



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die tagesklinische Behandlung im
Abhängigkeitsbereich der Universitären
Psychiatrischen Kliniken Basel: Erwartungen und
Nutzen der Patientinnen und Patienten“

Verfasser

Christian Auer

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Gaming, im August 2010	
Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	IDS Pflegewissenschaft
Betreuerin / Betreuer:	Dr. Christoph Abderhalden, MNSc

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere:

1) dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

2) dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Datum:

Unterschrift:

DANKSAGUNG

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Menschen bedanken, die mich insbesondere in den vergangenen Jahren meiner Studienzeit begleitet, unterstützt und mir ihren Beistand geleistet haben.

Ein besonderes Dankeschön richtet sich an meinen Diplomarbeitsbetreuer Dr. Christoph Abderhalden, MNSc vom Universitären Psychiatrischen Dienst (UPD) Bern, der mir ermöglicht hat vom 15.6.-30.9.2009 ein Praktikum in der Abteilung Pflegeforschung der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) zu absolvieren. Dadurch konnte ich in diesem Zeitraum mit der Vorbereitung und Datensammlung für meine Diplomarbeit beginnen. Ein spezieller Dank richtet sich an Fr. Regine Steinauer M.Sc. (Nursing), die mir während und nach meiner Praktikumszeit jederzeit ratsam zur Seite stand; Unklarheiten aus dem Weg räumte, nützliche Tipps zur Verfügung stellte und mir mit ihrer Fachkompetenz die Umsetzung dieser Arbeit in der vorliegenden Form wesentlich beeinflusst hat.

Ein spezieller Dank richtet sich an meine gesamte Familie, vor allem aber an meine Eltern, die mir die Absolvierung meines Studiums erleichtert haben und mir jederzeit ihr Vertrauen entgegenbringen.

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Die tagesklinische Behandlung alkoholabhängiger Personen ist eine durchaus wirkungsvolle und kostengünstige Form der Therapie, wurde aber in den deutschsprachigen Ländern bis dato sehr vernachlässigt. In den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) ist es seit 2004 möglich nach der stationären Entzugsbehandlung eine weