweckgebunden (Holloway & Wheeler, 1998). Gesucht wurden circa 6 Personen. Auswahlkriterien waren, dass sie

- regelmässig an Meetings der Anonymen Alkoholiker der deutschsprachigen Schweiz teilnehmen oder teilgenommen haben,

- Deutsch beziehungsweise Schweizer Mundart sprechen und verstehen<sup>15</sup>,
- seit mindestens sechs Monaten keinen Alkohol mehr trinken,
- mindestens ein mal im Akutspital waren, während sie noch Alkohol getrunken haben und
- freiwillige Bereitschaft zu Interviews zeigen.

Die Rekrutierung von InterviewteilnehmerInnen für die Studie berücksichtigte die Definition der AA: Es musste jeder Mensch die Frage selber beantworten, ob er alkoholkrank ist beziehungsweise war oder nicht. Durch den retrospektiven Charakter dieser Studie schien für die vorliegende Fragestellung die Anwendung „harter“ Diagnosekriterien wie diejenigen des ICD-10 oder DSM-IV nicht angebracht.

Es meldeten sich 12 Personen, davon erfüllten 7 alle Einschlusskriterien. Es nahmen 2 Frauen und 5 Männer an den Interviews teil. Sie waren zwischen 33 und 60 Jahre alt (Mittelwert = Arithmetisches Mittel [AM] = 48 Jahre) und lebten seit 1 bis 23 Jahren abstinent (AM = 10 Jahre). In einer ähnlichen Grössenordnung wie die Abstinenzdauer besuchten sie bisher AA-Meetings: 1 bis 26 Jahre (AM = 11 Jahre). Bevor sie abstinent wurden, waren die InterviewteilnehmerInnen zwischen 5 und 37 Jahre alkoholabhängig (AM = 16 Jahre). Bis auf einen waren alle InterviewteilnehmerInnen zum Zeitpunkt der Interviews berufstätig: ein pensionierter Maler, ein Informatik-Supporter, eine Hotelfachfrau, ein Treuhänder, eine Drogistin und zwei Sozialpädagogen.

### 3.3 Setting

Der Forschende hat mit der AA per E-Mail Kontakt aufgenommen. Er hat an einem offenen Meeting einer AA-Gruppe in der Deutschschweiz teilgenommen. Kontakte zu potentiellen InterviewteilnehmerInnen wurden ihm durch eine Kontaktperson zur AA vermittelt. Die Interviews fanden an Orten statt, die die InterviewteilnehmerInnen vorgeschlagen haben: 3 Interviews wurden bei den InterviewteilnehmerInnen zu Hause geführt, die restlichen 4 fanden in einem ruhigen Nebenraum eines Restaurants oder am Arbeitsplatz der InterviewteilnehmerInnen statt. Alle Interviews konnten in einer ruhigen, ungestörten Atmosphäre geführt werden.

---

<sup>15</sup> Dies ist auch in der Deutschschweiz kein überflüssiges Kriterium; denn bei den AA sind auch Menschen willkommen, welche die jeweilige Sprache der regionalen AA-Gruppe nicht verstehen (ein AA, persönliche Mitteilung, 1.09.2001).

### 3.4 Datensammlung

Der Forschungsplan sah vor, mit den InterviewteilnehmerInnen ein bis maximal drei halbstrukturierte Interviews zu führen (siehe Anhang H). Dieses Vorgehen hat gegenüber einem strukturierten Fragebogen den Vorteil, dass einerseits die benötigten Informationen erhoben werden können, andererseits aber den InterviewteilnehmerInnen weitgehende Freiheiten in ihren Antworten gelassen werden (Morse & Field, 1998). Dies ist wichtig, da die subjektive Sicht der InterviewteilnehmerInnen im Vordergrund steht.

Die Methode der Grounded Theory lässt die Analyse unterschiedlicher Daten zu (Strauss, 1998). Es wäre denkbar, die vorliegende Fragestellung mittels teilnehmender Beobachtung zu untersuchen. Dieses Vorgehen würde aber Jahre dauern, da die betroffenen Menschen von ihrer Krankheitszeit bis zur Genesung beobachtet werden müssten. Interviews hingegen erlauben, in relativ kurzer Zeit, viele Informationen zu sammeln.

Aufgrund des engen Zeitrahmens dieser Untersuchung konnten die InterviewteilnehmerInnen nur einmal befragt werden; es wurden 7 Interviews geführt. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 80 Minuten (AM = 50 Minuten) und wurden auf MiniDisc aufgezeichnet.

Die Transkription der Interviews erfolgte in Standardorthographie, das heisst, sie orientierte sich weitgehend an den Normen der geschriebenen Sprache (Kowal & O'Connell, 2000). Dies erschien am sinnvollsten, da ohnehin eine Übersetzung vom Schweizerdeutschen in die Schriftsprache zu erfolgen hatte. Einzelne mundartliche Ausdrücke wurden belassen. Die Interviews wurden von einer erfahrenen Sekretärin transkribiert. Sie wurde über die Transkriptionsregeln von Interviews instruiert und verpflichtete sich zur Diskretion. Die Interviewaufnahmen wurden danach durch den Autor nochmals abgehört und die Transkripte bei Bedarf korrigiert.

### 3.5 Datenanalyse

Datensammlung und Datenanalyse, induktives und deduktives Denken wechselten sich laufend ab. Die Transkripte der Interviews wurden gemäss der Methode der Grounded Theory analysiert, wie sie Strauss (1998) und Strauss und Corbin (1996) beschreiben. Dies sind die Schritte des *offenen*, des *axialen* und des *selektiven Kodierens*. In der praktischen Analyse finden diese Schritte teilweise gleichzeitig statt, zum besseren Verständnis werden sie hier nacheinander dargestellt. Sich ergebende Kategorien wurden bei der Analyse weiter differenziert.

Bei allen Kodiertypen wurden zwei grundlegende analytische Verfahren verwendet: das *Anstellen von Vergleichen* und das *Stellen von Fragen*. Beide Verfahren sollen einer Grounded Theory Präzision und Spezifität verleihen. Beim ersten Schritt des *offenen Kodierens*,

dem Konzeptualisieren, wurden Fragen gestellt wie: Was ist das? Was repräsentiert es? Ähnliche Phänomene (Konzepte) erhielten denselben Namen. Zunächst wurden die ersten drei Interviews Zeile für Zeile offen kodiert. Dabei entstanden 428 konzeptuelle Bezeichnungen. Diese wurden bezüglich Ähnlichkeiten und Unterschieden verglichen und gruppiert. Dabei verringerte sich die Menge der noch vorläufigen Kategorien auf 137. Gemäss Strauss und Corbin (1996) werden durch diese Vergleiche die Kategorien entdeckt. Mit Hilfe dieses so entstandenen Kategorienschemas wurden die ersten sechs Interviews kodiert. Um eine Gewichtung der von den InterviewteilnehmerInnen genannten Themen vorzunehmen, wurden die vorläufigen Kategorien bezüglich Vorkommen in den einzelnen Interviews sortiert (Anhang J). Weiter wurden die vorläufigen Kategorien neu gruppiert. Dabei entstanden 11 immer noch vorläufige Kategorien mit ihren vorläufigen Subkategorien (Anhang K). Die so gebildeten Kategorien sind abstrakter als die ihnen zugrunde liegenden Konzepte. Diese Kategorien wurden weiter entwickelt, indem deren Eigenschaften und Dimensionen beschrieben wurden. Anhang M zeigt dies am Beispiel der Kernkategorie. Mittels *axialem Kodieren* wurden die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Subkategorien untersucht. Dies geschah durch die Anwendung des paradigmatischen Modells. Dieses Instrument ermöglicht Verknüpfungen von Kategorien durch einen Satz von Beziehungen, die auf ursächliche Bedingungen, Phänomene, Kontext, intervenierende Bedingungen, Handlungs- und interaktionale Strategien und Konsequenzen verweisen. Bei der Beschreibung der Kernkategorie (Kapitel 4.1.1) wird dies deutlich. Durch *selektives Kodieren* sollen Erkenntnislücken gezielt gefüllt beziehungsweise die Kategorien aufgefüllt werden. Beim selektiven Kodieren geht es um die Integration der Konzepte, der „letzte Sprung zwischen dem Erstellen einer Liste von Konzepten und dem Produzieren einer Theorie“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 95). Diese Integration wurde auf einer höheren abstrakten Ebene als das axiale Kodieren durchgeführt. Bei diesem Schritt wurden die Daten der ersten 6 Interviews erneut analysiert und ein weiteres Interview geführt. Im Wesentlichen ging es in diesem Analyseschritt um die Entwicklung der Kernkategorie und um das Offenlegen des roten Fadens der Geschichte, die im Kapitel 4.2 *Theoretische Integration* erzählt wird. Dabei änderte sich die Zusammensetzung der einzelnen Kategorien leicht, die Anzahl der Kategorien reduzierte sich von 11 auf 7. Die Konzepte (Subkategorien) der aufgehobenen Kategorien wurden mittels zwei Techniken verarbeitet: Integrieren in definitive Kategorien und Ignorieren von Konzepten, die mit der Fragestellung nicht direkt zusammenhängen. Anhang L zeigt das Vorkommen der endgültigen Kategorien in den ersten 6 Interviews.

Die Auswertung der Interviews erfolgte mit Hilfe der QDA-Software ATLAS.ti Version 4.2 (Muhr, 1997-2002). QDA-Software (Qualitative Data Analysis Software) oder CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software) wird im deutschen Sprachraum mit *computergestützter Analyse qualitativer Daten* oder *computergestützte qualitative Datenanalyse* übersetzt (Kuckartz, 1999). Diese Begriffe bergen allerdings die Gefahr des Missver-

ständnisses in sich, QDA-Software könne qualitative Daten analysieren. Die eigentliche Analyse geschieht nach wie vor durch die Forscherin oder den Forscher selber; die Software stellt „lediglich“ leistungsfähige Werkzeuge zur Strukturierung und Organisation von Textdaten zur Verfügung (Kelle, 2000). Eine Besonderheit von ATLAS.ti ist die Netzwerkstruktur der Codes (Kuckartz, 1999). ATLAS.ti bietet die Möglichkeit der Integration von Sound-Files: So konnte jederzeit während der Analyse auf die Original-Interviews zurückgegriffen werden.

### 3.6 Ethische Überlegungen

Die Teilnahme war freiwillig. Es wurde eine schriftliche Einverständniserklärung (siehe Anhang I) eingeholt. Die InterviewteilnehmerInnen konnten jederzeit ihr Einverständnis widerrufen, das heisst, sich aus dem Interview oder der Studie zurückziehen. Die Daten wurden anonymisiert, indem die Namen der InterviewteilnehmerInnen auf den Transkripten durch Nummern ersetzt wurden und die MiniDiscs nicht mit Namen beschriftet wurden. Die Daten wurden unter Verschluss gehalten, ausser sie befanden sich im Analyseprozess. Listen mit Namen und Nummern der InterviewteilnehmerInnen wurden getrennt von den Aufzeichnungen aufbewahrt (Holloway & Wheeler, 1998).

Interviews können starke Emotionen der InterviewteilnehmerInnen wachrufen (Sorrell & Redmond, 1995); dies kann für sie sehr belastend sein. Folgende Strategien konnten mögliche unangenehme Folgen der Interviews minimieren:

- Vor den Interviews wurde mit den InterviewteilnehmerInnen telefonisch Kontakt aufgenommen; dabei wurde ausdrücklich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen, mit dem Ziel, dass sich niemand zur Teilnahme verpflichtet fühlte.
- Die InterviewteilnehmerInnen hatten vorgängig die Visitenkarte des Forschenden erhalten. Dadurch konnten sie bei Fragen den Forscher jederzeit erreichen.

Die InterviewteilnehmerInnen sagten spontan zu und erzählten bereitwillig über ihre Spital- und Pflegeerfahrungen. Diese Strategien hätten bei Bedarf angewendet werden können:

- Das Interview hätte nötigenfalls unter- oder abgebrochen oder verlängert werden können (McCosker, Barnard & Gerber, 2001).
- Der Forschende wusste bei Bedarf über weitergehende Angebote Bescheid (Adressen und Telefonnummern von Suchtberatungsstellen und Notfallpsychiater; Termine AA-Meetings in der Region, Kontakte zur AA).

### 3.7 Gütekriterien

Guba und Lincoln (1985, zitiert nach Holloway & Wheeler, 1998) nennen vier alternative Strategien, um die Vertrauenswürdigkeit und den Entscheidungspfad qualitativer Forschung zu beurteilen: *Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Verlässlichkeit und Belegbarkeit*.

Zur Erhöhung der *Glaubwürdigkeit* schlagen Guba und Lincoln (1985, zitiert nach Holloway & Wheeler, 1998) folgende Massnahmen vor: *Prolongierte Beteiligung, persistente Beobachtung, Triangulation, Befragung von KollegInnen und Kontrolle durch ForschungsteilnehmerInnen*. Die Grounded Theory wird diesen Kriterien gerecht, indem die Datenerhebung, -analyse und -dokumentation erst abgeschlossen ist, wenn die Kategorien gesättigt sind, das heisst bezüglich der gebildeten Kategorien keine weiteren relevanten Daten mehr gefunden werden können (Strauss & Corbin, 1996). Wie unter *Grenzen der Studie* bereits erläutert wurde, konnte in dieser Untersuchung keine Sättigung erreicht werden. Um die Glaubwürdigkeit der aus den Daten entstehenden Kategorien zu erhöhen, wurde das erste Interview unabhängig vom Forschenden von einer Kollegin offen kodiert und bezüglich Übereinstimmungen verglichen. Der weitere Analyseprozess wurde fortlaufend mit Studienkolleginnen diskutiert. Mit dem 7. Interviewteilnehmer wurden die Kategorien und deren graphische Darstellung besprochen. Im Wesentlichen konnte er den Hauptideen aus seiner Sicht zustimmen. Auf Triangulation wurde in vorliegendem Projekt verzichtet.

*Übertragbarkeit*: Die LeserInnen sollen selber entscheiden, inwieweit die Ergebnisse übertragbar sind. Dies wird in dem Masse möglich sein, wie sie betroffene Menschen und Praktiker im untersuchten Bereich als verständlich und sinnvoll erachten (Strauss & Corbin, 1996). Zur Erleichterung dieser Entscheidung hat der Forschende den Entscheidungspfad in der Datenanalyse dargelegt (Guba & Lincoln, 1985, zitiert nach Holloway & Wheeler, 1998).

*Verlässlichkeit und Belegbarkeit*: Gemäss der Methode der Grounded Theory wird der Forschungsprozess in verschiedenen sogenannten Memos detailliert dokumentiert; die Memos sollen Ergebnisse der Datenanalyse, und auch Einstellungen, Meinungen und Entscheidungsprozesse des Forschers nachvollziehbar darstellen (Haller, 2000). Die Forschungsergebnisse sollen empirisch verankert sein, das heisst, die Konzepte müssen aus den Daten hervorgehen (Strauss & Corbin, 1996). Mit Hilfe von ATLAS.ti (Muhr, 1997-2002) konnte der Analyseprozess lückenlos dokumentiert werden.

## 4 RESULTATE

In diesem Kapitel werden zuerst die einzelnen Kategorien beschrieben (4.1 *Beschreibung der Kategorien*). Danach werden die Kategorien auf einer höheren abstrakten Ebene miteinander verbunden (4.2 *Theoretische Integration der Resultate*).

Eine einfache Beantwortung der Frage, welche Faktoren unterstützend oder hindernd auf dem Weg der Genesung waren, kann nicht gegeben werden. Auf die direkte Frage nach Hindernissen oder Unterstützung waren die Antworten fast durchwegs kurz und identisch: „*Nein, konkret nichts.*“<sup>16</sup> Die Datenanalyse gab einige Hinweise, was als unterstützend oder hindernd erlebt wurde. Dies wird bei den jeweiligen Kategorien beschrieben.

### 4.1 Beschreibung der Kategorien

#### 4.1.1 Kernkategorie: Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen

Die Kernkategorie *Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen* wird exemplarisch anhand des paradigmatischen Modells (Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996) beschrieben. Diese Kategorie dreht sich vorwiegend um die Frage, ob die Alkoholproblematik im Akutspital von den alkoholkranken Menschen als vorhandenes und ernst genommenes Thema wahrgenommen wurde oder nicht. Abbildung 1 zeigt die verschiedenen Subkategorien der Kernkategorie; alle Subkategorien zusammen machen die Kernkategorie aus. Den InterviewteilnehmerInnen wurden die Hauptfragen gestellt, wie sie die Pflege im Akutspital erlebt haben und welche Unterstützung und Hindernisse sie auf ihrem Weg der Genesung von ihrer Alkoholkrankheit wahrgenommen haben; dementsprechend sind die Pflegenden die Hauptakteure der Kernkategorie. Allerdings handeln die Pflegenden hier aus der subjektiv wahrgenommenen Sicht ehemaliger Patienten. Als ursächliche Bedingungen der Kernkategorie wurden die Subkategorien *Sensibilisierung des Pflegepersonals bezüglich Alkoholproblematik* und *Fachwissen bezüglich Alkoholismus* identifiziert. Den Kontext bilden die Subkategorien *Hinweise bezüglich Alkoholmissbrauch* und die *Vertrauensbasis* zwischen Patient und Pflegenden. Als intervenierende Bedingung für die Thematisierung der Alkoholproblematik im Akutspital kommt die Frage hinzu, ob dies ein *Auftrag* im Akutspital ist (beziehungsweise als solcher wahrgenommen wird) oder nicht. Alkoholspezifische *Information an den Patienten* stellt die Handlungsstrategie dar und das *Ansprechen der Alkoholproblematik* ist die Interaktionsstrategie. Die Subkategorie, welche die Konsequenzen der Kernkategorie beschreibt, wurde *Umgang mit den Informationen* genannt: Dieser Umgang reicht von *annehmen können der*

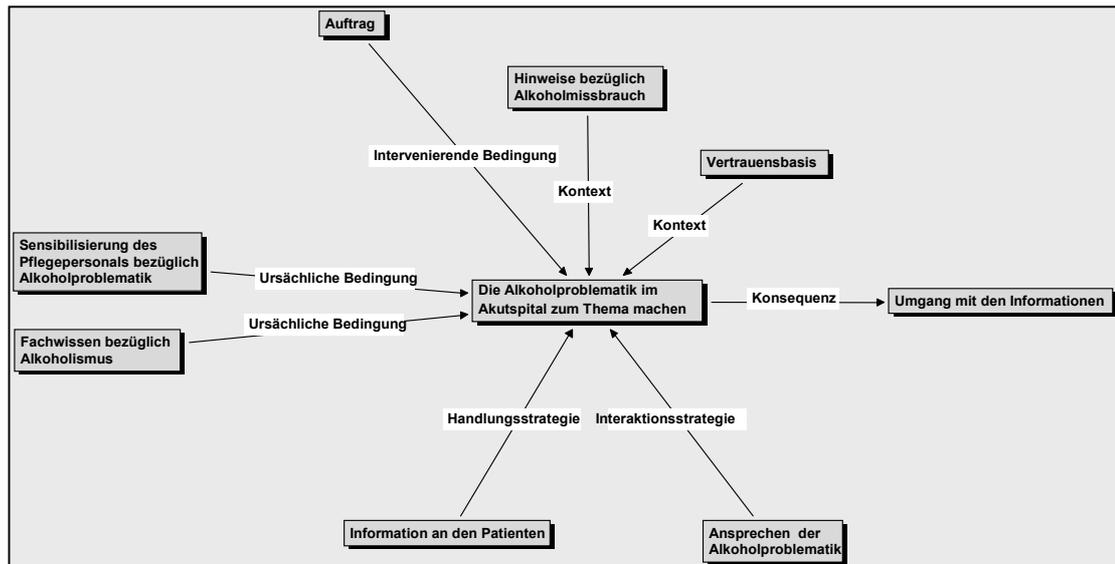
---

<sup>16</sup> Die Aussagen der InterviewteilnehmerInnen wurden direkt in den Text eingefügt und in Kursivschrift hervorgehoben. Damit sollte ein näherer Bezug zu den theoretischen Ausführungen erreicht werden.

Information über teilweise annehmen können der Information bis zum Abblocken des Patienten<sup>17</sup>.

Abbildung 1

Kernkategorie Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen: Darstellung anhand des paradigmatischen Modells nach Strauss und Corbin (1996)



### ***Sensibilisierung des Pflegepersonals bezüglich Alkoholproblematik***

Die Pflegenden sollten bezüglich der Alkoholproblematik der Patienten im Akutspital sensibilisiert sein; dies zeigte die Datenanalyse. Bei der Sensibilität geht es nicht in erster Linie um konkretes Fachwissen; vielmehr ist mit Sensibilisierung das Gefühl und das Bewusstsein der Pflegenden um die Wichtigkeit der Alkoholproblematik im Akutspital angesprochen. Diese Sensibilität ist neben dem entsprechenden Fachwissen eine wichtige Voraussetzung für die Pflegenden, um die Alkoholproblematik im Akutspital ansprechen zu können. Ein Interviewteilnehmer drückt dies so aus: „*Ich könnte mir vorstellen, dass wenn das Pflegepersonal auf das Thema sensibilisiert ist, dass es vielleicht etwas bringen kann.*“ Ein anderer: „*Für mich ist wichtig, dass das Personal sensibilisiert ist darauf, und natürlich auch die Ärzte.*“

<sup>17</sup> Dimensionalisierungen der vorhergehenden Subkategorien siehe Tabelle 8 im Anhang M: Eigenschaften und Dimensionen der Kernkategorie: Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen.

### ***Fachwissen des Pflegepersonals bezüglich Alkoholismus***

Die Pflegenden sollten ein ausreichendes Fachwissen bezüglich Alkoholismus vorweisen können; darauf weist die Analyse der Daten deutlich hin. Sonst macht es wenig Sinn, die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema zu machen. Das Fachwissen wird von einigen InterviewteilnehmerInnen als nicht oder kaum vorhanden wahrgenommen. Ein Interviewteilnehmer bemerkt: *„Aber sie sind nicht ausgebildet gewesen. Ich hätte wahrscheinlich bei der einen oder anderen,nehm' ich jetzt mal von vornweg an, oder ist es mal aus irgend einer Bemerkung raus anzunehmen gewesen, dass sie es selber auch nicht verstanden haben, oder, was Alkoholismus überhaupt ist.“*

Das Fachwissen wird von anderen Interviewteilnehmerinnen als gegeben erwartet. Ein Interviewteilnehmer hat zwar *„das Gefühl, dass die Leute wissen, was Alkoholismus ist...“*, vermutet aber dass sie *„gar nicht die Kompetenz“* für allfällige Interventionen hätten.

Eine Interviewteilnehmerin erwartet von den Pflegenden ein besseres Fachwissen bezüglich Alkoholismus. Sie antwortet auf die Frage, ob sie Vorstellungen hätte, was die Pflege ihrer Ansicht nach konkret machen sollte: *„Nein, für das gibt es Fachpersonal, dafür bin nicht ich zuständig.“* Weiter sagt sie: *„Aber ich habe nicht das Gefühl gehabt, dass die Leute effektiv ein gutes Wissen haben über das Problem... Also ich muss ehrlich sagen, ich habe manchmal das Gefühl gehabt, die haben keine Ahnung, was das ist. Die Ärzte auch nicht.“* Diese Interviewteilnehmerin war wegen ihren Alkoholproblemen in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert.

Die InterviewteilnehmerInnen deuten darauf hin, dass nicht nur Pflegende Defizite in ihrem Fachwissen aufweisen; auch Ärzte hätten diesbezüglich grosse Mängel. Eine Interviewteilnehmerin ist bezüglich des Fachwissens der Ärzte *„davon überzeugt, dass ganz viele Ärzte überhaupt nicht wissen, was Alkoholismus eigentlich ist. Also ich stosse immer wieder darauf, ich habe mit anderen Ärzten die Erfahrung gemacht, obwohl ich gesagt habe, ich bin Alkoholiker. Ich habe mal beim Zahnarzt die Erfahrung gemacht und ich hab's ihm gesagt, wegen den Medikamenten und allem und dann hat er irgendwann zu mir gesagt: ‚So, dann können sie ja zwischendurch mal ein Glas Wein trinken, das desinfiziert ja auch‘ und so. Ja, das war ja das Denken, das ich hatte! Aber ups, hat mich dann grad so, musste ich grad schlucken. Wie kann der mir so was erzählen! Aber dann: Der weiss es einfach nicht.“* Dieselbe Interviewteilnehmerin hat, nachdem sie mit Trinken aufgehört hat, in einem Spital positivere Erfahrungen gemacht: *„Da ist das, ja von den Ärzten her und von der Pflege her... und wahrscheinlich auch weil, vielleicht wussten sie auch mehr über Alkohol.“*

### ***Hinweise bezüglich Alkoholmissbrauch***

Die Pflegenden müssen auch über *Hinweise bezüglich Alkoholmissbrauch* der Patienten verfügen: Sei dies durch Informationen aus schriftlichen Unterlagen, durch Informationen des Patienten selber oder durch Beobachtungen der Pflegenden.

Bei der Aufnahme hat ein Interviewteilnehmer „*vehement probiert... zu sagen, wie viel ich trinke. Ich habe dann gesagt, ich trinke viel und dann hat der Arzt gesagt: ‚Ja, ja, machen wir ja alle mal zu viel‘ und so habe ich gedacht, ja nein, ich trinke wirklich, ich trinke zu viel.*“ Beim weiteren Spitalaufenthalt hat der Interviewteilnehmer seine Alkoholprobleme nicht mehr angesprochen, obwohl er „*irgendwie so überzeugt gewesen [ist], dass das [Hospitalisationsgrund] vom Alkohol auch sein könnte.*“ Er wurde auch nicht mehr danach gefragt. Als wichtig erachtet dieser Interviewteilnehmer, dass seine Informationen ernst genommen werden, wenn er sie schon erzählt: „*Extrem wichtig wäre mir, ich könnte davon ausgehen, wenn ich sage, ich habe ein Alkoholproblem, und ich bin Alkoholiker, dass die wissen, was das heisst. Also das ist wie wenn ich... zum Automech' gehe und sage: mir ist der Keilriemen gerissen, dann tschäggt der, das gehört dort hin.*“ Die meisten InterviewteilnehmerInnen haben das Thema jedoch nicht von sich aus angeschnitten.

Auch bei offensichtlichen Hinweisen auf eine bestehende Alkoholproblematik wurde nichts unternommen. Eine Interviewteilnehmerin ist nach einem Velounfall „*eingeliefert worden und das ist morgens um 7 gewesen und ich habe nachts wirklich böse zugehauen und ich muss also eine Megafahne gehabt haben, und ich weiss auch, der Unfall ist verursacht worden, weil ich noch unter Alkohol stand vom Abend vorher.*“

Oft fehlen den Pflegenden solche Hinweise bezüglich Alkoholmissbrauch der Patienten, da alkoholranke Menschen nicht als solche auffallen müssen: „*Ich bin nicht aufgefallen irgendwie, eben als Alkoholiker aufgefallen*“, meinte ein Interviewteilnehmer. Viele Patienten möchten aus Scham auch nicht als alkoholranke Menschen auffallen. Ein geplanter Spitalaufenthalt ermöglicht eine gewisse Vorbereitung. Ein Interviewteilnehmer hat seinen Alkoholkonsum im Vorfeld des Spitaleintritts sukzessive abgebaut; dann ist er „*natürlich schon putzt und gstrählet einmarschiert, also [lacht] nicht mit einer Fahne gegen den Wind, oder.*“

### ***Vertrauensbasis***

Eine *Vertrauensbasis* zwischen Patient und Pflegenden ist wichtig, wenn die Alkoholproblematik im Akutspital thematisiert werden soll. Eine Interviewteilnehmerin denkt, das Ansprechen der Alkoholproblematik „*braucht trotz allem und gerade im Spital wahnsinnig viel Feingefühl, ich glaube, das kann nicht jeder.*“ Weiter relativiert sie, „*also jetzt nicht, dass man... stundenlang bei jemandem am Bett sitzt, aber ja dass man vielleicht ein Vertrauensverhältnis schafft.*“ Oder mit den Worten eines anderen Interviewteilnehmers: „*Dass sich doch ein gewisses Vertrauensverhältnis bildet zwischen dem Pflegepersonal und dem Patien-*

ten.“ Beim Vertrauen ins Pflegepersonal können auch Alter und Lebenserfahrung eine Rolle spielen: *„Was wollen die mir..., die 20jährigen, so kaum zur Schule raus und trocken hinter den Ohren, Entschuldigung [lacht], was wollen die mir über das Leben sagen... Vielleicht täusche ich mich, schon möglich.“* Ein Interviewteilnehmer glaubt allerdings, dass bei fehlender Kontinuität keine Vertrauensbasis hergestellt werden kann, die gleichen Pflegenden seien viel zu wenig lange da. Er würde eher von *Vertrauen in die Fachkompetenz* sprechen; er hat *„wirklich den Leuten vertraut..., dass sie ihren Job gut machen. Aber eine Vertrauensbasis, um mich zu öffnen, das ist nicht möglich.“*

### **Auftrag**

Ist die Thematisierung der Alkoholproblematik im Akutspital überhaupt ein *Auftrag*? Beziehungsweise wird sie als Auftrag des Akutspitals oder der Pflegenden vom Patienten wahrgenommen? Diese Frage stellt sich vor allem dann, wenn der Patient nicht ausdrücklich wegen seiner Alkoholkrankheit hospitalisiert wurde. Dies ist bei der Mehrzahl der InterviewteilnehmerInnen in der vorliegenden Studie der Fall.

Nicht alle InterviewteilnehmerInnen erwarteten, dass während eines Spitalaufenthalts bezüglich ihrer Alkoholproblematik etwas unternommen wird. *„Weil es so klar gewesen ist, dass es [Alkoholproblem] nichts mit... dem Fuss zu tun hatte, da habe ich irgendwie Hemmungen gehabt, mit irgend etwas zu kommen, das gar nichts mit dem zu tun hat. Was will ich jetzt denen noch von meiner Sauferei erzählen, wenn sie wissen wollen, was mit meinem Bein ist.“* Deutlicher drückt dies eine andere Interviewteilnehmerin aus: *„Die sind einfach nur darauf eingegangen, also was, was ist jetzt das Hauptproblem? Es geht um Brüche, also... und alles andere geht so weit nach hinten, dass das übersehen wird, oder nicht ernst genommen wird.“* Und weiter: *„Ja, ich weiss ja nicht, wie die Ausbildungen sind, habe das Gefühl, jeder macht so seinen Part, ,ich habe jetzt dies zu machen, habe das zu machen', und der Rest ist: ,Débrouillez-vous. Das ist dann eure Sache. Geht mich nichts an'“.*

Es wird aber dafür plädiert, dass das Akutspital durchaus einen Auftrag wahrzunehmen hätte: *„Mein Wunsch wäre schon, dass das Pflegepersonal und Ärzte einfach wissen... dass ich Probleme habe, dass ich mir eben sicher sein kann, die schauen darauf und haben Sorge, denken nicht: ,Ja das Saufen, das können wir noch nachher schauen, jetzt müssen wir zuerst mal da das Zeug flicken und basteln oder was er sonst hat. Für das Alkoholproblem, für das haben wir dann die Psychi' oder so, und das will ich nicht.“*

### **Information an den Patienten**

Als Handlungsstrategie konnte die Subkategorie *Information an den Patienten* bezüglich Alkoholkrankheit oder weitergehenden Angeboten identifiziert werden. Die Information ist eine einseitige Handlung seitens der Pflegenden und kann verschiedene Formen annehmen: mündliche Informationen oder schriftliche Informationen, an einzelnen Patienten direkt oder anonym an Gruppen von Patienten gerichtet. Die Informationen wurden (theoretisch) umfassend, (effektiv) wenig oder gar nicht vermittelt. Die Informationen betreffen Alkoholmissbrauch, Alkoholkrankheit und deren Folgen und weitergehende Behandlungsangebote; zudem sollte über Selbsthilfegruppen informiert sowie entsprechende Kontakte vermittelt werden.

Verschiedene Aussagen belegen einen Informationsbedarf seitens der Patienten: *„Ich hatte dort immer noch das Gefühl, ich sei kein Alkoholiker. Also das hat mir dort niemand ganz klar und deutlich gesagt: ‚Alkohol ist Gift für Sie... das müssen Sie unterlassen.‘“* Oder *„dass man vielleicht gesagt hätte, anhand von denen und denen Fakten haben Sie ein Alkoholproblem.“* Dieselbe Interviewteilnehmerin, welche wegen ihrer Alkoholkrankheit in psychiatrischer Behandlung war, weiter: *„Ich hätte einfach mehr erwartet, dass man mehr über diese Problematik redet. Dass Alkohol eine Sucht oder eine Krankheit ist... und wohin das führen kann. Das habe ich dazumal nicht gewusst. Dass man mehr aufklären würde. Man könnte auch sagen, anhand von den Symptomen ist das Problem wirklich vorhanden. Und nicht einfach so in den Tag hinein leben! Ich hatte das Gefühl, ich verlöfle meine Zeit dort oben. Klar hätte ich sie da [zu dieser Zeit] zu Hause auch verlöffelt, aber dort ist es mir einfach sinnlos vorgekommen.“* Ein Interviewteilnehmer, der von der Polizei in eine psychiatrische Klinik eingeliefert wurde erzählt, ihm sei *„auch nie etwas bekannt gewesen, sonst wäre es wohl von mir aus gekommen, dass ich das [Entzug] will.“*

Nicht nur ein Bedarf, auch ein Bedürfnis nach Informationen haben die InterviewteilnehmerInnen bekundet: *„Das fände ich gut. Man kann ihn ja dann hinterher alleine lassen, also er muss es selbst entscheiden.“* *„Infomaterial zum Beispiel, das sollte mehr vorhanden sein, wenn da was gewesen wäre, das hätte ich sicher gelesen, Zeit hatte man ja genug.“*

Teilweise wurde knapp bezüglich weitergehenden Angeboten informiert: *„Man hat vielleicht am Morgen gesagt, vielleicht sollte... ich eine Kur machen, aber sonst“* wurden kaum Informationen vermittelt.

Als sinnvoll erachtet wird, über Selbsthilfegruppen zu informieren, *„weil oftmals ist es ja so, dass die Patienten auch nicht wissen, dass es solche Möglichkeiten gibt... dass es Selbsthilfegruppen gibt und und was die machen... wie sie es machen.“* *„Ja einfach, dass man dort... die Patienten darauf aufmerksam macht, dass es eine AA gibt, vielleicht noch ein wenig Informationen oder Broschüren verteilen, ein Meetingplan, wo die Meetings stattfinden, das wäre noch gut, wenn das aufliegen würde. Ja, dass ich mich vielleicht im Spital schon orientieren könnte, was mache ich nachher.“* Selbsthilfegruppen werden geschätzt, weil *„da*

*muss ich mich nicht vor einem Arzt offenbaren... Ich denke, in der Gruppe fällt so was immer leichter. Vor allem sieht man ja andere, die das gleiche Problem haben, und da ist das eigene Problem irgendwo schon gar nicht mehr soo.... Da verliert das irgendwie so an Heftigkeit... Die Möglichkeiten sollten unbedingt bestehen und zwar egal, in welchem Spital und weswegen man eingeliefert wird. Einfach, dass Möglichkeiten bestehen, so was öffentlich zu sehen, dass so was ausgehängt wird.“ Über Selbsthilfegruppen wie die AA wurde manchmal informiert, oder es fanden Informationsveranstaltungen der AA statt. Dies allerdings nur in psychiatrischen Kliniken: „Die AA ging ja jede Woche informieren.“*

### ***Ansprechen der Alkoholproblematik***

Abgrenzend beziehungsweise ergänzend zur Handlung kann als Interaktionsstrategie das *Ansprechen der Alkoholproblematik* gesehen werden. Dabei ist es wichtig, die Privatsphäre des Patienten zu gewährleisten. Das Ansprechen geschah (theoretisch) mehrmals, (effektiv) selten oder nie. Die Initiative für ein solches Gespräch kann von den Pflegenden oder vom Patienten ausgehen.

Eine typische Aussage bezüglich Ansprechen der Alkoholproblematik war: *„Aber sie sind nicht auf das Problem eingegangen.“* In der Regel haben weder die Patienten - *„ich hab's nicht angesprochen“* – noch die Pflegenden die Alkoholproblematik angesprochen: *„Aber schon nie die direkte Ansprache von einem Arzt oder vom Pflegepersonal auf das Thema... man hat nicht viel geredet dort oben... Die Pfleger kommen und ein bisschen Smalltalk, aber... nicht ein Gespräch oder so, das nicht.“* *„Ich habe nicht das Gefühl, dass die Leute gerne auf einen zugehen und das Thema anschneiden.“* *„Von der Betreuung her habe ich das Gefühl, man hätte mehr machen können... über das Problem richtig reden, das konnte man nicht.“* Selbst ein Interviewteilnehmer, der explizit wegen seinen Alkoholproblemen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde, bemerkte, man sei *„nicht auf das Problem eingegangen dort.“*

Trotz deutlicher Hinweise bezüglich Alkoholmissbrauch wurde dies nicht angesprochen: *„Obwohl ich immer noch volltrunken ins Spital gekommen bin. Aber da ist keine Rückreaktion gekommen.“* Ganz anders hat es diese Interviewteilnehmerin in einem anderen Spital erlebt, nachdem sie aufgehört hatte zu trinken: *„Da habe ich drei Monate nicht mehr getrunken und da habe ich's von vornherein gleich gesagt, da ist man auf mich eingegangen.“*

Ein Interviewteilnehmer überlegte sich, seine Alkoholprobleme anzusprechen: *„Ich habe schon immer im Hinterkopf gehabt, das zu erzählen mit dem Saufen, aber habe es dann schon für mich behalten, weil es nicht angesprochen worden [ist]. Ich habe ja schon ein wenig gehofft, es könnte jetzt jemand kommen: ‚Trinken Sie Alkohol?‘, ich habe schon irgendwie gespürt, das wäre jetzt noch, aber selber habe ich nicht kommen wollen damit.“* Er hätte es begrüßt, auf seine Alkoholprobleme angesprochen zu werden, er hat es auch beim Eintritt ver-

sucht, dieses Thema von sich aus anzusprechen, wurde aber nicht ernst genommen. Er hat gehofft, man würde ihm sagen: *„He, Sie saufen zu viel!“, also jetzt naiv gesagt: „Aha, Sie trinken viel Alkohol aha, das ist wegen dem, da ist die Lösung.“, so. Und so war es ja dann nicht.*“ Möglicherweise erwarten die Pflegenden, dass der Patient seine Probleme selber anspricht, einen expliziten Auftrag formuliert: *„Das ist das Problem des Patienten, wenn er das Problem damit hat, wenn er das ansprechen will, dann soll er’s selber ansprechen.“*

Obwohl es zur Zeit ihres Spitalaufenthalts nicht alle gewünscht hätten, auf ihr Alkoholproblem angesprochen zu werden, plädieren heute alle InterviewteilnehmerInnen dafür, dies zu versuchen: *„Würde ich das schon, auch wenn es nichts zu tun hat mit dem, ist egal, aber ich würde das irgendwie schon aufnehmen, weil das ja nichts Gesundes ist... würde ich das schon soweit ernst nehmen, auch wenn es im Moment nichts zu tun hat mit der Situation, wo ich dort gewesen bin.“* *„Wenn... das Pflegepersonal weiss, es könnte das Problem bestehen, könnte man ihn ja darauf ansprechen.“* Deutlicher eine andere Interviewteilnehmerin: *„Aber einfach das Thema ansprechen, finde ich wirklich das Wichtigste.“* Ein anderer Interviewteilnehmer: *„Aber die meisten Alkoholiker, für die ist dann das Gespräch über den Alkohol tabu, weil sie ja davon überzeugt sind, dass sie normal trinken. Und dass sie es im Griff haben. Also mir ist das so gegangen und ich sehe das auch bei Kollegen, die ich noch in der Selbsthilfegruppe kenne, dass es den meisten ähnlich gegangen ist. Also man will nicht, in dem Moment, wenn man in der Phase ist, will man nicht darauf angesprochen werden. Weil ja auch die Schuldgefühle schon kommen, man weiss es im Unterbewusstsein und man hat doch das Gefühl oder man übertüncht das eigentlich, dass man sagt: ‚Ich sehe eigentlich keine Veranlassung, über das zu reden, ich habe es schon im Griff. Ich weiss schon, wie viel ich kann und wie viel nicht.‘ Also von dem her gesehen, glaube ich, dass ich zum damaligen Zeitpunkt eher negativ reagiert hätte, wenn man es angesprochen hätte.“* Trotzdem würde auch dieser Interviewteilnehmer versuchen, wenn *„sich ein gewisses Vertrauensverhältnis bildet zwischen dem Pflegepersonal und dem Patienten“*, die Alkoholproblematik zum Thema zu machen, weil *„ich hätte vielleicht die Warnung im Unterbewusstsein... irgendwo mal das Rotlicht aufzeigt. Das bleibt Ihnen dann schon haften.“*

Auf jeden Fall sollte bei einem allfälligen Ansprechen die Privatsphäre des Patienten gewahrt werden: *„Also, ohne dass ich... mich gerade jetzt outen muss“*, wenn noch fremde Leute im Patientenzimmer sind.

### ***Umgang mit den Informationen***

Als Konsequenzen des Informierens und Ansprechens resultieren verschiedene Reaktionen seitens des Patienten. Der Patient kann die Informationen vollständig, teilweise oder momentan nicht annehmen. Das hat unter anderem mit der Art und Weise zu tun, wie und unter welchen Umständen die Handlungen und Interaktionen durchgeführt werden. Auch ausblei-

bendes Informieren und Ansprechen kann Folgen haben. Als weitergehende Konsequenzen der ganzen Kategorie kann ein Einfluss auf den Genesungsprozess stattfinden. Dieser Einfluss wird im Kapitel 4.2 *Theoretische Integration der Resultate* näher beschrieben.

Die Alkoholproblematik wurde bei den verschiedenen Spitalaufenthalten in der Regel weder von den InterviewteilnehmerInnen noch vom Spitalpersonal thematisiert. Deshalb bleiben die Konsequenzen zum Teil hypothetisch: *„Ob es mir etwas geholfen hätte, das weiss ich heute nicht, aber, das meinte ich, das hätte schon ein wenig anders sein müssen“*, fordert ein Interviewteilnehmer. Für eine Interviewteilnehmerin ist es auch eine Frage des Feingefühls der Pflegenden, *„sonst kommt wieder diese Abblockreaktion.“*

Einige InterviewteilnehmerInnen hätten zur Zeit ihres Spitalaufenthalts die Informationen zumindest vordergründig nicht annehmen können oder das Gespräch ganz verweigert: *„Ich hätte es versucht zu verniedlichen, indem ich gesagt hätte: ‚Mit dem habe ich überhaupt keine Probleme, ich weiss nicht, wovon Sie reden.‘ Also ich glaube, ich hätte sowohl Ärzte wie auch Pflegepersonal abblockt. Ich hätte nicht mit mir reden lassen, ich glaube es nicht.“* Aber er *„hätte vielleicht das Informationsmaterial angeschaut. Ich hätte möglicherweise auch da zum damaligen Zeitpunkt gesagt, das ist nicht für mich, so schlimm bin ich nicht, weil“* er sich selber noch nicht ganz eingestehen konnte, dass er alkoholkrank war. Der selbe Interviewteilnehmer weiter: *„Ich glaube, das ist sehr sehr schwierig in dem Stadium, wo man es nicht wahrhaben will, dass man da etwas annimmt, sei es im Gespräch oder schriftlich.“* Dennoch: *„Dass man die Sachen dann doch anschaut, ist mir klar.“* Und: *„Mit der heutigen Erfahrung würde ich sagen, wenn es nichts nützt, sind wir gleich weit. Wenn es was nützt, hat man vielleicht jemanden von dieser Krankheit - und es ist wirklich eine Krankheit - abbringen können. Oder die Krankheit zum Stillstand bringen.“* Auch wenn die Informationen oder Bemühungen um ein Gespräch zunächst auf Ablehnung stossen, kann *„die Warnung im Unterbewusstsein... ihnen dann schon haften“* bleiben. *„Vielleicht, wenn so eine Sensibilisierung anlässlich eines Spitalaufenthalts im Moment nichts nützt, weil der Alkoholiker abblockt, kann es vielleicht im Unterbewusstsein schon auch ein Mosaiksteinchen dazu sein, das dann schlussendlich hilft. Aber ich glaube, aus meiner Warte darf man nicht einen sofortigen Erfolg erwarten, also man kann nicht sagen, wenn ich jetzt den darauf anspreche, ist der so sensibilisiert, dass der zum Spital rausgeht und kein Glas mehr anrührt. Also ich glaube, das wäre jetzt ein Trugschluss. Aber zu sagen, ist es ein Mosaikstein? Das würde ich meinen, das könnte der Fall sein“* Ein weiterer Interviewteilnehmer vergleicht wiederholt gegebene Informationen mit einem Samen, *„der gesät ist, der irgendwie unter Umständen plötzlich aufgeht. Das habe ich oft festgestellt. Eben von Fachleuten, die etwas sagen, oder fragen: ‚Ist ein Problem da?‘ Und ich habe es verneint. Aber es war da oben. Es war eingepflanzt. Und irgendwann, viele solche Sachen haben dazu geführt, dass man anfängt, darüber nachzudenken.“*

Gleichgültig, welche Reaktionen das Pflegepersonal erwarten sollte, „*das würde ich auf jeden Fall probieren. Man muss auch damit rechnen, dass das dann nicht angenommen wird, das ist klar. Es gibt in jedem Beruf Niederlagen, mit denen man umgehen muss. Und bei den einen geht es vielleicht und beim andern eben nicht. Also das Ansprechen ganz klar. Ganz klar. Dass man einen nicht zu fest darf verbiebäbeln und hätschelen. Das bringt es gar nicht.*“ Wichtig ist dabei allerdings, „*dass man es sicher richtig in einem normalen Ton sagt, aber nicht auf jemandem rumhacken. Wenn es der Alkoholiker noch nicht eingesehen hat, dann nützt das alles nichts. Denn meistens geht es ja einfach auch lange, bis er es einsieht, denn es ist ja niemand gerne Alkoholiker. Niemand hat wahrscheinlich das Ziel, das zu werden oder zu schauen, wie lange es geht, bis man es wird oder ob man es dann wirklich ist.*“

Keine Informationen sind auch Informationen. Und als solche können sie ungeahnte oder unbeabsichtigte Wirkung entfalten: „*Ich habe oft gedacht, merken die denn das nicht, warum sagt niemand etwas? Und dann hatte ich wieder das Gefühl, ja, es ist ja gar nicht so schlimm. Es hat ja niemand etwas gesagt.*“

#### 4.1.2 Genesungsprozess

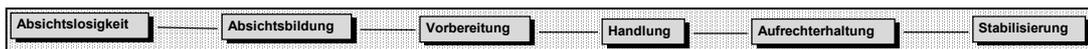
Der ganze *Genesungsprozess* dauert oft Jahre, er bezieht sich nicht nur auf den Spitalaufenthalt. Es werden aber hauptsächlich Zitate genannt, die auf eine Zeit während eines Spitalaufenthalts verweisen, da diese Zeit im Vordergrund der vorliegenden Untersuchung lag. Die InterviewteilnehmerInnen wurden nicht explizit bezüglich Phasen ihrer Krankheit beziehungsweise ihres Genesungsprozesses gefragt. Dennoch verweisen einzelne Zitate der InterviewteilnehmerInnen deutlich auf die verschiedenen Stufen und Strategien der Verhaltensänderung des transtheoretischen Modells (Keller et al., 1999). Gemäss Strauss und Corbin (1996) ist es in der Grounded Theory zulässig, bereits bestehende Konzepte aus der Literatur zu verwenden, wenn diese in den Daten bestätigt werden können. Bei einzelnen InterviewteilnehmerInnen spielte noch ein *persönlicher Tief-* oder *Wendepunkt* eine Rolle in ihrem Genesungsprozess; dieses Konzept wird im transtheoretischen Modell nicht beschrieben. Die Zitate werden in dieser Übersicht nach den Stufen der Verhaltensänderung geordnet, der *persönliche Tief(st)-* oder *Wendepunkt* wird anschliessend beschrieben. Stellvertretend für die Arbeit, welche die InterviewteilnehmerInnen während ihrem Genesungsprozess leisten mussten, werden am Schluss dieser Kategorie einzelne Strategien der Verhaltensänderung aufgeführt. Der ganze Genesungsprozess kann hier nur ansatzweise beschrieben werden, da der Fokus der Untersuchung auf Zeiten eines Spitalaufenthalts lag. Aus diesem Grund stehen hauptsächlich die ersten drei Stufen im Vordergrund: Absichtslosigkeit, Absichtsbildung und Vorbereitung. Die restlichen Stufen (Handlung, Aufrechterhaltung und Stabilisierung) und die einzelnen Strate-

gien werden hier nur ansatzweise beschrieben. Abbildung 2 stellt eine vereinfachte Darstellung des transtheoretischen Modells dar.

Für die verschiedenen Wege, Verläufe von Krankheit und Genesungsprozess steht stellvertretend folgendes Zitat: *„Die Karrieren ähneln sich und sind doch total verschieden.“* Sowohl der Krankheitsverlauf wie der Genesungsprozess verlaufen in Phasen: *„Also das ist so die Schlussphase, wobei meine Endphase ist sehr lange gewesen. Es gibt natürlich auch Alkoholiker, die sagen: ‚Jetzt höre ich auf‘ und dann können sie aufhören. Von einem Tag auf den anderen. Und es gibt solche, die eine Rückfallphase haben, die Monate, ja Jahre dauern kann, wie es bei mir der Fall ist... Das sind ... 4 1/2 Jahre, in denen ich immer wieder zwischendurch Abstürze gehabt habe. Das ist nicht für alle gleich easy oder gleich schwierig.“*

Abbildung 2

Kategorie Genesungsprozess: Darstellung anhand des Transtheoretischen Modells



**Absichtslosigkeit**

Verschiedene Aussagen der InterviewteilnehmerInnen können der Stufe der Absichtslosigkeit zugeordnet werden. Der (noch) fehlenden Änderungsabsicht liegen hauptsächlich mangelndes Problem- beziehungsweise Risikobewusstsein oder mangelnder Informationsstand zugrunde. *„Alkoholiker sind für mich Penner gewesen, die unter der Brücke schlafen, oder so, aber ich für mich habe das nicht gewusst. Ich habe nur gewusst, ich trinke extrem viel und habe das nicht mehr so im Griff“*

*„Ich habe auch noch nicht gewusst, dass ich Alkoholiker bin, dass ich trinken muss. Ich habe einfach früher immer gesoffen, nicht gewusst dass ich muss.“* Eine Interviewteilnehmerin sagte: *„Ich habe... nicht gewusst, dass ich krank bin in der Hinsicht.“* Eine andere Interviewteilnehmerin führte aus: *„Ich hatte dort [in einer psychiatrischen Klinik] immer noch das Gefühl, ich sei kein Alkoholiker.... Ich bin auch nachher wieder nach Hause und habe wieder weiter getrunken. Ich habe auch das Gefühl gehabt, ich hätte nicht so lange [getrunken] und das wäre nicht so schlimm und nicht so viel, wie ich sonst schon gehört habe, habe auch immer gemeint, ich könnte dann einmal wieder normal trinken.“* Sie habe, fährt sie fort, *„lange auch immer das Gefühl gehabt, ich sei völlig normal und nahm es nicht so tragisch, ist ja nicht so schlimm.“*

Es wird auch versucht, Hinweise auf das eigene Risikoverhalten auszublenden. Eine Interviewteilnehmerin hätte sich bei einem Spitalaufenthalt nicht gewünscht, auf ihre Alkohol-

probleme angesprochen zu werden. Sie *„wollte ja nicht aufhören zu trinken. Sämtliche Situationen, die es gegeben hat, sämtliche Diskussionen, die ich gehört hatte im Fernsehen, wenn ich jemanden gesehen habe, der vor mir auf der Strasse vorbeigelaufen ist, entweder habe ich da gesagt: ‚Ja guck dir den an, der ist ja besoffen‘ oder ich habe das Thema gewechselt und mir war das dermassen peinlich, weil logisch ich musste da schon irgendwo da hinten gewusst haben, dass ich ein Problem mit Alkohol habe, aber ich habe immer versucht, dem aus dem Weg zu gehen. Wie es ... nur möglich war. Ja logisch dann auch im Spital.“*

Nicht alle alkoholkranken Menschen sind sich bewusst, dass sie ein Problem haben. So ist es ihnen auch unmöglich, etwas dagegen zu unternehmen. Ein Interviewteilnehmer beschreibt das Bewusst-Werden der eigenen Alkoholprobleme als Prozess: *„Das Eingeständnis, dass man effektiv Alkoholiker ist, dass man mit der Droge nicht umgehen kann: Das ist ein Reifeprozess.... Jeder muss das selber merken, ist er, ist er nicht, kann er es zugeben, kann er es akzeptieren. Und das ist ein ganz harter Reifeprozess.“*

### **Absichtsbildung**

In der Stufe der Absichtsbildung beginnen sich die alkoholkranken Menschen mit ihrem Trinkverhalten näher auseinander zu setzen. Das Problembewusstsein nimmt deutlich zu, aber sie ändern ihr Verhalten noch nicht. Das Bewusstsein, eine Krankheit zu haben ist bei einer Interviewteilnehmerin *„erst mit der Zeit gewachsen. Erst... habe ich gesehen, dass ich nicht normal saufe und dann habe ich irgendwann zugeben müssen, dass ich Alkoholiker[in] bin.“* Erst dann hat sie sehen können, *„dass mir Alkohol nicht gut tut.“* Sie hat *„Momente gehabt zum Schluss, wo ich wirklich nicht trinken wollte, aber ich konnte einfach nicht aufhören. Ging einfach nicht.“* Ein Interviewteilnehmer, der wegen Komplikationen seiner Alkoholkrankheit notfallmässig hospitalisiert werden musste, umschreibt dies so: *„Ich habe dann schon gewusst, also jetzt ist fertig mit Saufen, aber... [einen Rückfall] hat es dann halt doch noch einmal gegeben.“* Eine andere Geschichte: Ein Interviewteilnehmer hat fast zwei Wochen ohne Alkohol im Spital verbracht. Dabei hat er sich sehr wohl gefühlt, hat weder trinken wollen noch müssen. Als er wieder nach Hause gegangen war, ging es *„wie eine Rutschbahn runter.... Da habe ich wirklich gemerkt, dass ich trinken muss. Am Morgen aufgestanden, ist nicht lange gegangen, da habe ich was haben müssen, obwohl ich nicht wollte. Das hat es ausgelöst, [ich] habe gemerkt, ich kann nicht, dass irgendwas in der Birne oben nicht stimmt mit mir, dass ich ständig rumsaufe.“* Weiter führt er aus: *„Der Unterschied, der psychische Unterschied: Das ist das gewesen, was es bei mir ausgelöst hat. Dass ich die Krankheit haben muss... Wenn es mir 8 Tage gut geht, obwohl ich im Spital bin und zu Hause, wo ich ja die Freiheit hätte, geht es wieder nicht gut und ich saufe dann wie ein Behämmerter. Da ist für mich klar gewesen, dass da etwas nicht stimmt.“*

Die verschiedenen Stufen der Verhaltensänderung können auch ineinander übergehen, wie dieses Zitat zeigt: *„Man fragt sich ja doch wieder zwischendurch, auch wenn man es nicht wahrhaben will. Oder man merkt das ja schon, dass man mehr güllert als ein anderer. Das merkt man natürlich schon. Es ist natürlich ein ständiger Widerspruch zwischen dem Bemerken, aber nicht Akzeptieren und über das Hinweggehen und sagen: ‚Nein, ich habe überhaupt kein Problem‘, das man übertrinkt. Also mit dem Widerspruch zu leben, das ist natürlich die ganze Phase.“*

### **Vorbereitung**

In der Vorbereitungsstufe sind die Menschen hoch motiviert, ihr Verhalten zu ändern, haben vielleicht auch schon erste Schritte dazu unternommen.

Ein Interviewteilnehmer war während einem Spitalaufenthalts *„wirklich richtig parat gewesen.“* Er hatte dann allerdings keine Unterstützung erhalten. Es kam zu einem Rückfall. Einige Monate später machte er einen neuen Anlauf: *„Jetzt will ich etwas machen, jetzt muss ich Hilfe haben.“* Während eines Psychiatrieaufenthalts plante ein anderer Teilnehmer seine Zeit nach dem Spitalaufenthalts: *„Aber eben der Gedanke ist bei mir ja dort in der Klinik vorhanden gewesen, so geht es nicht mehr weiter. Jetzt, wenn es geht, höre ich auf mit der Selbsthilfegruppe von den AA.“* Ein weiterer Interviewteilnehmer hat im Vorfeld eines Spitalaufenthalts sein Verhalten ändern wollen; er hat seine Pläne teilweise umgesetzt: *„Ich habe mir einfach gesagt, ich will mit beidem aufhören: Ich habe 14 Tage vorher aufgehört zu rauchen und ich habe den Alkoholkonsum sehr runtergeschraubt. Ich hatte dann nur noch ein paar Drinks gehabt am Tag.“*

### **Handlung**

Die Handlungsstufe zeichnet sich dadurch aus, dass das Zielverhalten Abstinenz bereits erreicht wurde, aber noch nicht lange genug, um eine gewisse Festigung des Verhaltens zu erreichen. Im Prinzip wären alle InterviewteilnehmerInnen während ihren Spitalaufenthalten dieser Stufe zuzurechnen, denn niemand hat in dieser Zeit Alkohol konsumiert. Der grösste Teil der Handlung spielte sich jedoch erst später ab im Kontext der Selbsthilfegruppe der AA: Die InterviewteilnehmerInnen hatten Hilfe gesucht und *„die dort [AA] auch gefunden.“*

### **Aufrechterhaltung**

In die Aufrechterhaltungsstufe werden von Prochaska et al. (1992) Menschen eingeteilt, die ihr Zielverhalten seit mindestens einem halben Jahr beibehalten haben. Die Aufrechterhaltung ist eine aktive Stufe, denn die Menschen müssen sich dafür aktiv einsetzen. Zur Zeit der Interviews befanden sich alle InterviewteilnehmerInnen in dieser Stufe. Eine der Kriterien für die Auswahl der InterviewteilnehmerInnen forderte regelmässige Besuche von AA-Meetings.

Die InterviewteilnehmerInnen setzen sich auch nach jahrelanger Abstinenz aktiv mit der Alkoholproblematik auseinander. Ein Interviewteilnehmer erzählt, er habe bei den AA Hilfe gefunden: *„[Ich] habe die dort auch gefunden, eigentlich, die mir bis heute eigentlich soweit reicht, als ich medizinisch, körperlich keine Schäden habe, sehr wahrscheinlich.“* Die AA gehen nicht von einer hundertprozentigen Sicherheit aus, nie mehr mit dem Trinken anfangen zu müssen. So ist niemand der InterviewteilnehmerInnen der *Stabilisierungsstufe* zuzurechnen.

### **Rückfall**

Mit Ausnahme eines Interviewteilnehmers sind alle nach einem Spitalaufenthalt wieder rückfällig geworden. *„Es ist nichts mehr gegangen, es ist nur noch schlimmer geworden, ist noch viel mehr gewesen, nachher.“*

*„Aber gleich kurz darauf, also über 3 Wochen im Spital und hab dann Gips und alles gehabt, musste neu lernen zu laufen und bin dann danach gleich wieder rückfällig geworden, sobald sich eine Gelegenheit ergeben hat, jemanden hatte, der mich irgendwohin mitgenommen hat mit dem Auto, wo ich nicht laufen musste... Das erste Mal nach dem Spital bin ich wieder voll abgestürzt.“*

Oft ist sogar eine momentane Verschlechterung der Situation nach dem Spitalaufenthalt festzustellen: *„Als ich draussen war [habe ich] natürlich wieder angefangen und erheblich mehr getrunken als vorher.“*

Der Genesungsprozess verläuft nicht linear. Phasen des Rückschritts und Rückfall gehören dazu. Fortschritte sind aber trotzdem möglich: *„Ich habe nicht auf einen Chlapf aufgehört, sondern ich habe aufgehört, dann wieder eine ruhige Phase gehabt und dann später wieder angefangen zu trinken. Aber bei mir ist eigentlich die ganze Phase zur Trockenheit<sup>18</sup> sehr lange gewesen.“*

### **Persönlicher Tief(st)- oder Wendepunkt**

Einzelne InterviewteilnehmerInnen konnten einen persönlichen Tief(st)- oder Wendepunkt erkennen, der einen wesentlichen Einfluss auf ihren Genesungsprozess gehabt hat. Dieser Tiefpunkt hat verschiedene Formen angenommen; verschieden vor allem aber war der Zeitpunkt, an dem er stattgefunden hat. Bei den einen hilft der persönliche Tief(st)- oder Wendepunkt, aus der Absichtslosigkeit herauszukommen oder Pläne für ein alkoholfreies Leben zu schmieden, bei anderen tritt dieser Zeitpunkt erst Monate oder Jahre *nach* dem Abstinenzbeginn, also mitten in der Aufrechterhaltungsstufe ein. Ein Interviewteilnehmer wurde

---

<sup>18</sup> Die AA unterscheiden zwischen Trockenheit und Nüchternheit: *„Wenn wir bei den AA von trocken reden, dann ist damit die Zeit gemeint, in welcher eine Freundin oder ein Freund keinen Alkohol mehr getrunken hat. Von Nüchternheit sprechen wir, wenn sich unser Denken nach mehrmonatiger oder mehrjähriger Abstinenz anfängt zu verändern und unsere Ich-Bezogenheit weiteren Interessen Raum lässt.“* (Ein AA, E-Mail, 29.08.2001).

zum Workaholic, nachdem er mit Trinken aufgehört hat, erlitt nach zwei Jahren eine Erschöpfungsdepression und gelangte erst dann zu seinem persönlichen Tief(st)punkt.

Folgende Zitate weisen auf die verschieden erlebten Tief- und Wendepunkte hin:

*„Der stärkste Auslöser ist gewesen, dass es einfach wirklich ein extremer Tiefpunkt für mich war, dass ich bereit war, etwas, etwas zu machen.“* Eine schlimme Absturz/Rückfallphase war für ihn *„die Hölle, also wirklich das Leben,... wo ich mich geschämt habe dafür.“*

*„Ich denke, jeder muss irgendwo seinen eigenen Tiefpunkt erreichen, bis er überhaupt so weit ist. Man kann das nicht pauschalisieren.“*

*„Wir reden ja in diesem Zusammenhang von einem persönlichen Tiefstpunkt, der einer erreichen muss und der Tiefstpunkt ist für jeden anders. Der eine hat Job, Frau, Hab und Gut, einfach alles verloren und vorher kommt der nicht zum Tiefstpunkt. Es muss ja nicht jedem so gehen. Es gibt auch andere. Ich kenne Fälle von AA-Freunden, die viermal den Fahrausweis weg gehabt haben und haben es immer noch nicht begriffen. Ich habe ihn einmal weggehabt, ich habe es da auch noch nicht begriffen.... Der Tiefstpunkt ist für jeden anders.“*

### **Strategien der Verhaltensänderung**

Einzelne Aussagen der InterviewteilnehmerInnen verweisen auf verschiedene Strategien der Verhaltensveränderung wie sie Keller et al. (1999) beschreiben. Da dies nicht der Hauptfokus vorliegender Arbeit ist, werden diese nur ansatzweise beschrieben.

Selbstneubewertung: *„Heute würde ich sagen, ich bin Alkoholiker, trockener Alkoholiker, trinke nicht mehr, aber ich ertrage Alkohol nicht.“* Bei dieser Strategie war es für einzelne InterviewteilnehmerInnen wichtig, sich an einer gewünschten Zukunft zu orientieren oder einen neuen „Lebensplan zu büscheln. *Was könntest du jetzt machen, welchen Weg könntest du besser machen... beim Arbeiten und... im privaten Leben.“* Bezüglich Abstinenz half zwei Interviewteilnehmern, ihr Ziel positiv zu formulieren: *„Du willst eigentlich nicht saufen. Aber gesagt hast du noch nie, du willst nüchtern werden. Dann habe ich gewusst, das ist es. Jetzt musst du dich entscheiden. Das ist der Punkt, wo bei mir der Knackpunkt war: Nicht saufen, das geht nicht, weil das ist immer: Soll ich, soll ich nicht? Und dann gewinnt immer der Alkohol. Wenn ich aber nüchtern werden will, dann ist das Thema eigentlich vorbei. Dann habe ich sagen können: Ja, ich will nüchtern werden... Man hat es zwar jetzt nicht gehört, aber mir war es, der halbe Pilatus [Berg in der Innerschweiz] falle von mir ab.“* Der andere Interviewteilnehmer ergänzt diese Sichtweise: *„Das ist eigentlich nicht mehr das sogenannte erste Glas stehen lassen, was ein Negativum ist, wo Sie sich verdammt wehren müssen.... Und ich habe mir gesagt, ich will nüchtern durch das Leben gehen und das ist jetzt das Positivum... und dann hat es funktioniert.“*

Wahrnehmung förderlicher Umweltbedingungen: *„Habe einfach das Gefühl gehabt, jetzt muss ich alle Sachen nützen, die du kannst.“*

Emotionales Erleben: *„Habe gedacht, wenn du so weiter machst, dann... bist du auf der Strasse, oder die liefern dich ein, oder du verlierst den Job und dann, den Job verlieren, das wäre für mich ja arbeitslos sein etcetera. Da bekäme ich Vögel, hätte ich auch heute noch.“*  
*„Habe mich aber mit der Psychiatrie auseinandergesetzt mit dem wenn ich rausgehe, versuche ich aufzuhören mit trinken. Ich will das kein zweites Mal erleben.“*  
*„Jetzt bist du [Alter], jetzt hast du noch mal Schwein gehabt, es hät di nid putzt.“* Und: *“Ich will nicht eines Tages dort rauf kommen müssen, wegen einer Leberzirrhose.“*

Selbstverpflichtung: *„Weil ich wollte ja etwas ändern.“*

Nutzen hilfreicher Beziehungen: *„Ich habe da [AA-Meetings] noch bald gemerkt, ja nach einem halben Jahr, was man profitieren kann davon, das einem hilft, nichts mehr trinken zu müssen.“*

Ein Interviewteilnehmer weist darauf hin, dass eine Kombination verschiedener Strategien zum Erfolg führen könne. Er hat *„das ganze Zeugs zusammengefügt.“* Dies hat ihm *„dann erlaubt, bis zum heutigen Tag trocken zu bleiben. Ob ich nüchtern bin, dass ist eine andere Beurteilung, aber zumindest trocken, das ist schon viel wert.“*

#### **4.1.3 Anstoss von Aussen**

*„Ohne Druck geht eigentlich auch gar nichts.“* und *„Der Druck kann nur von Aussen kommen, weil Sie selber würden in diesem Zustand... nie das eingestehen.“* Diese Aussagen zweier InterviewteilnehmerInnen stehen stellvertretend für andere, ähnliche Aussagen. Es brauchte einen Anstoss von Aussen, um die Alkoholprobleme lösen oder verringern zu können. Eine Interviewteilnehmerin drückt dies mit folgendem Bild aus: *„Es braucht doch immer eine Reaktion von einem andern... Wenn ich mich vor den Spiegel stelle, sehe ich immer das gleiche Gesicht, wenn ich mit mir rede, habe ich immer die gleichen Gedanken, aber wenn mich jemand anders darauf anspricht..., da besteht eine Möglichkeit, mich mal wachzurütteln, aber wenn ich von dem überzeugt bin, was ich mache, bleibe ich ewig in dem Teufelskreis drin.“*

Teile des Anstosses von Aussen sind auch in der Kernkategorie enthalten. Der Anstoss von Aussen beinhaltet aber noch mehr Eigenschaften, er findet hauptsächlich ausserhalb des Spitalaufenthaltes statt. Da aber das „richtige“ Leben nicht vor dem Haupteingang des Spitals halt macht, sollen diese Eigenschaften hier kurz erwähnt werden. Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen ist im Akutspital wohl die „einfachste“ Intervention, die von Pflegenden geleistet werden kann (könnte). Informationen bezüglich Alkohol und Ansprechen der Alkoholproblematik sind *Möglichkeiten* des Anstosses von Aussen. Dieser kann aber auch andere Formen annehmen: *„Vielleicht müssen die noch mehr erleben: dass ihnen die Frau*

*davonläuft oder weiss der Teufel was, bis sie endlich einhängen können. Einer der nichts erlebt hat wegen dem Trinken, der kommt nicht in die AA, der kommt nicht. Da muss... entweder vom Arbeitgeber ein bisschen Druck ausgeübt werden oder von der Frau her, ja oder das Billet weg haben.“* Dieses Zitat zeigt, dass sich die Kategorie Anstoss von Aussen auch mit dem Genesungsprozess überschneidet: Für einzelne InterviewteilnehmerInnen hat der Anstoss von Aussen die Form des persönlichen Tief(st)- oder Wendepunkt angenommen.

Die Stärke des Anstosses von Aussen, der nötig ist, um den Genesungsprozess anzustossen, ist individuell verschieden; der Druck kann auch zu stark sein: *„Wenn mir jemand sagt, du darfst nicht trinken, habe ich nur mehr getrunken. Und wenn mir jemand versucht hat, auf den Zahn zu fühlen oder hintenrum irgendetwas zu erreichen oder zu erfahren, dann habe ich mich unter Druck gesetzt gefühlt, dann wusste ich auch nicht, was ich machen sollte und habe es dann... irgendwie... im Alkohol ertrunken.“*

#### **4.1.4 Soziale Einflussfaktoren**

In den Interviews liessen sich zwei Schwerpunkte sozialer Einflussfaktoren ausmachen: *Sichtweise der Gesellschaft*, und *Soziales Umfeld / Soziale Unterstützung*.

##### ***Sichtweise der Gesellschaft***

Sozialer Alkoholkonsum wird in unserer Gesellschaft weitgehend als normal betrachtet. Alkoholranke Menschen fallen in den Augen eines Grossteils der Gesellschaft auf: das Bild, das Klischee des Clochards herrscht oft vor. Diese Sichtweise hatten die InterviewteilnehmerInnen auch: *„Im sympathischsten Fall ist für mich ein Alki gewesen, ein Vagabund mit zwei Plastiksäcken so links und rechts, ein Filzmantel und ein Filzhut und eine Vermoutflasche zum Sack raus, das war für mich ein Alki.“* Etwas weniger romantisierend: *„Alkoholiker sind für mich Penner gewesen, die unter der Brücke schlafen“* und nicht etwa Menschen mit *„Kulturschlick [Krawatte].“* Diese Menschen *„können nicht mit Alkohol umgehen, aber die, die so im Restaurant sitzen: Ja der eine mag halt mehr trinken und der andere weniger, aber sonst fällt es eigentlich nicht auf und es guckt auch niemand hin.“* Selbst gelegentlicher Alkoholmissbrauch gehört in unserer Gesellschaft dazu; so konnte eine Interviewteilnehmerin nach einem Unfall alkoholisiert ins Spital eingeliefert werden, ohne besonders aufzufallen: *„Dann ist es vielleicht eine Entschuldigung, ja gut o.k.,..., es war ja noch am Wochenende,... da hat sie vielleicht mal einen über den Durst getrunken und... dann ist es damit erledigt.“*

### **Soziales Umfeld / Soziale Unterstützung**

Wie steht das soziale Umfeld des alkoholkranken Menschen zu Alkoholproblemen im Allgemeinen und zur Alkoholkrankheit dieses Menschen? *„Kollegen haben dann auch gesagt: ‚Du doch nicht, du hast nicht blöd getan, du hast nicht geprügelt, du hast nicht gekotzt, du bist nicht auf die Weiber los...‘ Also wenn du von dir behauptest, du seist ein Alkoholiker, dann wären wir das ja auch; und du willst ja wohl nicht behaupten, dass ich ein Alkoholiker bin! [Es] ist einem irgendwie das Wort umgedreht worden.“*

Mangelndes Verständnis des sozialen Umfelds für die eigene Alkoholproblematik kann auch Einsamkeit zur Folge haben: *„Also das Verständnis ist dann einfach nicht da gewesen... Das war dann... das härteste, zu merken, dass die Kollegen alles keine Kollegen mehr sind. Das ist sehr hart gewesen. Du bist alleine, die Familie steht nicht mehr hinter dir.“*

Arbeit kann ein unterstützender Faktor sein, nicht zu viel trinken zu müssen. Allerdings, wenn der Arbeitgeber allzu tolerant ist, hilft das *„eben vielen Alkoholikern, das Problem zu verdrängen, weil das Umfeld mitspielt.“*

#### **4.1.5 Spitalaufenthalt erleben**

Wie haben die InterviewteilnehmerInnen die Spitalaufenthalte erlebt? Interessanterweise haben die meisten InterviewteilnehmerInnen die Spitalaufenthalte in relativ guter Erinnerung. Ein Interviewteilnehmer erzählt: *„Die Aufnahme ist relativ gschisse gewesen..., da ist man wirklich einfach mal halb nackt auf einer Pritsche gelegen und dann ist mal allpot jemand, irgend ein Assistenzarzt gekommen und hat mir am Scheichen rumgedrückt und das hat mir weh getan bis an den Bach runter, gemacht hat niemand etwas.“* Doch den weiteren Spitalaufenthalt hat er dann *„später sehr, sehr angenehm“* erlebt. Es sei *„nachher gut gewesen, ich könnte mich an nichts Spezielles mehr erinnern.“* Er habe sich sogar *„extrem wohl gefühlt.“* Natürlich sei er dann schon *„einfach froh [gewesen], dass es jetzt dann besser wird und ich kann dann raus.“*

Nur eine Interviewteilnehmerin kann ihren Spitalaufenthalt wenig Gutes abgewinnen: *„Ich bin dort [psychiatrische Klinik] ... eingesperrt gewesen... ich habe dort sein müssen, war nicht freiwillig dort, wäre am liebsten auch gleich wieder gegangen, das ist ja klar.“* Weiter berichtet sie: *„Für mich waren die Spitalaufenthalte in dem Sinne nicht gut, für mich selber jetzt. Da in dieser Situation ist das wahrscheinlich gar nicht anders gegangen. Wenn ich da zu Hause gelegen bin und die Kinder sind vom Kindergarten nach Hause gekommen und ich habe geschlafen und so.“*

Ein Spital kann auch als eine Art geschützten Rahmen wahrgenommen werden, in dem die alkoholkranken Menschen keinen Alkohol trinken mussten. *„Wenn man in der Psychiatrie*

*ist oder im Spital ist es noch einfach, nichts mehr zu trinken, weil es ja nichts da hat.“* Eine Interviewteilnehmerin betont, wie wichtig sie es findet, im Spital keinen Alkohol zu bekommen: *„Wenn ich denke, dass ich von mir aus nicht die Kraft habe, vom Alkohol wegzukommen..., dass ich dann einfach effektiv keine Möglichkeiten mehr habe, an Alkohol zu kommen... Wenn ich aus dem Spital raus bin, ist ja meine Sache, aber dass ich wenigstens da den Schutz habe, dass ich wirklich nicht dran komme.“*

Ein Interviewteilnehmer spricht die Nachsorge nach dem Spitalaufenthalt an. Er wundert sich, *„dass nachher nie jemand vom Spital... nachgefragt hat...: Es würde uns interessieren, wie die Operation verlaufen ist und was daraus geworden ist.“*

Beim Erleben des Spitalaufenthalts spielten verschiedene Umstände eine gewisse Rolle: Der Grund des Spitalaufenthalts, die Dauer, subjektive Vorstellungen, Art und Weise des Eintritts und die Art des Spitals (psychiatrisches oder somatisches Akutspital). Auf diese Umstände kann hier aber nicht näher eingegangen werden.

#### **4.1.6 Abstinenz erleben**

Welche Rolle spielt die Alkoholabstinenz während einem Spitalaufenthalt? Die InterviewteilnehmerInnen haben im Akutspital keinen Alkohol getrunken (mit Ausnahme eines Interviewteilnehmers, der gegen Verstopfung sauren Most zu sich genommen hat). Die Abstinenz wurde auch trotz Möglichkeiten, an Alkohol zu gelangen, eingehalten: *„Obwohl ich... dann am 2. Tag von meinen Militärkollegen eine Schnapsflasche geschenkt bekommen [habe]... ist mir nicht in den Sinn gekommen, diese zu trinken.“* Ein Spital verkaufte sogar Alkohol am Kiosk: *„Habe ich aber keinen Alkohol [getrunken], also die 3 Wochen war ich dann wirklich trocken, obwohl ich gewusst habe, es gab da unten am Kiosk Alkohol.“*

Während des Spitalaufenthalts hatten die InterviewteilnehmerInnen in der Regel *„nie das Verlangen nach Alkohol gehabt“* und auch *„keine grossen Entzugserscheinungen“* gehabt. Sie haben die Abstinenz im Akutspital somit relativ gut erlebt oder überstanden. Die Entzugserscheinungen wurden wahrscheinlich medikamentös verhindert: *„Entzugserscheinungen hätte ich... schon haben müssen... von den Mengen, die ich an Alkohol getrunken habe; aber die hatte ich nicht gemerkt, weil ich Schmerzmittel gekriegt habe, nehm' ich an... Das kann ich mir nur vorstellen, dass es die Beruhigungsmittel und Schmerzmittel waren.“* Falls Medikamente zur Verhinderung von Alkoholentzugssymptomen abgegeben worden waren, wurde dies den InterviewteilnehmerInnen nicht gesagt. Eine weitere Möglichkeit, Entzugserscheinungen während des Spitalaufenthalts zu verhindern, hat ein Interviewteilnehmer genutzt; er hat sich gezielt auf einen geplanten Spitalaufenthalt vorbereitet: *„Ich habe meinen Trinkkon-*

*sum... reduziert, sehr drastisch. Dadurch habe ich den Entzug nicht gehabt und... habe... nicht nach Alkohol geschrieen, als ich dort oben [im Spital] war.... Für mich ist... die Vorbereitungsarbeit sehr wertvoll gewesen.“*

Soll zum Vermeiden von Alkoholentzugssymptomen im Akutspital den Patienten Alkohol abgegeben werden? Diese Frage beantworteten die InterviewteilnehmerInnen eher mit *Nein*: *„Nein es gibt genug Medikamente, dass man keinen Alkohol braucht.“* Die Frage kann auch mit *Nein, aber* beantwortet werden: *„Wenn die Entzugserscheinungen dermassen gewesen wären, dass es mehr Probleme gemacht hätte..., wäre es vielleicht positiver gewesen, ein Glas zu geben, als grössere Entzugserscheinungen zu haben. Positiv auf der anderen Seite eben die Abstinenz, um zu zeigen, dass es ohne auch geht.“*

#### **4.1.7 Pflege erleben**

Die Interviewteilnehmer beschrieben verschiedene positive und negative Aspekte der Pflege(nden). Dabei herrschten positive Aspekte vor.

##### ***Positive Aspekte der Pflege***

Folgende positive Aspekte der Pflege(nden) wurden genannt: Positive Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen, fürsorgliche, aufmerksame, menschliche und verständnisvolle Pflege. Weiter haben InterviewteilnehmerInnen Zuwendung der Pflege erfahren, die Pflegenden nahmen sich Zeit und ihre Fachkompetenz wurde gewürdigt; mit Ausnahme des alkoholspezifischen Wissensdefizits, welches die InterviewteilnehmerInnen bei den Pflegenden vermuten (siehe dazu 4.1.1 *Kernkategorie: Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen*).

Die InterviewteilnehmerInnen haben die Pflege hauptsächlich in positiver Erinnerung, sie nahmen eher positive Einstellungen der Pflegenden ihnen gegenüber wahr: *„Die Pflege war in Ordnung,... da gibt es gar nichts.... Also ich habe mich nicht anders behandelt gefühlt als andere.“*

*„Der Umgang der war tiptop. Nicht irgend einer hat mir zu spüren gegeben: ‚Ja das ist ein Alki, mit dem kann man jetzt umgehen wie man will.‘ Das war nicht der Fall.“*

Die Pflege war fürsorglich, aufmerksam, menschlich und verständnisvoll: *„Ich habe wirklich immer alles gehabt, was ich brauche... Sie [die Pflegenden] sind regelmässig rein, und wenn ich was gebraucht habe, sind sie auch immer gerade sofort gekommen.“* Die Pflege wird zum Teil sogar in den höchsten Tönen gelobt: *„Ich bin mir vorgekommen wie in einem 5-Sterne-Hotel... Sie [die Pflegenden] waren sehr umsorgend, sie haben sich Mühe gegeben, ja mehr als Mühe gegeben: Sie haben mich effektiv verwöhnt!.... Einfach gut aufgehoben, also*

*das ist mir nur in positivster Erinnerung... ich kann also gar nichts Negatives sagen.*“ Ein anderer Interviewteilnehmer hat *„eine extrem gute Pflege von den Krankenschwestern erlebt.“*

*„Man war sehr zuvorkommend, man ist auf einen eingegangen, wenn man ein Problem hatte“*  
*„Ich habe mich dort aufgehoben gefühlt.“*

*„Das Pflegepersonal... [hat] mehr Verständnis gehabt und aufgebracht als die Ärzteschaft.“*

Ein Interviewteilnehmer berichtet, er habe *„relativ viel Zuwendung“* erhalten. Er habe sich *„wirklich... wohl gefühlt. Also wenn die Kleinigkeit mit dem Bein nichtgewesen wäre, wäre das noch schön gewesen.“*

Die Pflegenden nahmen sich Zeit: *„Nachher [nach dem Aufenthalt im Notfall] bin ich wirklich extrem positiv überrascht gewesen... Es hat nie jemand gehetzt, gehetzt gearbeitet oder gestresst gewesen, sie hatten wirklich Zeit für das, was ich wollte.“*

Den Pflegenden wird Fachkompetenz zugestanden: *„Habe das Gefühl gehabt dort oben...: Die können das.“*

### ***Negative Aspekte der Pflege***

Als negative Aspekte fielen auf: Von den InterviewteilnehmerInnen wahrgenommene negative Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen, die fehlende Thematisierung der Alkoholproblematik im Akutspital und fehlendes Fachwissen bezüglich Alkoholismus. Die letzten beiden Punkte werden im Kapitel 4.1.1 behandelt.

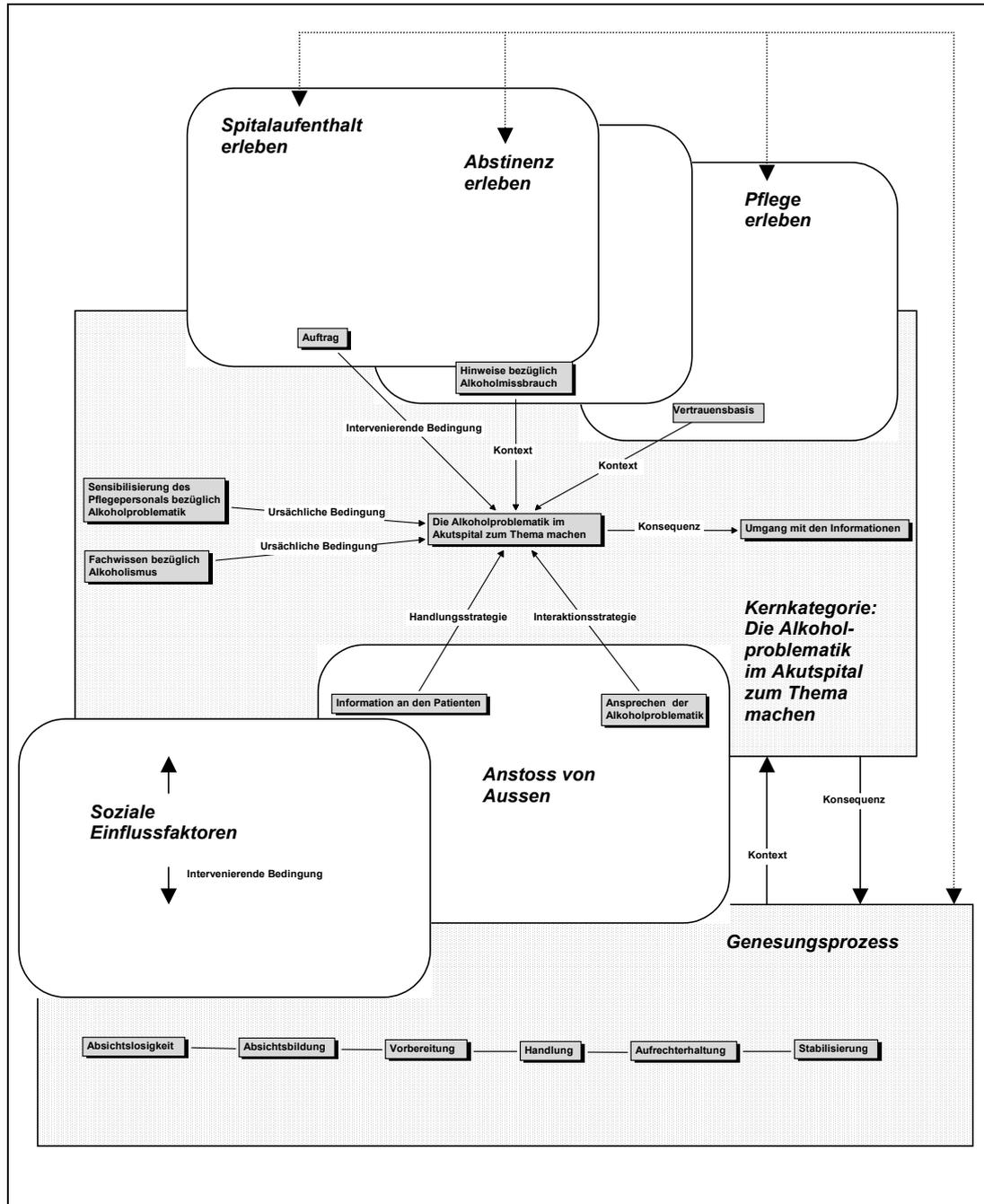
Negative Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen wurden vor allem seitens der Ärzte wahrgenommen: *„Ich habe auch gemerkt,... an einem Teil vom medizinischen Personal, dass sie schon abschätzig gedacht haben: ‚Jetzt müssen wir den Süffel auch noch zusammenflicken‘, oder.“* Bei der Pflege sah es beim selben Interviewpartner ganz anders aus: *„Eher positiv, also in der Psychiatrie ist das Pflegepersonal meistens besser gewesen als das medizinische, also die Fachleute, eigentlich.“*

Eine Interviewteilnehmerin hat sich vom Pflegepersonal nicht ernst genommen gefühlt, sie *„hatte das Gefühl, man kann reden und sagen was man will, sie nehmen einen gar nicht für voll... Ich denke, man kann normal tun, ganz normal reden, könnte ausfällig werden, es spielt keine Rolle, sie nehmen einen einfach nicht für voll. Den Eindruck hatte ich... Ich habe wirklich nicht so gute Erfahrungen gemacht.“*

## 4.2 Theoretische Integration der Resultate

Abbildung 3

Integration der Ergebnisse: Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen



In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Hauptkategorien vorgestellt. In diesem Kapitel sollen sie nun auf einer höheren Abstraktionsebene miteinander verbunden werden. Damit wird eine theoretische Integration der Kategorien angestrebt. In Abbildung 3 werden die

einzelnen Kategorien und ihre Verbindungen graphisch dargestellt. Für eine detailliertere Ausarbeitung der verschiedenartigen Beziehungen müssten noch weitere Daten erhoben werden. Deshalb kann diese Übersicht höchstens als Theoriebildungsansatz verstanden werden.

Im Zentrum des Modells steht die Kernkategorie: Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen. Das bedeutet nicht, dass die Alkoholproblematik im Akutspital durchgängig zum Thema gemacht wird; In der Regel wird die Alkoholproblematik im Akutspital nicht zum Thema gemacht! Durch die Dimensionalisierungen lassen sich aber verschiedene Wege theoretisch und praktisch in das Modell integrieren: Positive wie negative, in den Daten vorkommende und hypothetische Wege. Im Zentrum steht also, die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema zu machen; wie und ob dies geschieht und in welcher Weise dies als Unterstützung wahrgenommen wird oder nicht, beantworten die Kombinationen der jeweiligen Subkategorien.

Zwischen dem Genesungsprozess und der Kernkategorie besteht eine wechselseitige Beziehung: Zum einen stellt der Genesungsprozess den weiteren Kontext, den besonderen Satz von Bedingungen dar, in dem die Handlungs- und interaktionalen Strategien stattfinden. Denn jeder alkoholkranke Mensch, der sich im Spital befindet, lässt sich einer der Stufen der Verhaltensänderung zuteilen. Andererseits wird der Genesungsprozess auch von der Kernkategorie beeinflusst. Zur ersten Beziehung, des Genesungsprozesses als Kontext der Kernkategorie: Wenn ein alkoholkranker Mensch beispielsweise in der Phase der Absichtslosigkeit ist, ist es wahrscheinlich, dass er auf Informationen und Ansprechen seiner Alkoholproblematik mit Ablehnung reagiert. Wenn er bereits Vorbereitungen zur Verhaltensänderung getroffen hat oder erste Schritte dazu unternommen hat, wird er Informationen bezüglich weitergehenden Angeboten eher zu schätzen wissen. Informationen können bei Menschen, die noch nicht zur Verhaltensänderung bereit sind oder sich ihrer Probleme noch nicht bewusst sind, trotz ihrer ablehnenden Haltung durchaus positive Wirkungen haben. Die InterviewteilnehmerInnen weisen darauf hin, dass ein Anstoss von Aussen in dieser Phase des Genesungsprozesses nötig ist; der Anstoss von Aussen kann verschiedene Formen annehmen, im Spital und als Pflegeintervention kann dieser Anstoss von Aussen in Form von Informationen und Ansprechen der Alkoholproblematik stattfinden. Ein Teil des Anstosses von Aussen ist also in der Kernkategorie enthalten. Dies ist die zweite Beziehung der Kernkategorie zum Genesungsprozess. Natürlich reicht es nicht, die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema zu machen, der Patient verlässt das Spital und trinkt nie wieder Alkohol, aber: Dem absichtslosen alkoholkranken Menschen kann geholfen werden, eine Stufe höher, in die Absichtsbildung zu kommen, diesem wiederum kann geholfen werden, konkrete Vorbereitungen zu treffen. Zumindest kann durch Informationen und Ansprechen der Alkoholproblematik vermieden werden, dass der Patient von einer höheren Stufe in die Stufe der Absichtslosigkeit zurückfällt, weil er

denkt: *„Ich habe oft gedacht, merken die denn das nicht, warum sagt niemand etwas? Und dann hatte ich wieder das Gefühl, ja, es ist ja gar nicht so schlimm. Es hat ja niemand etwas gesagt.“* Informationen über Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit können, wenn sie auch im Moment nichts zu bewirken scheinen, später genutzt werden. *„Sonst verlängert man die Sucht einfach.“* Eine Interviewteilnehmerin sagte, sie hatte noch einen grossen Informationsbedarf, auch nachdem sie mit Trinken aufgehört hatte. Der Anstoss von Aussen ist vor allem als Bedingung wichtig, um die Absichtslosigkeit zu überwinden. Ob dieser Anstoss in Form von Informationen der Pflegenden oder von der Polizei in Form von Fahrausweis-Entzügen stattfindet, ist primär nicht wichtig; wichtig ist, dass dieser Anstoss stattfindet. Dieser Anstoss sollte allerdings nicht mit zu viel Druck erfolgen, da sonst eine Reaktanz des alkoholkranken Menschen ausgelöst werden kann: *„Wenn mir jemand sagt, du darfst nicht trinken, habe ich nur mehr getrunken.“* Die ideale Stärke des Drucks ist allerdings schwierig abzuschätzen.

Die Beziehungen dieser beiden Kategorien: Kernkategorie und Genesungsprozess stellen das Zentrum des Modells dar; daraus lassen sich auch die wesentlichen Aussagen gewinnen. Die anderen Kategorien haben diverse Einflüsse: teilweise untereinander, auf die Kernkategorie und auf den Genesungsprozess. Die wichtigsten Beziehungen werden nachfolgend kurz beschrieben. Die Darstellung der einzelnen Kategorien, die teilweise Überlappung der Kategorien in Abbildung 3 macht deutlich, dass diese nicht streng voneinander abzugrenzen sind. Es kommt jeweils auf die Perspektive deren Betrachtung an.

Soziale Einflussfaktoren wirken als intervenierende Bedingungen auf den Genesungsprozess und auf die Kernkategorie. So hat eine alkoholpermissive Gesellschaft (Gesamtgesellschaft und persönliches Umfeld) einen anderen Einfluss auf das Problembewusstsein des einzelnen als ein restriktiveres Umfeld. Solche Einflüsse wirken auch auf das Pflegepersonal. Ein Krankenpfleger, der selber keinen Alkohol trinkt, hat möglicherweise andere Vorstellungen, welcher Alkoholkonsum als normal gelten soll, als eine Krankenschwester, die vielleicht selber riskant Alkohol trinkt.

Der Spitalaufenthalt kann positiv oder negativ erlebt werden, ohne dass konkrete Faktoren für dieses Erleben identifiziert werden können. Der Spitalaufenthalt als solcher kann den Genesungsprozess beeinflussen, indem er Zeit und Raum lässt über die eigene Situation nachzudenken. Ein Interviewpartner hat den Spitalaufenthalt in sehr angenehmer Erinnerung. Die Zeit nach dem Spitalaufenthalt lief für ihn sehr unangenehm: er erlitt einen Rückfall. Doch seine Reflexion über den Unterschied zwischen Spitalaufenthalt und zu Hause hat ihn dazu bewogen, über seine Situation nachzudenken, hat ihm geholfen, Pläne, die er im Spital geschmiedet hatte, umzusetzen. Ein anderer Interviewteilnehmer hat im Vorfeld eines geplanten Spitalaufenthalts seinen Alkoholkonsum stark reduziert, um die geplante Operation nicht zu gefährden. Der bevorstehende Spitalaufenthalt allein hat sein Problembewusstsein wesentlich gefördert.

Die Abstinenz erleben: Diese Kategorie überschneidet sich mit den Kategorien Spitalaufenthalt erleben, Pflege erleben und mit der Kernkategorie. Wie die Abstinenz erlebt wird, hat einen entscheidenden Einfluss darauf, wie der ganze Spitalaufenthalt eingeschätzt wird. Ebenso hat das Erleben der Abstinenz einen Anteil daran, ob die Pflege eher positiv oder negativ gewertet werden kann. Die Pflege gestaltet das Erleben der Abstinenz mit, indem sie Alkoholentzugserscheinungen vermeiden oder lindern hilft. Mit der Kernkategorie steht die Abstinenz in folgender Beziehung: Bei problemlos erlebter Abstinenz, zum Beispiel durch Vorbereitungsarbeit des Patienten vermiedener Alkoholentzugssymptomatik fehlen den Pflegenden möglicherweise Hinweise auf eine bestehende Alkoholproblematik; weniger gut erlebte Abstinenz kann eben diese Hinweise liefern. Der Einfluss der Kategorie Abstinenz auf den Genesungsprozess zeigt sich in der Geschichte eines Interviewpartners: Er hat die Abstinenz im Akutspital gut erlebt, diese Tage haben ihm ermöglicht, klare Gedanken fassen zu können. Er hat dies als positive Erfahrung in Erinnerung, auch die Tatsache, dass einige abstinenten Tage möglich sind. Derselbe Interviewteilnehmer hat die Pflege, die er erhalten hatte, in angenehmer Erinnerung, er hat sich umsorgt gefühlt. An die positive Abstinenz Erfahrung und das Umsorgt-Werden hat er sich in seinem Rückfall zu Hause zurückerinnert. Dies hat ihm geholfen, nötige Hilfe zu suchen. Die Kategorie Pflege erleben überschneidet sich mit der Kernkategorie mit dem gemeinsamen Element Vertrauensbasis.

Die Verschiedenen Kategorien und die jeweiligen Beziehungen untereinander machen deutlich, dass verschiedene Kategorien jeweils verschiedene unterstützende und/oder hindernde Einflüsse auf den Genesungsprozess der alkoholkranken Menschen haben können; und dass ein Spitalaufenthalt und die Pflege nicht losgelöst von den jeweiligen Einflüssen betrachtet werden können.

## 5 DISKUSSION

Die InterviewteilnehmerInnen beschrieben, wie sie ihre Spitalaufenthalte erlebt haben. Welche Unterstützung und Hindernisse von Pflegenden nahmen sie auf ihrem Weg der Genesung von ihrer Alkoholkrankheit war? Diese Frage kann mit vorliegender Untersuchung nicht abschliessend beantwortet werden. Jedoch liefert sie einige Hinweise, die zur Verbesserung der Pflege alkoholkranker Menschen im Akutspital beitragen könn(t)en.

In diesem Kapitel werden die Resultate mit der Literatur und dem theoretischen Rahmen verglichen, die Grenzen der Untersuchung hervorgehoben, Empfehlungen für die Pflegepraxis abgegeben und weiterführende Forschungsfragen vorgeschlagen. Da die Resultate teilweise neue Aspekte beleuchten, wurde zusätzlich neue Literatur beigezogen.

### 5.1 Diskussion der Resultate

Die Resultate konnten einige Befunde aus der Literatur bestätigen. Erlebte Hindernisse und Unterstützung wurden jedoch anders gewichtet. In der Literatur werden die Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen etwas stärker gewichtet als kommunikative Faktoren; in vorliegender Untersuchung ist es umgekehrt.

Tabelle 9 im Anhang N gibt einen zusammenfassenden Überblick über Hindernisse und Unterstützung, welche die InterviewteilnehmerInnen erlebt haben. Die Dichotomisierung Unterstützung – Hindernis ist stark vereinfachend und greift wahrscheinlich etwas zu kurz; besser wäre wohl von einem Kontinuum auszugehen, bei dem die beiden Pole  *eher* unterstützende und  *eher* hindernde Faktoren darstellen.

Es scheint, dass Pflegende und Ärzte in Akutspitalern zu wenig sensibilisiert sind bezüglich Alkoholproblemen im Akutspital und nicht über ausreichendes Fachwissen diesbezüglich verfügen. Dies stimmt mit Aussagen aus der Literatur überein (Hapke, 2000; Yersin, 1997). Ohne Sensibilisierung können weitere Pflegeinterventionen kaum ein- und durchgeführt werden. Pflegeinterventionen wie zum Beispiel Kurzinterventionen sind bei mangelnder Motivation und Wissenslücken ineffektiv (Watson, 1999).

Ohne Hinweise bezüglich Alkoholmissbrauch werden die Pflegenden die Alkoholproblematik nicht ansprechen. Einige alkoholranke Menschen geben sich auch Mühe, nicht als alkoholranke Menschen aufzufallen. Statistiken geben Hinweise, dass wahrscheinlich weit-aus mehr alkoholranke Menschen hospitalisiert werden, als dies uns Professionellen im Gesundheitswesen auffällt (Hearne, Conolly & Sheehan, 2002; Müller et al., 1997). Anstatt bloss individuellen Hinweise nachzugehen, die sich oft als untauglich erwiesen haben, könnten auch kollektive beziehungsweise statistische Hinweise bezüglich Alkoholmissbrauch verwendet werden. Die meisten alkoholkranken Menschen entsprechen eben *nicht* dem Bild des Clo-

chards, viele fallen auch nicht auf, würden aber gerade von frühzeitigen Interventionen profitieren können. Deshalb ist es wichtig, ein routinemässiges Screening *aller* Patienten durchzuführen. Dies würde eine frühzeitige Identifikation möglichst vieler Menschen mit Alkoholproblemen und frühzeitige Interventionen ermöglichen (Hapke, 2000).

Das Vertrauen der Patienten den Pflegenden gegenüber ist für das Ansprechen der Alkoholproblematik nötig. Dies zeigt die Wichtigkeit der Beziehungsarbeit, welche die Pflegenden leisten. Ein Interviewteilnehmer spricht das Problem an, dass bei fehlender Kontinuität keine Vertrauensbasis hergestellt werden könne, da die einzelnen Pflegenden jeweils viel zu wenig lange da seien; dies erschwert die Beziehungsaufnahme und –gestaltung massiv. Damit spricht er ein organisatorisches Problem an. Seine Aussage deutet darauf hin, dass Pflegeorganisationsformen gefördert werden sollen, die eine Pflege- und Betreuungskontinuität gewährleisten oder zumindest verbessern können.

In der Literatur wird erwähnt, alkoholranke Menschen würden es schätzen, von Professionellen im Gesundheitswesen auf ihr Alkoholproblem angesprochen zu werden (Kääriäinen, Sillanaukee, Poutanen & Seppä, 2001); zumindest fänden es alkoholranke Menschen angemessen, dass dies geschieht (Copeland, 1997). Geschätzt hätten nicht alle InterviewteilnehmerInnen, wenn sie während ihren Spitalaufenthalten auf ihr Alkoholproblem angesprochen worden wären, dies hängt gemäss den erhobenen Daten vom Stand ihres Genesungsprozesses ab. Angemessen und sinnvoll finden heute hingegen alle, wenn dies (vermehrt) geschehen wäre.

Einzelne in der Literatur erwähnte Gründe, die alkoholranke Menschen daran gehindert haben, Hilfe zu suchen, konnten in vorliegender Untersuchung bestätigt werden:

- Fehlendes Bewusstsein über das Behandlungsangebot, Informationsmangel (Copeland, 1997; Klingemann, 1991),
- Wahrgenommene Inkompetenz Professioneller im Gesundheitswesen (Klingemann, 1991, S. 740) und
- Stolz (Klingemann, 1991).
- Stigmatisierung durch Professionelle im Gesundheitswesen (Grant, 1997; Klingemann, 1991) wurde nur teilweise wahrgenommen. Inwiefern dies die InterviewteilnehmerInnen daran gehindert hat, sich um Hilfe zu kümmern, ist nicht klar.

Als weiterer Punkt wird von den InterviewteilnehmerInnen erwähnt:

- Fehlendes Problembewusstsein.

Nach Gerace et al. (1995) führen negative Einstellungen gegenüber substanzmissbrauchenden Menschen, Wissenslücken und mangelhafte klinische Fertigkeiten dazu, dass frühe Identifikation, Behandlung und Überweisung nicht stattfinden können. Diese Kombination scheint in der Schweiz etwas geändert worden zu sein: Die negativen Einstellungen sind am

Wegfallen, dafür scheinen sich in Akutspitälern nur wenige für die Alkoholproblematik zuständig zu fühlen. Und ohne klar geregelte Zuständigkeit, expliziten Auftrag und Sensibilisierung der Akteure in den Spitälern (Pfleger, Ärzte und Top Management der Institution) wird es schwierig sein, diese Wissenslücken zu stopfen und klinische Fertigkeiten auszubilden.

Die Genesungsprozesse von alkoholkranken Menschen können mit dem Transtheoretischen Modell (TTM) erklärt werden; einige Studien haben dies bestätigt (DiClemente & Hughes, 1990; Klingemann, 1991, 1992; Murphy, 1993; Murphy & Hoffman, 1993; Snow, Prochaska & Rossi, 1994). So erstaunt es nicht, dass in der vorliegenden Untersuchung einzelne Zitate deutlich auf die verschiedenen Stufen und Strategien des TTM hinweisen. Ein wesentlicher Vorteil des TTM dürfte darin liegen, dass es bei den Professionellen im Gesundheitswesen das Verständnis von Verhaltensänderungsprozessen erleichtert. Das TTM vermittelt eine wesentliche Einsicht: Bereits kleinere Schritte sind wertvoll, auch wenn noch keine lebenslange Abstinenz erreicht worden ist. So ist die Steigerung des Problembewusstseins eines alkoholkranken Menschen ein wichtiger (Teil-)Erfolg auf dem Weg seiner Genesung.

Da die Thematisierung der Alkoholproblematik den Genesungsprozess positiv beeinflusst, wäre es wünschenswert, dies gezielter anzugehen, im Wissen darum, dass das Ausbleiben der Thematisierung ebenso einen Einfluss auf den Genesungsprozess haben kann: einen krankheitsverlängernden Einfluss! Da das Ansprechen, die Thematisierung der Alkoholkrankheit je nach Krankheitsverlauf beziehungsweise Genesungsprozess andere Konsequenzen hat oder das Ansprechen anders gestaltet werden sollte, ist die Anwendung eines Instrument zur Einschätzung der Änderungsbereitschaft (zum Beispiel RCQ nach Rollnick, Heather, Gold & Hall, 1992, zitiert nach Hapke, 2000) in Betracht zu ziehen. Ein Interviewteilnehmer hat sich während einem Spitalaufenthalt sehr wohl gefühlt; er hatte Pläne für sein weiteres Leben geschmiedet, wollte sein Leben wieder in den Griff kriegen. Leider wusste das Spitalpersonal nichts von diesen Plänen, dem Interviewteilnehmer wurde keine Hilfe angeboten und er musste einen Rückfall erleben. Das heisst nicht, dass der Rückfall durch geeignete Interventionen mit Sicherheit hätte vermieden werden können; doch die Chance dazu hätte der Interviewteilnehmer damals sicher verdient: Personen in der Stufe der Vorbereitung fühlen sich am meisten angesprochen durch konkrete Unterstützungsangebote (Keller et al., 1999).

Gemäss den Aussagen der InterviewteilnehmerInnen brauchte es einen Anstoss von Aussen, um ihre Alkoholprobleme lösen oder verringern zu können. Im TTM wird entsprechend davon ausgegangen, dass vor allem Menschen in den ersten beiden Stufen der Verhaltensänderung (Absichtslosigkeit und Absichtsbildung) einer aktiven Intervention bedürfen. Ohne Intervention können diese Menschen sehr lange in diesen Stufen verharren, ohne dass ein Fortschritt in ihrem Veränderungs(Genesungs-)prozess erkennbar wäre (Keller et al., 1999).

Bei einzelnen InterviewteilnehmerInnen war ein persönlicher Tief(st)- oder Wendepunkt wichtig in ihrem Genesungsprozess; in der Literatur wird auch von einem Wendepunkt gesprochen (Klingemann, 1991; Koski-Jännes, 1998) oder ein persönlicher Tiefpunkt (Smith, 1998) erwähnt. Wie in der Literatur beschrieben, haben die InterviewteilnehmerInnen diesen Wende- oder Tiefpunkt sehr unterschiedlich und zu unterschiedlichen Zeitpunkten erlebt, oder auch gar nicht, da Ausstiegsprozesse auch in frühen Stadien von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit stattfinden (Hapke, 2000). Ein Interviewteilnehmer hat seinen persönlichen Tiefpunkt erst nach zwei Jahren Abstinenz erlebt. Dies zeigt deutlich, dass es im Akutspital wenig Sinn macht, zu warten, bis jemand seinen Tiefpunkt erlebt und erst dann ein professionelles Hilfsangebot zu machen.

Die Stellung des Alkohols als soziale Droge und die Tendenz einiger Professioneller im Gesundheitswesen, die Patienten im Vergleich mit ihrem eigenen Alkoholkonsumverhalten einzuschätzen, zeigen die Notwendigkeit, die eigenen Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen zu reflektieren. Parette, Hourcade und Parette (1990) erachten dies als besonders wichtig, da bewusste oder unbewusste Einstellungen einen grossen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben. Die AutorInnen schlagen für die persönliche Einschätzung eine Reihe von Fragen vor (siehe Anhang O).

Einzelne Aussagen der InterviewteilnehmerInnen bestätigen Rumpf et al. (1999): Ein Krankenhausaufenthalt kann die Änderungsmotivation von alkoholkranken Patienten erhöhen. Zumindest kann das Problembewusstsein durch die Hospitalisation gefördert werden. Yersin (1997) spricht vom Spitalaufenthalt als einem „moment privilégié pour l’élaboration d’un projet thérapeutique et que cette ‚entrée en traitement‘ soit une phase essentielle pour l’identification des objectifs thérapeutiques, des besoins du patient ainsi que des ressources nécessaires pour conduire le traitement et le soutien requis par les objectifs thérapeutiques“<sup>19</sup> (S. 33). Doch leider wird die Alkoholproblematik eines Patienten im Akutspital in der Regel nicht angegangen. Der Spitalaufenthalt wurde von einigen InterviewteilnehmerInnen als geschützter Rahmen wahrgenommen; Rumpf et al. (1999) betrachten den vorübergehenden Abstand eines Patienten von seinem sozialen Kontext denn auch als Wegfall „suchtaufrechterhaltenden Faktoren des täglichen Lebens“ (S. 59).

Überraschend ist, dass kaum über Alkoholentzugserscheinungen während den Spitalaufenthalt berichtet wurde. Möglicherweise begegneten die Pflegenden den Entzugssympto-

---

<sup>19</sup> privilegierten Moment, um einen Therapieplan auszuarbeiten und dass dieser „Eintritt in eine Behandlung“ ein wesentlicher Moment ist, um Therapieziele, Bedürfnisse des Patienten, sowie die nötigen Ressourcen zu identifizieren, welche nötig sind, um Behandlung und Unterstützung zu veranlassen, die die therapeutischen Ziele verlangen. (Yersin 1997, S. 33, Übers. v. Verf.)

men systematischer und gezielter als dies die InterviewteilnehmerInnen wahrgenommen haben. Eine Untersuchung in einem schweizerischen Akutspital (Bolliger, 2001) bestätigt diese Vermutung. Es muss also von einem Kommunikationsdefizit seitens der Pflegenden ausgegangen werden, da den InterviewteilnehmerInnen nichts von diesen Interventionen erzählt wurde. Entzugserscheinungen zu verhindern ist zwingend nötig, da diese lebensgefährlich sein können (Backmund, 1999b). Konkret geschieht dies durch: a) Vorbereitungsarbeit des Patienten, b) eher zufällige Medikation (genügende Abdeckung durch Medikamente, die wegen offiziellem Hauptproblem verabreicht werden) oder c) gezielte Medikation. Denkbar wäre auch ein heimlicher Alkoholkonsum des Patienten zwecks Verhinderung von Entzugserscheinungen. Dies kam allerdings während einem Spitalaufenthalt bei keinem der InterviewteilnehmerInnen in der vorliegenden Untersuchung vor. Gezielte Medikation wurde von keinem Interviewteilnehmer, keiner Interviewteilnehmerin geschildert. Falls dies geschehen ist, wurde es mit den Patienten nicht diskutiert.

Ein Interviewteilnehmer hat das (positive) Erleben der Abstinenz während eines Spitalaufenthalts als Anlass genommen, über seine Situation nachzudenken; diese Gedanken haben ihm später geholfen, mit dem Trinken aufhören zu können. Diese Aussage deckt sich mit der Literatur: Rumpf et al. (1999) schreiben, die Abstinenz während eines Spitalaufenthalts könne unterstützend auf die Änderungsprozesse wirken, indem es dem Patienten die Möglichkeit zur Reflexion seines Verhaltens lässt.

Die Literatur nennt als wesentlichen die Genesung hindernden Faktor negative Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen (Finfgeld, 1998, 1999a; Gerace et al., 1995, Grant, 1997). Dies konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden, im Gegenteil: die meisten InterviewteilnehmerInnen nahmen von den Pflegenden mehrheitlich positive Einstellungen wahr. Auch in Bolligers (2001) Untersuchung mit Pflegenden in einem allgemeinen Akutspital in der Schweiz berichteten die interviewten Pflegenden über weit weniger Vorurteile und Berührungsängste gegenüber alkoholkranken Menschen, als in der Literatur beschrieben wird.

Als unterstützenden Faktor nennt die Literatur in erster Linie positive Einstellungen der Pflegenden (Copeland, 1997; Finfgeld, 1998, 1999a). Anhand der erhobenen Daten zeigt sich, dass dies in der vorliegenden Untersuchung auch zutrifft: Die allgemeine Atmosphäre, die von gut erlebter Pflege, Abstinenz und Spitalaufenthalt geprägt war, hatte nach den Aussagen verschiedener InterviewteilnehmerInnen einen positiven Effekt bezüglich Genesung. Die meisten InterviewteilnehmerInnen haben vorwiegend positive Erfahrungen mit den Pflegenden gemacht. Bezüglich Genesung konnten sie aber keine direkten Zusammenhänge zu konkreten Pflegeinterventionen herstellen; mit Ausnahme eines Interviewteilnehmers, der die erlebte

Atmosphäre aus Wohlfühlen und Abstinenz rückblickend als wesentliche Erfahrung wertet, die ihm geholfen hat, mit Trinken aufzuhören.

Die InterviewteilnehmerInnen äusserten vorwiegend Zufriedenheit mit der Pflege und dem Spitalaufenthalt. Gleichzeitig bemängelten sie die fehlende Thematisierung der Alkoholproblematik im Akutspital, was ihre Alkoholprobleme unnötig verlängert habe. Dieser Widerspruch hoher Patientenzufriedenheit bezüglich erhaltener Pflege und deutlich aufgezeigten Defiziten ist ein bekanntes Phänomen in Patientenbefragungen. Nur wenige Patienten drücken ihre Unzufriedenheit aus. In der vorliegenden Untersuchung hatte nur eine Interviewteilnehmerin die fehlende Thematisierung der Alkoholproblematik in ihrer Gesamtbeurteilung der Pflege so stark gewichtet, dass sie einen eher negativen Eindruck der Pflege in Erinnerung hat. Williams (1994) glaubt, dass Unzufriedenheit nur ausgedrückt wird, wenn sich ein extrem negativer Vorfall ereignet. Demzufolge bedeute eine positive Antwort nicht, dass die Pflege gut war, sondern lediglich, dass nichts extrem Schlimmes passiert ist. Sitzia und Wood (1997) analysierten über 100 Artikel bezüglich Patientenzufriedenheit aus den Jahren 1966 bis 1996. Es zeigte sich in den einzelnen Studien zum Beispiel, dass Erwartungen und Zufriedenheit zusammenhängen (zum Beispiel in Abramowitz, Cote & Berry, 1987, zitiert nach Sitzia & Wood, 1997); Patienten mit geringen Erwartungen sind leichter zufrieden zu stellen. In der vorliegenden Untersuchung gingen nicht alle InterviewteilnehmerInnen davon aus, dass ein Akutspital einen Auftrag hat, die Alkoholproblematik zu thematisieren, sie erwarteten diese Leistung nicht. Allenfalls sind sie deshalb auch eher zufrieden mit der erhaltenen Pflege und dem Spitalaufenthalt. Weiter führen Sitzia und Wood (1997) folgende Möglichkeiten auf: Patienten tendieren zu positiveren Antworten, um ihre Zeit und Anstrengungen, die sie für den Spitalaufenthalt aufgewendet haben, zu rechtfertigen. In einigen Fällen würden die Antworten allein deshalb positiv ausfallen, weil den Patienten zusätzliche Aufmerksamkeit gewidmet wird. Wenn Unzufriedenheit geäussert wird, betrifft dies vor allem die Themen *Wartezeiten, Kommunikation, rigide Spitalroutinen, mangelnde Privatsphäre* und *Information* (Sitzia & Wood, 1997). Zwei Aspekte werden als wesentlich für die Patientenzufriedenheit erachtet: Kommunikation und Empathie (Sitzia & Wood, 1997).

## 5.2 Kritik und Grenzen der Untersuchung

Unter 1.4 *Grenzen der Studie* wurden mögliche Limitierungen vor dieser Untersuchung vermutet; diese Grenzen werden hier nach Beendigung der Untersuchung nochmals kurz beleuchtet.

Die Untersuchung wurde als Diplomarbeit durchgeführt. Deshalb war der Zeitrahmen festgelegt. Es wurde demzufolge ein relativ kleines Sample von 7 InterviewteilnehmerInnen

gewählt. Aus Gründen der besseren Erreichbarkeit der InterviewteilnehmerInnen und Homogenität des Samples wurden nur InterviewteilnehmerInnen berücksichtigt, die regelmässig an AA-Meetings teilgenommen haben; möglicherweise hätten Menschen ohne Kontakt zu den AA andere Antworten gegeben. Zudem war die Untersuchung regional begrenzt. Dies kann zu einer teilweisen Verzerrung der Resultate geführt haben. Der Übertragbarkeit sind somit Grenzen gesetzt.

Die Pflege wurde von den InterviewteilnehmerInnen mehrheitlich positiv erlebt. Möglicherweise spielte dabei der Effekt der sozialen Erwünschtheit bei den positiven Antworten der InterviewteilnehmerInnen eine Rolle (LeVois, Nguyen & Attkisson, 1981, zitiert nach Sitzia & Wood, 1997), da sich der Interviewer als diplomierter Krankenpfleger und zukünftiger Gesundheits- und Pflegeexperte vorgestellt hat. Das methodische Vorgehen beeinflusst die Ergebnisse: Offene, wenig strukturierte Interviewfragen lassen die InterviewteilnehmerInnen eher kritische Antworten geben (Rubin, 1990; Fitzpatrick, 1991; Richardson, 1994, zitiert nach Sitzia & Wood, 1997). In der vorliegenden Untersuchung wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden verwendet. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass Lob und Kritik an der Pflege der Wahrheit entsprechen.

Die theoretische Sättigung konnte nicht erreicht werden. Eine Theoriebildung im Sinne der Grounded Theory war nicht möglich. Die Studie endete mit der Konzeptentwicklung (Kapitel 4.1) und mit partiellen Theoriebildungsansätzen (Kapitel 4.2).

### **5.3 Empfehlungen für die Pflegepraxis**

Die Resultate dieser Untersuchung rechtfertigen die Forderung, sekundärpräventive Massnahmen im Akutspital durchzuführen. Eher positive Einstellungen der Pflegenden, mehrheitlich gut erlebte Pflege, Abstinenz und Spitalaufenthalte bilden dazu eine gute Grundlage. Ziele dieser Massnahmen sind a) Förderung der Inanspruchnahme weiterer Hilfe und b) direkte Einwirkung auf den Alkoholkonsum. Dabei muss dafür gesorgt werden, dass Alkoholentzugssymptome vermieden oder gelindert werden, und zwar unabhängig davon, ob der alkoholkranke Mensch bereit ist, etwas an seiner Situation zu ändern und Hilfe anzunehmen oder nicht. Dies sollte gezielt geschehen (zum Beispiel mit Hilfe eines Instruments zur Einschätzung der Alkoholentzugssymptomatik, wie dem CIWA) und den Patienten transparent kommuniziert werden. Die im Kapitel 2.2.3 *Mögliche Handlungsfelder für die Pflege* beschriebenen Interventionsmöglichkeiten müssen in der Praxis diskutiert und angepasst umgesetzt werden. Welche Instrumente im einzelnen wie angewendet werden sollen, müsste zum Beispiel im Rahmen eines interdisziplinären Projektes bestimmt werden; interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegenden, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und vor allem mit anderen Institutionen wird unumgänglich sein, denn die Behandlung von Suchterkrankungen

ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Welche Berufsgruppe welchen Teil der Arbeit übernimmt, muss verbindlich festgelegt werden, denn:

Wenn nun jedoch der Kranke im stürmischen und überschwappenden Meer unkoordinierter Hilfe ums Überleben kämpft, darf er nicht von all den schönen, grossen, gut gemeinten, wahllos zugeworfenen Rettungsringen erschlagen werden und ertrinken. Damit die jeweiligen Interventionsansätze greifen, müssen wir eine neuartige Kultur der Zusammenarbeit entwickeln. (Berthel, 2002, S. 24-25)

Es ist wichtig, dass die Pflegenden diejenigen Interventionen durchführen, wie sie die IntNSA (1978) gefordert haben:

- *Identifizierung von Alkoholproblemen*
- *Kommunikation über das Alkoholproblem*
- *Aufklärung bezüglich Alkoholgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit*
- *Beratung des alkoholkranken Menschen und*
- *Überweisung an weitere Behandlungsangebote.*

Zusammengefasst: Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen! Wie diese Massnahmen in der Praxis umzusetzen sind, muss für die jeweilige Institution erarbeitet werden. Ausgehend von vorliegender Untersuchung und der Literatur scheint es sinnvoll, ein sekundärpräventives Projekt im Akutspital durchzuführen. Partizipation (Teilhabe<sup>20</sup>) derjenigen Professionellen, die die Massnahmen durchzuführen haben bereits bei der Konzeptentwicklung kann deren Sensibilisierung und Verpflichtung entscheidend fördern (Sachs-Pfeiffer, 1989). Folgendes Vorgehen kann vorgeschlagen werden:

- *Auftrag* des Top Managements oder höherer Instanz (zum Beispiel Gesundheitsdirektion) an eine interdisziplinäre Projektgruppe. Diese erarbeitet das konkrete Vorgehen.
- *Sensibilisierung* des Pflegepersonals *und der Ärzte*<sup>21</sup> bezüglich Alkoholproblematik durch Weiterbildung (Epidemiologie, neue Erkenntnisse aus der Suchtforschung, Mythen und Wahrheit bezüglich Alkoholkrankheit etcetera).
- *Schulung* der nötigen klinischen Fertigkeiten (Screening, Kurzintervention<sup>22</sup>, Einschätzung der Alkoholentzugssymptomatik), die für die Umsetzung der Themen nötig sind, die die IntNSA (1978) als nötig erachtet.

<sup>20</sup> In der Literatur wird beim Begriff *Partizipation* zwischen *Teilnahme* und *Teilhabe* unterschieden. Teilnahme meint die freiwillige Teilnahme an bestimmten Programmen und Massnahmen, Teilhabestrategien beteiligen die Zielgruppe an der Planung, Vorbereitung und Durchführung von Massnahmen (Sachs-Pfeiffer, 1989).

<sup>21</sup> Ärzte scheinen eine Sensibilisierung bezüglich der Alkoholproblematik im Akutspital (noch) nötiger zu haben als Pflegenden. Vorliegende Untersuchung und diverse Studien (zum Beispiel Hearne, Conolly & Sheehan, 2002) weisen darauf hin. Übereinstimmend mit den Aussagen der InterviewteilerInnen stellt Yersin (Privatdozent Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie, Centre Hospitalier Universitaire, Lausanne) (1997) eine ungenügende Ausbildung der Schweizer Ärzte fest.

<sup>22</sup> Ergänzend zu Kurzinterventionen könnte die Schulung von sekundärpräventiven motivierenden Beratungsgesprächen (Motivational Interviewing) erwägt werden (Miller & Rollnick, 1991, zitiert nach Hapke et al., 1999); damit könnten auch unmotivierte, schwer abhängige alkoholkranken Menschen erreicht werden, die von Kurzinterventionen nicht profitieren. Dies würde aber einen zusätzlichen Schulungsaufwand bedeuten. Deshalb sollte im

- *Durchführung des Projekts.*

Die *Evaluation* eines solchen Projektes kann weitergehende Antworten auf die Frage liefern, welche (Pflege-)Interventionen alkoholkranken Menschen konkret geholfen haben, beziehungsweise, was sie von Seiten der Pflegenden auf ihrem Weg zur Genesung behindert hat.

Im Wissen um die hohen sozialen Kosten alkoholbedingter Probleme und Wirksamkeit einfacher Interventionen kann beim jetzigen Stand des (Fast-)Nichts-Tuns in Akutspitälern durchaus von einer gewaltigen Verschwendung finanzieller Ressourcen gesprochen werden! Auch wenn ein alkoholkranker Mensch nicht zur Behandlung seiner Abhängigkeit in ein Akutspital eintritt, sollte der Spitalaufenthalt doch zumindest die Chance für einen Anstoss zur Verbesserung seiner Situation lassen.

#### **5.4 Weiterführende Forschungsfragen**

Da die Daten keine Sättigung der Resultate erlaubten, wäre eine Weiterführung dieser Untersuchung mit einem grösseren Sample an InterviewteilnehmerInnen sicher sinnvoll.

Interessant wäre, den Genesungsprozess im Lichte der Patientenarbeit (Wiener, 1989) genauer anzuschauen, um daraus weitere Erkenntnisse für die Pflegepraxis zu gewinnen. Auch wäre zu überlegen, vorliegende Untersuchung in einem anderen Setting (zum Beispiel Spitex) weiterzuführen oder das Sample um Nicht-AA-Mitglieder zu erweitern.

Aber zuerst könnten, viel mehr: *müssten* ausgehend von vorliegender Untersuchung und den Erkenntnissen aus der Literatur prospektive Interventionsstudien durchgeführt werden, um den Zusammenhang zwischen Genesungsprozess und Pflegeinterventionen weiter zu untersuchen. Um solche Erfahrungen in wissenschaftlicher und vor allem praktischer Hinsicht zu erlangen, müssen dementsprechende Projekte bald in Angriff genommen werden.

---

Akutspital bei diesen Menschen vorerst „lediglich“ der Versuch unternommen werden, sie weiteren Behandlungsangeboten zuzuführen und die „einfacheren“ Massnahmen einzuführen.

## 6 LITERATUR

- Allen, K. (1993). Attitudes of Registered Nurses toward Alcoholic Patients in a General Hospital Population. *The International Journal of Addictions*, 28(9), 923-930.
- Anonyme Alkoholiker. (1998). *Anonyme Alkoholiker* (10. Aufl.). München: Autor.
- Anonyme Alkoholiker. (2001a). *Bin ich AlkoholikerIn?* [www]. Anonyme Alkoholiker. Verfügbar unter: [http://www.anonyme-alkoholiker.de/frames/indices/Idx\\_Allg\\_Interessiert.html](http://www.anonyme-alkoholiker.de/frames/indices/Idx_Allg_Interessiert.html) [2001, 24.08.2001].
- Anonyme Alkoholiker. (2001b). *Informationen*, [www]. Anonyme Alkoholiker Österreich und Südtirol. Verfügbar unter: <http://www.anonyme-alkoholiker.at/deutsch/down.htm> [2001, 06.09.2001].
- alles-im-griff.ch. (2001). *Sucht und Abhängigkeit in der Schweiz*, [www]. Alles im Griff? Verfügbar unter: <http://www.alles-im-griff.ch/> [2001, 21.08.2001].
- Backmund, M. (1999a). Screeningtests. In M. Backmund (Hrsg.), *Sucht-Therapie. Grundlagen, Klinik, Standards; Leitfaden für Praxis und Fortbildung* (Grundwerk, Kap. IV-2, S. 1-4). Landsberg: ecomed.
- Backmund, M. (1999b). Stationäre Entzugsbehandlung. In M. Backmund (Hrsg.), *Sucht-Therapie. Grundlagen, Klinik, Standards; Leitfaden für Praxis und Fortbildung* (Vol. Grundwerk, S. Kap. 9, S. 1-13). Landsberg: ecomed.
- Backmund, M. (1999c). Suchtentstehungsmodelle. In M. Backmund (Hrsg.), *Sucht-Therapie. Grundlagen, Klinik, Standards; Leitfaden für Praxis und Fortbildung* (Grundwerk, Kap. 8, S. 1). Landsberg: ecomed.
- Bendtsen, P. & Akerlind, I. (1999). Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol & Alcoholism*, 34(5), 795-800.
- Berthel, T. (2002). Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Suchterkrankungen - Voraussetzungen für eine erfolgreiche und befriedigende Arbeit. *Abhängigkeiten*, 8(1), 20-28.
- Bischof, G., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2000). Maintenance Factors of Recovery From Alcohol Dependence in Treated and Untreated Individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(12), 1773-1777.
- Bolliger, A. (2000). *Welche Einstellungen haben Pflegende im Umgang mit alkoholkranken Menschen?* Unveröffentlichtes Manuskript, Fachhochschule Aargau Gesundheit und Soziale Arbeit, Direktionsbereich Gesundheit, Aarau.
- Bolliger, A. (2001). *"Ein Mensch wie jeder andere Mensch". Wie Pflegende in einem allgemeinen Akutspital in der Schweiz den Umgang mit alkoholkranken Menschen gestalten und erleben.* Unveröffentlichtes Manuskript, Fachhochschule Aargau Gesundheit und Soziale Arbeit, Direktionsbereich Gesundheit, Aarau.

- Brochu, S. (1990). Abstinence versus nonabstinence: the objectives of alcoholism rehabilitation programs in Quebec. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(1), 15-21.
- Christoffel, U., Liechti, U., Meyer, T., Sieber, M. & Sondheimer, G. (1999). Kontrolliertes Trinken und Kontrollüberzeugungen. In M. Sieber (Hrsg.), *Bulletin der Forel Klinik*. Ellikon a.d. Thur: Forel Klinik.
- Copeland, J. (1997). A Qualitative Study of Barriers to Formal Treatment Among Women Who Self-Managed Change in Addictive Behaviours. *Journal of Substance Abuse*, 14(2), 183-190.
- Craft, P. P., Foil, M. B., Cunningham, P. R. G., Patselas, P. C., Long-Snyder, B. M. & Collier, M. S. (1994). Intravenous Ethanol for Alcohol Detoxification in Trauma Patients. *Southern Medical Journal*, 87(1), 47-54.
- DiClemente, C. & Hughes, S. O. (1990). Stages of Change Profiles in Outpatient Alcoholism Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- Dürrenmatt, F. (1989). *Durcheinandertal*. Zürich: Diogenes.
- Estes, N. J. & Heinemann, M. E. (1986). Issues in identification of alcoholism. In N. J. Estes & M. E. Heinemann (Hrsg.), *Alcoholism: Development, Consequences and Intervention* (2. Aufl., S. 317-333). St. Louis, Missouri: Mosby.
- Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M. (1998). *Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie* (5. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Fingeld, D. L. (1997). Resolution of Drinking Problems Without Formal Treatment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(3), 14-23.
- Fingeld, D. L. (1998). Self-Resolution of Drinking Problems as a Process of Reinvesting in Self. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34(3), 5-15.
- Fingeld, D. L. (1999a). Self-Resolution of Alcohol Problems as a Process of Investing an Reinvesting in Self. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(4), 212-220.
- Fingeld, D. L. (1999b). Use of Brief Interventions to Treat Individuals With Drinking Problems. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(4), 23-30.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: II - Designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal*, 302(5), 1129-1132.
- Fleming, M. F., Barry, K. L. & Manwell, L. B. (1997). Brief Physician Advice for Problem Alcohol Drinkers. *The Journal of the American Medical Association*, 277(13), 1039-1045.
- Gerace, L. M., Hughes, T. L. & Spunt, J. (1995). Improving Nurses' Responses Toward Substance-Misusing Patients: A Clinical Evaluation Project. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(5).
- Grant, B. F. (1997). Barriers to Alcoholism Treatment: Reasons for Not Seeking Treatment in a General Population Sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(4), 365-371.

- Gutjahr, E. & Gmel, G. (2001). Die Methode bestimmt das Ergebnis: Indirekte ökonomische Folgen von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der Schweiz. *Psychiatrische Praxis*, 28 (Sonderheft 1)(7), 45-54.
- Gutjahr, E., Gmel, G. & Klingemann, H. (2000). Die Sozialen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz 1995/1996. In Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg.), *Suchtforschung des BAG. Band 1/4: Grundlagenforschung* (S. 166-168). Bern: Autor.
- Hall, J. M. (1994). Lesbians Recovering from Alcohol Problems: An Ethnographic Study of Health Care Experiences. *Nursing Research*, 43(4), 238-244.
- Haller, D. (Hrsg.). (2000). *Grounded Theory in der Pflegeforschung und anderen Anwendungsfeldern: Professionelles Handeln unter der Lupe*. Bern: Huber.
- Hapke, U. (2000). *Sekundärpräventive Interventionen bei einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus. Theoretische Grundlagen und empirische Befunde*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J., Schumann, A. & John, U. (1999). Beratung von Menschen mit problematischem Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkonsum auf Basis des Transtheoretischen Modells. In S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (S. 81-91). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Happel, B. & Taylor, C. (1999). "We may be different, but we are still nurses": An exploratory study of drug and alcohol nurses in Australia. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 19-32.
- Hearne, R., Conolly, A. & Sheehan, J. (2002). Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. *Journal of the royal society of medicine*, 95(2), 84-87.
- Holder, H. D. & Blose, J. O. (1992). The Reduction of Health Care Costs Associated with Alcoholism Treatment: A 14-Year Longitudinal Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(4), 293-302.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (1998). *Qualitative Pflegeforschung: Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege* (S. Hinrichs, Übers.). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Howard, M. O. & Chung, S. S. (2000). Nurses' attitudes toward Substance Misusers I. Surveys. *Substance Use & Misuse*, 35(3), 347-365.
- International Nurses Society on Addictions. (1978). *The Role of the Nurse in Alcoholism*, [www]. International Nurses Society on Addictions. Verfügbar unter: <http://www.intnsa.org/pospapers/nurserole.html> [2001, 14.07.2001].
- Juchli, L. (1997). *Pflege: Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege* ( 8., überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Kääriäinen, J., Sillanaukee, P., Poutanen, P. & Seppä, K. (2001). Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Medical Council on Alcoholism*, 36(2), 141-146.

- Kelle, U. (2000). Computergestützte Analyse qualitativer Daten. In U. Flick & E. v. Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 485-502). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Keller, S. (1998). *Zur Validität des Transtheoretischen Modells - Eine Untersuchung zur Veränderung des Ernährungsverhaltens. Eine Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften*, [www]. Fachbereich Psychologie Philipps-Universität Marburg. Verfügbar unter: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z1998/0303/> [2001, 21.08.2001].
- Keller, S. (Hrsg.). (1999). *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Keller, S., Velicer, W. F. & Prochaska, J. O. (1999). Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (S. 17-44). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Klingemann, H. K.-H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86(6), 727-744.
- Klingemann, H. K.-H. (1992). Coping and Maintenance Strategies of Spontaneous Remitters from Problem Use of Alcohol and Heroin in Switzerland. *The International Journal of the Addictions*, 27(12), 1359-1388.
- Koski-Jännes, A. (1998). Turning points in addiction careers: five case studies. *Journal of Substance Misuse for Nursing, Health and Social Care*, 3(4), 226-233.
- Kowal, S. & O'Connell, D. C. (2000). Zur Transkription von Gesprächen. In U. Flick & E. v. Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 437-447). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Kuckartz, U. (1999). *Computergestützte Analyse qualitativer Daten. Eine Einführung in Methoden und Arbeitstechniken*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Maanen, H. v. (1998). Zur Methode der empirisch gestützten Theoriebildung (Grounded Theory) - dargestellt am Beispiel der methodischen Herausforderung in der Forschungsarbeit mit alten Probanden. In K. Wittneben (Hrsg.), *Forschungsansätze für das Berufsfeld Pflege. Beispiele aus Praxis, Management und Ausbildung* (S. 69-81). Stuttgart: Georg Thieme.
- McCosker, H., Barnard, A. & Gerber, R. (2001, Februar). *Undertaking Sensitive Research: Issues and Strategies for Meeting the Safety Needs of All Participants*, [Online Journal]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. Verfügbar unter: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm> [2001, 04.09.2001].
- Meyer, T., Müller, R., Petry, J., Nille, U., Sieber, M., Sondheimer, G., Utz, T. & Dürr, M. (2000). 150 Jahre Alkoholismus: Ist kontrolliertes Trinken wieder ein Thema? In T. Meyer & U. Schweri (Hrsg.), *Bulletin der Forel Klinik*. Ellikon a.d. Thur: Forel Klinik.

- Meyer, T. (2001, 22.11.2001). *Alkoholismusdiagnostik*. Vorlesung während Postgraduierten-Ausbildungsangebot für Fachleute im legalen und illegalen Suchtbereich: Medizinisch-psychiatrische Grundlagen für die Arbeit mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen, Ellikon a.d. Thur.
- Minicucci, D. S. (1994). The Challenge of Change: Rethinking Alcohol Abuse. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(6), 373-380.
- Morse, J. M. & Field, P. A. (1998). *Qualitative Pflegeforschung: Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege* (K. Felden, Übers.). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Muhr, T. (1997-2002). ATLAS.ti. The Knowledge Workbench. Visual Qualitative Data Analysis - Management - Model Building (Version WIN 4.2, Build 59). Berlin: Scientific Software Development.
- Müller, R., Klingemann, S. & Gmel, G. (1999). *Risikoreiches Alkoholtrinken in der Schweiz. Baseline-Untersuchung für das Alkoholpräventionsprogramm des Bundesamtes für Gesundheit, der Eidgenössischen Alkoholverwaltung und der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Müller, R., Meyer, M. & Gmel, G. (Hrsg.). (1997). *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Murphy, S. A. (1993). Coping strategies of abstainers from alcohol up to three years post-treatment. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(11), 29-35.
- Murphy, S. A. & Hoffman, A. L. (1993). An Empirical Description of Phases of Maintenance Following Treatment for Alcohol Dependence. *Journal of Substance Abuse*, 5, 131-143.
- Naegle, M. A. (1994). Drug Use and HIV: Healthcare Provider Perspectives. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 5(3), 39-52.
- Parette, H. P., Hourcade, J. J. & Parette, P. C. (1990). Nursing Attitudes Toward Geriatric Alcoholism. *Journal of Gerontological Nursing*, 16 (1), 26-31.
- Peele, S. (2000, 5. Jan.). *The New Prohibitionists. Our attitudes toward alcoholism are doing more harm than good*, [www]. Stanton Peele. Verfügbar unter: <http://www.peele.net/lib/prohb.html> [2000, 16. Juni].
- Prochaska, J. O. (1999). Vorwort. In S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (S. 7-9). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: William Morrow & Company.

- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1997). *Jetzt fange ich neu an. Das revolutionäre Sechs-Schritte-Programm für ein dauerhaft suchtfreies Leben* (M. Messner, Übers.). München: Knauer.
- Rassool, G. H. (1993). Nursing and substance misuse: responding to the challenge. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1401-1407.
- Riley, A. J. (1996). Perceived carer attitudes to alcohol dependent patients. *Nursing Standard*, 10(27), 37-42.
- Rubin, H. R. (1990). Can patients evaluate the quality of hospital care? *Medical Care Review*, 47(3), 267-326.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (1999). Motivationale Grundlagen für die Sekundärprävention von Alkoholabhängigkeit in unterschiedlichen Populationen. In S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (S. 57-65). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Sachs-Pfeiffer, T. (1989). Partizipation: Teilhaben und Teilnehmen. In K. Stark (Hrsg.), *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung*. Freiburg: Lambertus.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. (1999a). *Alkoholkrankheit: Jährlich 33000 in Behandlung*, [www]. Autor. Verfügbar unter: <http://www.sfa-isp.ch/wwwispa/doc/Solidarite/Allemand/Aktionstag99/Alkohol.htm> [2000, 17.2.2000].
- Schweizerische für Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. (1999b). *Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen 1999*. Lausanne: Autor.
- Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung. (2001). *Empowerment*, [www]. Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: [http://www.gesundheitsfoerderung.ch/de/ges/con\\_ges\\_glo.asp#Empowerment](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/de/ges/con_ges_glo.asp#Empowerment) [2001, 7.12.01].
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Smith, B. A. (1998). The problem drinker's lived experience of suffering: an exploration using hermeneutic phenomenology. *Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 213-222.
- Snow, M. G., Prochaska, J. O. & Rossi, J. S. (1994). Process of Change in Alcoholics Anonymous: Maintenance Factors in Long-Term Sobriety. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 362-371.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T. & Leo, G. I. (1993). What Triggers the Resolution of Alcohol Problems Without Treatment? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(2), 217-224.
- Sondheimer, G. & Eichenberger, M. (1989). *Alkoholismus: Ansichtssache? Diagnose und Therapie des Alkoholismus aus der Sicht der Forel-Klinik. Ein Leitfaden für interessierte Fachkreise und Laien*. Ellikon a.d. Thur: Forel-Klinik.

- Sorrell, J. M. & Redmond, G. M. (1995). Interviews in qualitative nursing research: differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1117-1122.
- Steffen, J. J., Steffen, V. B. & Nathan, P. E. (1982). Behavioral approaches to alcohol abuse. In N. J. Estes & M. E. Heinemann (Hrsg.), *Alcoholism. Development, consequences and interventions* (2. Aufl., S. 329-338). St. Louis: Mosby.
- Strauss, A. L. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl.). München: Wilhelm Fink.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory : Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (S. Niewiarra & H. Legewie, Übers.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. (1995). Grounded Theory Research Approach. In H. J. Streubert & D. Carpenter (Hrsg.), *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative* (S. 145-161): J. B. Lippincott Company.
- Stroebe, W. (1998). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie: ein sozialpsychologischer Ansatz* (S. Niedernhuber, Übers.). Eschborn bei Frankfurt am Main: Dietmar Klotz.
- Stuppäck, C., Barnas, C., Falk, M., Günther, V., Hummer, M., Oberbauer, H., Pycha, R., Whitworth, A. & Fleischhacker, W. W. (1995). Eine modifizierte und ins deutsche übersetzte Form der Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-A). *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 18(4), 39-48.
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A. & Sellers, E. M. (1989a). Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84(11), 1353-1357.
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A. & Sellers, E. M. (1989b). *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar)*, [www]. Canadian Medical Association Journal. Verfügbar unter: <http://www.cma.ca/cmaj/vol-160/issue-5/0675app2.htm> [2001, 28.01.2001].
- Swenson-Britt, E., Carrouger, G., Martin, B. W. & Brackley, M. (2000). Project Hope: Changing Care Delivery for the Substance Abuse Patient. *Clinical Nurse Specialist*, 14(2), 92-100.
- Truan, P., Gmel, G., François, Y. & Janin, B. (1997). Dépistage de consommations problématiques d'alcool dans la population suisse: comparaison entre un instrument développé par l'ISPA et le questionnaire CAGE. *Journal Suisse de Médecine*, 127, 753-761.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E. & Gladsjo, J. A. (1994). Environmental events surrounding natural recovery from alcohol-related problems. *Addictions Nursing*, 6(4), 117-128.
- Watson, H. E. (1999). Minimal interventions for problem drinkers: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 513-519.

- Wiener, C. (1989). Untrained, Unpaid, and Unacknowledged: The Patient as Worker. *Arthritis Care and Research*, 1(2), 16-21.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science & Medicine*, 38(4), 509-516.
- Yersin, B. (1997). L'expérience d'un réseau multidisciplinaire. *Dépendance*(2), 32-34.

7 ANHANG

7.1 Anhang A: Readiness to Change Questionnaire (RCQ)

Tabelle 1

Readiness to Change Questionnaire (RCQ)

	Stimme sehr zu	Stimme zu	Bin unsicher	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich glaube nicht, dass ich zuviel trinke.					
Ich versuche, weniger zu trinken als früher.					
Ich trinke gern, aber manchmal trinke ich zuviel.					
Manchmal denke ich, dass ich weniger trinken sollte.					
Über mein Trinken nachdenken ist reine Zeitverschwendung.					
Ich habe erst vor kurzem meine Trinkgewohnheiten geändert.					
Jeder kann darüber <i>reden</i> , dass er wegen dem Trinken etwas tun will, aber ich <i>tue</i> tatsächlich etwas.					
Ich bin an dem Punkt angelangt, wo ich darüber nachdenken sollte, weniger Alkohol zu trinken.					
Mein Trinken ist manchmal ein Problem.					
Es gibt keine Notwendigkeit für mich, über eine Änderung meines Trinkens nachzudenken.					
Ich ändere meine Trinkgewohnheiten genau jetzt im Moment.					
Weniger Alkohol zu trinken, ergibt für mich keinen Sinn.					

Aus „Sekundärpräventive Interventionen bei einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus. Theoretische Grundlagen und empirische Befunde“ von U. Hapke, 2000, S. 225.

Freiburg im Breisgau: Lambertus. (Deutsche Übersetzung aus dem Amerikanischen [Hapke, Erfurt, John & Keeler, 1992; Original von Rollnick, Heather, gold & Hall, 1992]).

Jeweils 4 Fragen werden zu einer Skala zusammengefasst. Diese Skalen entsprechen den Stufen *Absichtslosigkeit*, *Absichtsbildung* und *Handlung* des TTM (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Keller, Velicer & Prochaska, 1999).

## 7.2 Anhang B: CAGE Questionnaire

- Have you ever felt you ought to cut down on your drinking?
- Have people annoyed you by criticizing your drinking?
- Have you ever felt bad or guilty about your drinking?
- Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves, or get rid of a hangover?

Das Akronym CAGE wurde von den zentralen Begriffen obiger Fragen abgeleitet: Cut down, Annoyance, Guilty und Eye-opener (Ewing, 1984; Mayfield, McLeod & Hall, 1974, zitiert nach Hapke, 2000).

Deutsche adaptierte Übersetzung (John, Hapke, Erfuhr & Keeler, 1992, zitiert nach Hapke, 2000):

1. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie ihren Alkoholkonsum verringern sollten?
2. Hat Sie schon einmal jemand durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht?
3. Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?
4. Haben Sie schon einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?

Bei Beantwortung von 2 oder mehr Fragen mit „Ja“ besteht ein hoher Verdacht auf ein Alkoholproblem (Backmund, 1999a). In einem stationären Setting wurde für den CAGE Questionnaire eine Sensitivität von 85% und eine Spezifität von 89% ermittelt (Bush, B., Shaw, S. Cleary, P., Delbanco T.L. & Aronson, M.J., 1986, zitiert nach Backmund, 1999a).

### 7.3 Anhang C: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Tabelle 2

#### Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit)

1.1.3.2. AUDIT

(Selbstbeurteilungsfragebogen)

(modifiziert für den Gebrauch in deutschsprachigen Ländern)

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!*

Da Alkohol vielfach zu gesundheitlichen Schäden führt, werden Sie in diesem Fragebogen nach Ihren Trinkgewohnheiten gefragt. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich, da sie Grundlage für ein ärztliches Gespräch sind.

**Beachten Sie bitte, dass auch Bier ein alkoholisches Getränk ist!**

Als Masseinheit gilt 1 Drink = 1 Glas/Dose Bier oder 1 Glas Wein/Sekt oder 1 Glas Korn, Rum, Schnaps, Weinbrand, Whisky oder ähnliches.

	0	1	2	3	4
Wie oft haben Sie alkoholische Getränke getrunken?	Nie	Einmal im Monat oder seltener	2mal im Monat	3mal im Monat	4- oder mehrmals im Monat
Wieviele Drinks trinken Sie pro Tag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
Wie oft trinken sie 6 oder mehr Drinks pro Tag?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft hatten Sie im letzten Jahr das Gefühl, Sie könnten nicht aufhören zu trinken, wenn Sie angefangen haben?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht das tun, was von Ihnen erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft brauchten Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie vorher stark getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie im letzten Jahr nach dem Alkoholtrinken Gewissensbisse gehabt oder sich schuldig gefühlt?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie sich nicht an die Ereignisse der Nacht zuvor erinnern können, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Haben Sie sich oder einen anderen schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr			ja, im letzten Jahr
Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	Nein	ja, aber nicht im letzten Jahr			ja, im letzten Jahr

Über 8 Punkte: Alkoholabhängigkeit wahrscheinlich.

Aus „Alkoholismusdiagnostik. Vorlesung während Postgraduierten-Ausbildungsangebot für Fachleute im legalen und illegalen Suchtbereich: Medizinisch-psychiatrische Grundlagen für die Arbeit mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen“ von T. Meyer, 2001 (22.11.2001).

Ellikon a.d. Thur. (Fragebogen modifiziert für den Gebrauch in deutschsprachigen Ländern.  
Original von Babor u. Mitarb., 1989).

#### 7.4 Anhang D: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA)

##### 1. VITALPARAMETER

Blutdruck

Puls

Atemfrequenz

Körpertemperatur

##### 2. ENTZUGSANFÄLLE (GRAND MAL)

Beobachtung während der letzten 24 Stunden bzw. seit dem letzten Rating

1: keine

6: ja

##### 3. ÜBELKEIT/ERBRECHEN

Befragung: Verspüren Sie ein flaes Gefühl im Magen, Übelkeit oder Brechreiz, haben Sie erbrochen; Beobachtung.

1: keine

2: milde Übelkeit

3:

4: deutliche Übelkeit mit Brechreiz

5:

6: massive Übelkeit und Erbrechen

##### 4. TREMOR

Beobachtung

1: keiner

2: nicht sicht- aber tastbarer Tremor (bei vorgestreckten Armen)

3:

4: deutlicher Tremor (bei vorgestreckten Armen sichtbar)

5:

6: massiver Tremor (am ganzen Körper sichtbar)

##### 5. HYPERHIDROSIS

Beobachtung

1: keine

2: mässig; feuchte Handflächen

3:

4: deutlich; Schweissperlen auf der Stirn

5:

6: extreme Hyperhidrosis

##### 6. TAKTILE WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN

Frage: Spüren Sie Jucken, Stechen, Brennen oder Taubheitsgefühl auf der Haut, haben Sie das Gefühl als krabbeln Tiere auf oder unter der Haut?

1: keine

2: sehr geringes Jucken, Stechen, Brennen oder Taubheitsgefühl

3:

4: deutliches Jucken, Stechen, Brennen oder Taubheitsgefühl, gelegentliches Auftreten taktiler Halluzinationen

- 5:
- 6: ausgeprägte taktile Halluzinationen

#### 7. AKUSTISCHE WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN

Frage: Sind Sie empfindlich gegen Lärm, schreckhaft, hören Sie Geräusche, Stimmen, die von anderen nicht wahrgenommen werden können? Beobachtung.

- 1: keine
- 2: sehr geringe Lärmempfindlichkeit, Schreckhaftigkeit
- 3:
- 4: hochgradige Lärmempfindlichkeit, Schreckhaftigkeit, gelegentliches Auftreten akustischer Halluzinationen
- 5:
- 6: ausgeprägte akustische Halluzinationen

#### 8. OPTISCHE WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN

Frage: Sind Sie sehr lichtempfindlich, sehen Sie Gegenstände, Lebewesen, die von anderen nicht wahrgenommen werden können?

Beobachtung.

- 1: keine
- 2: sehr geringe Empfindlichkeit gegen visuelle Reize
- 3:
- 4: hochgradige Empfindlichkeit gegen visuelle Reize, gelegentliches Auftreten optischer Halluzinationen
- 5:
- 6: ausgeprägte optische Halluzinationen

#### 9. ORIENTIERUNG

Frage: Was für ein Tag ist heute, können Sie das Datum nennen, wo befinden wir uns momentan? Beobachtung.

- 1: orientiert
- 2: zeitlich unsicher orientiert
- 3:
- 4: örtlich unsicher orientiert
- 5:
- 6: in allen Bereichen desorientiert

#### 10. KONZENTRATION

Frage: Rechnen Sie 100-7-7-7-7-7

- 1: keine
- 2: Unsicherheiten, Rechenfehler werden rasch korrigiert
- 3:
- 4: deutlich fehlerhaftes Rechnen
- 5:
- 6: nicht in der Lage, gestellte Aufgaben zu erfüllen

#### 11. NERVOSITÄT/ANGST

Frage: Sind Sie nervös, ängstlich; Beobachtung.

- 1: keine
- 2: geringe Nervosität
- 3:

- 4: deutliche Ängstlichkeit
- 5:
- 6: extreme Angst (Panikatacken gleichend)

#### 12. KOPFSCHMERZEN

Frage: Verspüren Sie Kopfschmerzen?

- 1: keine
- 2: geringe Kopfschmerzen
- 3:
- 4: ausgeprägte Kopfschmerzen
- 5:
- 6: extreme Kopfschmerzen

GESAMTSCORE:

Aus „Eine modifizierte und ins deutsche übersetzte Form der Clinical Institut Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-A)“ von C. Stuppäck, C. Barnas, M. Falk, V. Günther, M. Hummer, H. Oberbauer, R. Pycha, A. Whitworth und W.W. Fleischhacker, 1995. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 18(4), 41-44.

Anhand des Gesamtscores kann eine Einteilung des Schweregrads der Entzugssymptomatik vorgenommen werden. Bei leichten Entzugssymptomen ist eine medikamentöse Unterstützung nicht nötig. Allgemeingültige Therapieempfehlungen für die deutschsprachige Version der CIWA-A sind nicht erhältlich; diese müssten klinikintern ausdiskutiert werden.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Für die englischsprachige CIWA-Ar sind für die Scores Behandlungsvorschläge im Internet zugänglich auf der Webseite des Canadian Medical Association Journal: <http://www.cma.ca/cmaj/vol-160/issue-5/0675tab1.htm> (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo & Sellers, 1989b).

**7.5 Anhang E: Kurzintervention: A-FRAMES**

Tabelle 3

Kurzintervention: A-FRAMES

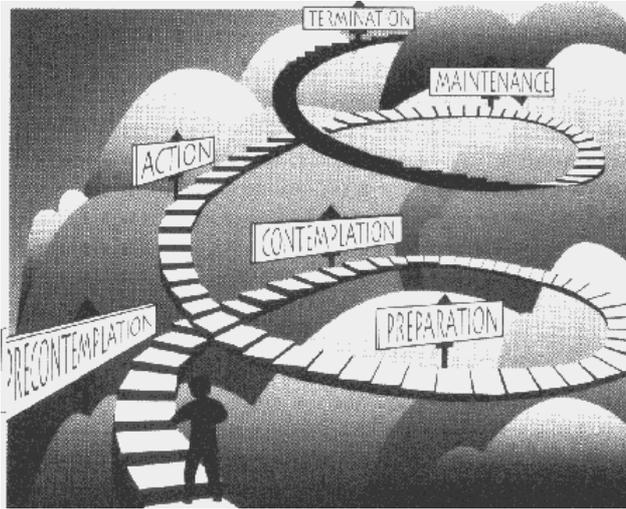
Assessment	Screening und Diagnose
Feedback	Ergebnisse des Assessments besprechen
Responsibility	Verantwortung des Patienten betonen; Kontrolle wird dem Patienten überlassen.
Advice	Mündliche oder schriftliche Ratschläge, z.B. Broschüren.
Menu	Zusätzlich zu einfachem Ratschlag Auswahl an Veränderungsalternativen anbieten.
Empathy	Empathische Begegnung erwies sich als wirkungsvoller als eine konfrontative.
Self-Efficacy	Optimismus und Selbstwirksamkeit des Patienten stärken; z.B. durch Aussage, dass eine Veränderung der Situation möglich ist.

Aus "Use of Brief Interventions to Treat Individuals With Drinking Problems" von D.L. Fingeld, 1999. Journal of Psychosocial Nursing, 37(4), 23-30.

## 7.6 Anhang F: Das Transtheoretische Modell

Abbildung 4

### Transtheoretisches Modell



Aus „Changing for good“ von J.O. Prochaska, J.C. Norcross und C.C. DiClemente, 1994.  
New York: William Morrow & Company. Copyright 1994 beim Verlag.

**7.7 Anhang G: Integration von Stufen und Veränderungsstrategien**

Tabelle 4

Integration von Stufen und Veränderungsstrategien

Absichtslosigkeit	Absichtsbildung	Vorbereitung	Handlung	Aufrechterhaltung
kognitiv-affektive Strategien		Verhaltensorientierte Strategien		
Steigern des Problembewusstseins	Emotionales Erleben Selbstneubewertung Neubewerten der persönlichen Umwelt	Selbstverpflichtung Nutzen hilfreicher Beziehungen	(Selbst-) Verstärkung Gegenkonditionierung Kontrolle der Umwelt	
Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen				

Aus „Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis“ von S. Keller (Hrsg.), 1999, S. 27. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

### **7.8 Anhang H: Interviewleitfaden**

- Bitte erzählen Sie mir, wie Sie Ihre Spitalaufenthalte erlebt haben.
- Wie haben Sie die Pflege (Umgang der Pflegenden mit Ihnen etc.) im Spital erlebt?
- Haben Sie Unterstützung von der Pflege erfahren, Unterstützung, die Sie Ihrer Meinung nach auf Ihrem Weg zur Abstinenz oder Verbesserung Ihrer Situation (Reduktion von gesundheitlich riskantem Alkoholkonsum, Inanspruchnahme des Suchthilfesystems, Kontakt zur AA etc.) unterstützt haben? Wenn ja, schildern Sie diese Unterstützung bitte.
- Sehen Sie sonstige unterstützende Bedingungen/Faktoren?
- Haben Sie Hindernisse von der Pflege erfahren, Hindernisse, die Ihrer Meinung nach Ihren Weg zur Abstinenz/Verbesserung Ihrer Situation erschwert haben?
- Sehen Sie sonstige Hindernisse/erschwerende Bedingungen/Faktoren?
- Was hätten Sie sich von der Pflege/Spitalaufenthalt allgemein gewünscht; was würden Sie ändern, wenn Sie könnten?

Vor Interview telefonisch zu erhebende Informationen: Demographie, Abstinenzdauer, Abhängigkeitsdauer vor Abstinenz, Dauer und Regelmässigkeit der Besuche von AA-Meetings (bei telefonischem Erstkontakt mit den InterviewteilnehmerInnen zu befragen; Einschlusskriterien können überprüft werden).

## 7.9 Anhang I: Einverständniserklärung

Winterthur, Januar 2002  
Andy Bolliger

Fachhochschule Aargau  
Nordwestschweiz



Direktionsbereich Gesundheit

### Orientierungsschreiben / Einverständniserklärung

Liebe  
Lieber

Gegenwärtig absolviere ich ein Studium an der Fachhochschule für Gesundheit in Aarau; die beiden Hauptschwerpunkte des Studiums sind Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Ich bin im dritten Studienjahr und werde im Sommer 2002 mit dem Titel Dipl. Gesundheits-/Pflegeexperte FH abschliessen können. Für meine Diplomarbeit beschäftige ich mich mit folgendem

Thema: Pflege im Akutspital aus der Sicht alkoholkranker Menschen

In dieser Studie möchte ich untersuchen, *wie alkoholranke Menschen die Pflege im Akutspital erlebt haben und welche Unterstützung und Hindernisse sie auf ihrem Weg der Genesung von ihrer Alkoholkrankheit wahrgenommen haben.*

Ich möchte mit Ihnen im Januar bis März 2002 ein bis drei 30- bis 60-minütige Interviews führen. Die Interviews werden auf MiniDisc aufgenommen. Die MiniDiscs werden nicht mit Ihrem Namen beschriftet. Ihr Name wird nicht verwendet. Im abschliessenden Forschungsbericht oder in möglichen Publikationen werden Beispiele aus den Interviews angeführt werden, welche jedoch anonym bleiben. Die Daten bleiben unter Verschluss, ausser sie befinden sich im Analyseprozess. Ihre Teilnahme ist freiwillig; Sie sind nicht verpflichtet, alle Fragen zu beantworten. Sie können sich jederzeit aus dem Interview oder der Studie zurückziehen. Schon erhobene Daten werden in einem solchen Fall nur mit Ihrem Einverständnis weiterverwendet; ansonsten werden sie vernichtet.

Bei Fragen können Sie mich gerne per Telefon, Mobiltelefon oder E-Mail kontaktieren.

Hiermit willige ich (Name) \_\_\_\_\_ ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Ich bin darüber informiert, dass ich meine Teilnahme jederzeit widerrufen kann und mein Name im Forschungsbericht oder in möglichen Publikationen nicht erscheint. Ich bin damit einverstanden, dass ich für eine Nachbefragung per Telefon oder E-Mail kontaktiert werde.

Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Forschenden: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

## 7.10 Anhang J: Vorkommen der vorläufigen Kategorien in den ersten 6 Interviews

Tabelle 5

## Vorkommen der vorläufigen Kategorien in den ersten 6 Interviews

Konzepte	Interviews						Total
	1	2	3	4	5	6	
Abblockreaktion	0	0	2	0	5	0	7
Ablenkung während Spitalaufenthalt	0	1	0	0	0	0	1
Ablehnung von Alkohol	1	0	0	0	0	0	1
Abstinenz	5	14	8	2	4	7	40
Absturz	5	10	1	1	2	0	19
Abwehrstrategie	1	1	4	0	0	0	6
Alkis nicht gleich Alkis: Menschen wie andere auch	1	0	0	0	2	0	3
Alkoholangebot	0	1	15	0	3	0	19
Alkoholisches Denken	2	1	2	0	0	0	5
Als Mensch behandelt werden	2	1	2	2	1	1	9
Angebot wäre da?	2	0	0	0	0	0	2
Angst	1	9	5	1	0	0	16
Anonyme Alkoholiker	9	7	7	12	8	1	44
Anpassung	0	2	0	5	0	0	7
Ansprechen der Alkoholproblematik	9	20	12	2	18	1	62
Anstoss von Aussen	0	2	8	2	4	4	20
Arbeit: Gedächtnis wieder zurückgewinnen	2	0	0	0	0	0	2
Arztbesuch ambulant	0	2	0	0	0	0	2
Auftrag	2	2	3	0	0	0	7
Ausbildung der Pflegenden	5	0	1	0	0	0	6
Aushalten	0	2	0	0	0	0	2
Ärztliche Diagnostik	0	10	0	0	0	0	10
Ätiologie Alkoholkrankheit	5	1	0	1	0	0	7
Behandlungsversuch	1	0	0	0	0	0	1
Bereit für Neuanfang	0	1	0	0	1	0	2
Beschäftigungstherapie	1	0	0	0	0	0	1
Bettruhe	0	1	0	0	0	0	1
Bewusstwerden	0	0	1	0	4	0	5
Co-Abhängigkeit	1	0	0	0	0	0	1
Dankbarkeit	3	2	0	2	1	0	8
Der Patient als Experte	1	0	0	0	0	0	1
Druck von Innen	0	1	0	0	0	0	1
Eigene Beurteilung	0	2	0	0	0	0	2
Eigenes Verhalten	0	2	1	4	0	1	8
Eintrittsgrund im Spital	0	0	1	0	0	0	1
Entzugserscheinungen	1	0	7	0	2	5	15
Ernst genommen werden	0	3	3	0	0	2	8

Erwartungen alkoholkranker Menschen im Akutspital	0	4	0	1	1	1	7
Fachwissen bezüglich Alkoholismus	5	1	4	0	0	4	14
Fehlende Aufmerksamkeit	0	0	3	0	0	0	3
Folge der Abstinenz	0	0	1	0	0	0	1
Fragliche Methoden	2	0	0	0	0	0	2
Freiheit	0	0	1	0	0	0	1
Funktion des Alkoholmissbrauchs	2	0	1	1	0	0	4
Fürsorgliche Pflege	0	3	1	2	0	0	6
Geradlinigkeit	1	0	0	0	0	0	1
Geschützter Rahmen	0	0	1	0	0	0	1
Grosses Spital	0	0	1	0	0	0	1
Gruppengespräche	3	0	0	0	0	1	4
Hilfe suchen	1	0	0	0	0	0	1
Hindernis auf dem Weg der Genesung	5	1	1	0	1	0	8
Hinweise bezüglich Alkoholmissbrauch	0	4	1	0	2	0	7
Höhere Macht	1	0	0	0	0	0	1
Information an den Patienten	1	6	7	1	3	0	18
Klare Gedanken fassen können	0	1	0	0	0	0	1
Kleines Spital	0	0	2	0	0	0	2
Kompetenz der Ärzte	0	1	0	0	0	0	1
Kontrolliertes Trinken	0	0	1	0	3	0	4
Körperliche Folgen durch Alkoholmissbrauch (auch reversible)	10	6	2	2	1	0	21
Kranke Ärztin	1	0	0	0	0	0	1
Krankheiten heute ernst nehmen	0	0	1	0	0	0	1
Medikamente	2	4	8	3	1	1	19
Misstrauen gegenüber Institutionen des Gesundheitswesens	3	0	0	0	0	0	3
Negative Aspekte der Pflegenden	1	0	1	0	0	0	2
Negative Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen	13	0	0	0	0	3	16
Neuer Lebensplan	6	9	1	1	0	0	17
Normal bleiben	3	1	1	0	0	0	5
Persönliche Bekannte unter Personal	2	0	0	0	0	0	2
Persönlicher Tiefpunkt	0	4	3	0	3	0	10
Pflege	6	4	3	3	1	10	27
Pflegende	7	1	1	1	2	0	12
Physische Beschwerden im Spital	0	3	0	0	0	0	3
Positive Aspekte der Pflegenden	3	5	2	4	3	0	17
Positive Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen	2	1	0	2	0	0	5
Positive Reaktionen von Aussen	0	0	1	0	0	0	1

Positiver Faktor bezüglich Problemlösung	0	3	0	0	0	0	3
Problembewusstsein	4	12	7	3	1	0	27
Professionelles Engagement erwünscht	3	0	0	0	0	0	3
Psychische Beschwerden	0	1	0	0	0	0	1
Psychischer Unterschied	0	1	0	0	0	0	1
Reissen	2	3	5	0	4	1	15
Respektlosigkeit	4	0	0	0	0	0	4
Rückfall	2	0	5	0	5	0	12
Scham	4	7	0	0	0	0	11
Schlaf	0	1	0	0	0	0	1
Schuldgefühl	1	1	0	0	0	0	2
Schuldzuweisung	1	0	0	0	0	0	1
Selbstbestimmung	1	0	0	0	0	0	1
Selbstkritik	1	0	0	0	0	0	1
Selbstmitleid	0	1	0	0	0	0	1
Selbstverantwortung	1	0	2	0	0	0	3
Sich alleine gelassen fühlen	1	6	0	0	0	0	7
Sich für andere ändern	0	0	1	0	0	0	1
Sich wehren	7	0	0	0	0	0	7
Sichtweise der Gesellschaft	9	3	2	0	2	0	16
Soziale Aspekte des Alkoholmissbrauchs	3	2	0	0	1	0	6
Soziale Einflussfaktoren	4	0	0	0	4	1	9
Soziale Unterstützung	2	1	0	1	0	0	4
Soziales Umfeld	1	0	2	1	2	1	7
Spitalaufenthalt	13	25	9	7	8	7	69
Stolz	0	2	0	0	0	0	2
Symptome der Alkoholkrankheit	9	10	18	0	3	2	42
Thematisierung der Alkoholproblematik im Akutspital	3	9	9	4	7	17	49
Trinkbegünstigende Freizeitbeschäftigung	1	0	0	0	0	0	1
Trinkgewohnheiten und -muster	3	0	4	0	3	0	10
TTM/Strategie (kognitiv-affektiv): Emotionales Erleben	0	3	1	1	0	0	5
TTM/Strategie (kognitiv-affektiv): Neubewertung der persönlichen Umwelt	0	1	0	0	0	0	1
TTM/Strategie (kognitiv-affektiv): Selbstneubewertung	2	2	1	1	0	0	6
TTM/Strategie (kognitiv-affektiv): Steigern des Problembewusstseins	1	4	4	2	0	2	13
TTM/Strategie (kognitiv-affektiv): Wahrnehmung förderlicher Umweltbedingungen	0	1	1	0	0	0	2

TTM/Strategie (verhaltensorientiert): Gegenkonditionierung		1	0	0	0	0	0
TTM/Strategie (verhaltensorientiert): Kontrolle der Umwelt	1	1	3	0	0	0	5
TTM/Strategie (verhaltensorientiert): Nutzen hilfreicher Beziehungen	2	1	0	2	0	0	5
TTM/Strategie (verhaltensorientiert): Selbstverpflichtung	0	0	1	2	2	0	5
TTM/Strategie (verhaltensorientiert): Selbstverstärkung	0	0	0	0	0	0	0
TTM/Stufe 1: Absichtslosigkeit	0	5	6	1	5	4	21
TTM/Stufe 2: Absichtsbildung	3	6	7	3	0	0	19
TTM/Stufe 3: Vorbereitung	1	2	0	3	3	0	9
TTM/Stufe 4: Handlung	0	1	2	0	1	0	4
TTM/Stufe 5: Aufrechterhaltung	1	2	1	0	0	0	4
TTM/Stufe 6: Stabilisierung	0	0	0	0	0	0	0
TTM: Ergebnisvariable: Entscheidungsbalance	0	1	1	0	0	0	2
TTM: Ergebnisvariable: Selbstwirksamkeit	0	0	0	0	0	0	0
TTM: Ergebnisvariable: Situative Versuchung	0	0	0	0	0	0	0
Umgang mit eigener Alkoholkrankheit	1	1	0	0	0	0	2
Unterschiedliche Pflege	2	0	0	0	0	0	2
Unterstützung auf dem Weg der Genesung	2	6	4	3	7	1	23
Übergang	0	1	2	0	0	0	3
Verlauf der Alkoholkrankheit	5	0	1	0	0	0	6
Vertrauen	0	7	0	0	1	0	8
Warten auf Linderung der Beschwerden	0	2	0	0	0	0	2
Weitergehende Angebote für alkohol- kranke Menschen im Akutspital	3	2	3	0	0	0	8
Wendepunkt	6	3	2	0	3	2	16
Wohlfühlen	2	10	0	0	0	0	12
Wunsch nach ganzheitlicher Betreuung	0	1	5	0	0	0	6
Wut	1	0	0	0	0	0	1
Zurück in den Alltag	1	3	0	0	0	0	4
<b>Total</b>	<b>255</b>	<b>311</b>	<b>241</b>	<b>89</b>	<b>138</b>	<b>80</b>	<b>1114</b>

**7.11 Anhang K: Ordnen der vorläufigen Kategorien zu Kategorien**

Tabelle 6

Ordnen der vorläufigen Kategorien zu Kategorien

<b>Kategorie</b>	<b>Konzepte</b>
Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abblockreaktion</li> <li>• Angebot wäre da?</li> <li>• Ansprechen der Alkoholproblematik</li> <li>• Auftrag</li> <li>• Erwartungen alkoholkranker Menschen im Akutspital</li> <li>• Fachwissen bezüglich Alkoholismus</li> <li>• Hinweise bezüglich Alkoholmissbrauch</li> <li>• Information an den Patienten</li> <li>• Thematisierung der Alkoholproblematik im Akutspital</li> <li>• Vertrauen</li> <li>• Weitergehende Angebote für alkoholranke Menschen im Akutspital</li> </ul>
Genesungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absturz</li> <li>• Alkis nicht gleich Alkis: Menschen wie andere auch</li> <li>• Bereit für Neuanfang</li> <li>• Bewusstwerden</li> <li>• Dankbarkeit</li> <li>• Krankheiten heute</li> <li>• ernst nehmen</li> <li>• Neuer Lebensplan</li> <li>• Persönlicher Tiefpunkt</li> <li>• Positiver Faktor bezüglich Problemlösung</li> <li>• Problembewusstsein</li> <li>• Psychischer Unterschied</li> <li>• Rückfall</li> <li>• TTM/Strategie (kognitiv-affektiv): Emotionales Erleben</li> <li>• TTM/Strategie (kognitiv-affektiv): Neuberwertung der persönlichen Umwelt</li> <li>• TTM/Strategie (kognitiv-affektiv): Selbstneubewertung]</li> <li>• TTM/Strategie (kognitiv-affektiv): Steigern des Problembewusstseins</li> <li>• TTM/Strategie (kognitiv-affektiv): Wahrnehmung förderlicher Umweltbedingungen</li> <li>• TTM/Strategie (verhaltensorientiert): Gegenkonditionierung</li> <li>• TTM/Strategie (verhaltensorientiert): Kontrolle der Umwelt</li> <li>• TTM/Strategie (verhaltensorientiert): Nutzen hilfreicher Beziehungen</li> <li>• TTM/Strategie (verhaltensorientiert): Selbstver-</li> </ul>

	<p>pflichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TTM/Strategie (verhaltensorientiert): Selbstverstärkung</li> <li>• TTM/Stufe 1: Absichtslosigkeit</li> <li>• TTM/Stufe 2: Absichtsbildung]</li> <li>• TTM/Stufe 3: Vorbereitung</li> <li>• TTM/Stufe 4: Handlung</li> <li>• TTM/Stufe 5: Aufrechterhaltung</li> <li>• TTM/Stufe 6: Stabilisierung</li> <li>• TTM: Ergebnisvariable: Entscheidungsbalance</li> <li>• TTM: Ergebnisvariable: Selbstwirksamkeitserwartung</li> <li>• TTM: Ergebnisvariable: Situative Versuchung</li> <li>• Verlauf der Alkoholkrankheit</li> <li>• Wendepunkt</li> </ul>
Anstoss von Aussen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anstoss von Aussen</li> <li>• Druck von Innen</li> </ul>
Soziale Einflussfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sichtweise der Gesellschaft</li> <li>• Soziale Aspekte des Alkoholmissbrauchs</li> <li>• Soziale Einflussfaktoren</li> <li>• Soziale Unterstützung</li> <li>• Soziales Umfeld</li> </ul>
Spitalaufenthalt erleben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ablenkung während Spitalaufenthalt</li> <li>• Eintrittsgrund im Spital</li> <li>• Geschützter Rahmen Spital</li> <li>• Grosses Spital</li> <li>• Kleines Spital</li> <li>• Spitalaufenthalt</li> </ul>
Abstinenz erleben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstinenz</li> <li>• Entzugerscheinungen</li> <li>• Folge der Abstinenz</li> <li>• Klare Gedanken fassen können</li> <li>• Medikamente</li> </ul>
Pflege erleben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildung der Pflegenden</li> <li>• Fachwissen bezüglich Alkoholismus</li> <li>• Fehlende Aufmerksamkeit der Pflege</li> <li>• Fürsorgliche Pflege</li> <li>• Negative Aspekte der Pflegenden</li> <li>• Pflege</li> <li>• Pflegende</li> <li>• Positive Aspekte der Pflegenden</li> <li>• Positive Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen</li> <li>• Unterschiedliche Pflege</li> <li>• Wunsch nach ganzheitlicher Pflege</li> </ul>
Eigenes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anpassung</li> <li>• Eigenes Verhalten</li> <li>• Normal bleiben</li> </ul>
Anonyme Alkoholiker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anonyme Alkoholiker</li> <li>• Höhere Macht</li> <li>• Information an den Patienten</li> </ul>

Symptome der Alkoholkrankheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkoholisches Denken</li> <li>• Körperliche Folgen durch Alkoholmissbrauch (auch reversible)</li> <li>• Reissen</li> <li>• Symptome der Alkoholkrankheit</li> </ul>
Als Mensch behandelt werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Als Mensch behandelt werden</li> <li>• Ernst genommen werden</li> <li>• Negative Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen</li> <li>• Positive Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen</li> <li>• Wohlfühlen</li> </ul>

Wer sich bis hierhin durch den Anhang gekämpft hat, kann sich vorstellen, wie sich der Verfasser zeitweilig vorkam: „... hatte... vergessen, was seine Aufgabe war, und schrieb sinnlos die Tastatur der Schreibmaschine hinunter und hinauf. Mit einem Finger“ (Dürrenmatt, 1989, S. 116).

### 7.12 Anhang L: Vorkommen der definitiven Kategorien in den ersten 6 Interviews

Tabelle 7

Vorkommen der definitiven Kategorien in den ersten 6 Interviews.

Kategorien	Interviews						Total
	1	2	3	4	5	6	
Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen	22	44	36	5	29	20	156
Genesungsprozess	8	23	21	7	8	6	73
Anstoss von Aussen	6	8	10	2	8	6	40
Soziale Einflussfaktoren	16	6	4	1	6	2	35
Spitalaufenthalt erleben	13	26	12	7	8	7	73
Abstinenz erleben	8	21	23	5	8	10	75
Pflege erleben	18	10	14	7	3	11	63
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>38</b>	<b>120</b>	<b>34</b>	<b>70</b>	<b>62</b>	<b>515</b>

**7.13 Anhang M: Eigenschaften und Dimensionen der Kernkategorie**

Tabelle 8

Eigenschaften und Dimensionen der Kernkategorie: Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen

<b>Eigenschaft</b>	<b>Dimensionalisierung</b>
Sensibilisierung des Pflegepersonals bezüglich Alkoholproblematik	nicht wahrnehmbar – gering wahrnehmbar – nicht wahrnehmbar
Fachwissen bezüglich Alkoholismus	vorhanden – kaum vorhanden – nicht vorhanden (beziehungsweise vom Patienten nicht ersichtlich)
Vertrauensbasis	vorhanden – teilweise vorhanden – nicht vorhanden
Hinweise bezüglich Alkoholmissbrauch	vorhanden – vermutet – nicht vorhanden
Auftrag	Thematisierung der Alkoholproblematik wird als Auftrag im Spital wahrgenommen – Thematisierung der Alkoholproblematik wird als Nebenthema wahrgenommen – Thematisierung der Alkoholproblematik wird nicht als Auftrag wahrgenommen
Informationen an den Patienten (Informationsvermittlung bezüglich Alkoholkrankheit und weitergehenden Angeboten durch die Pflege)	umfassende Informationen – wenige Informationen – keine Informationen
Ansprechen der Alkoholproblematik <ul style="list-style-type: none"> <li>• durch Gesundheitspersonal</li> <li>• Vom Patienten aus</li> <li>• von Patient erwünscht</li> <li>• dabei Privatsphäre gewährleistet</li> </ul>	mehrmals – selten – nie mehrmals – selten – nie ja – nein ja – nein
Umgang mit den Informationen	Annehmen können der Informationen – teilweise annehmen können der Information – Abblocken

**7.14 Anhang N: Unterstützung und Hindernisse auf dem Weg zur Genesung**

Tabelle 9

Unterstützung und Hindernisse auf dem Weg zur Genesung

<b>Kategorie</b>	<b>Unterstützung</b>	<b>Hindernis</b>
Die Alkoholproblematik im Akutspital zum Thema machen	Die Alkoholproblematik wird im Akutspital zum Thema gemacht, die Bedingungen (Auftrag, Sensibilisierung und Fachwissen) werden gebührend berücksichtigt.	Die Alkoholproblematik wird im Akutspital nicht zum Thema gemacht oder die Bedingungen (Auftrag, Sensibilisierung und Fachwissen) sind nicht erfüllt.
Anstoss von Aussen	Anstoss von Aussen findet statt.	Anstoss von Aussen findet nicht statt.
Spitalaufenthalt erleben	Organisation, Struktur und Abläufe innerhalb der Institution ermöglichend einen angenehmen Spitalaufenthalt.	Organisation, Struktur und Abläufe innerhalb der Institution wirken einem angenehmen Spitalaufenthalt entgegen.
Abstinenz erleben	Abstinenz wird angenehm, ohne Alkoholentzugserscheinungen erlebt.	Abstinenz wird unangenehm, mit Alkoholentzugserscheinungen erlebt.
Pflege erleben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen</li> <li>• Caring-Aspekte (fürsorgliche, aufmerksame, menschliche, verständnisvolle Pflege und Zuwendung)</li> <li>• Sich Zeit nehmen</li> </ul>	Negative Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen

Die verschiedenen hinderlichen oder unterstützenden Faktoren werden den einzelnen Kategorien zugeordnet<sup>24</sup>. Die korrekte Zuordnung wird erschwert und relativiert durch den Genesungsprozess, welcher die gleichen Handlungen in einem anderen Licht erscheinen lassen.

<sup>24</sup> Exklusive Genesungsprozess, da dieser sowohl Ziel als auch Ausgangspunkt der unterstützenden und hindernden Faktoren ist. Soziale Einflussfaktoren wurden auch ausgelassen: Die Daten dieser Untersuchung lassen bei dieser Kategorie keine eindeutigen Aussagen bezüglich Hindernissen oder Unterstützung zu. Es konnte jedoch festgestellt werden, dass soziale Einflussfaktoren vorhanden sind.

So wird zum Beispiel ein alkoholkranker Mensch auf Informationen bezüglich weitergehenden Behandlungsangeboten eher mit Ablehnung reagieren, wenn er sich noch nicht bewusst ist, dass er ein Problem hat. Wenn er bereits versucht, sein Alkoholproblem in den Griff zu kriegen, wird er solche Informationen eher zu schätzen wissen.

### **7.15 Anhang O: Reflexion eigener Einstellungen gegenüber alkoholkranken Menschen**

- Trinke ich Alkohol?
- Wenn ich Alkohol trinke: Wann trinke ich? Wo trinke ich? Wie oft trinke ich? Warum trinke ich?
- Wenn ich keinen Alkohol trinke: Was ist der Grund für meine Abstinenz?
- Wie habe ich den Alkohol während meiner Kindheit erlebt? Während meiner Jugend? Als Erwachsener?
- Wie reagiere ich auf einen betrunkenen Menschen?
- Betreibe ich selber regelmässig Alkoholmissbrauch und sehe doch andere in einem negativen Licht für ihren Missbrauch?
- Kenne ich den Unterschied zwischen sozial angepasstem und sozial nicht angepassten Trinkverhalten?
- Kann ich mit anderen nichtverurteilend über ihren Alkoholgebrauch sprechen, wenn ihre Konsummuster von den meinigen abweichen? (Parette et al., 1990, S. 29, Übers. v. Verf.).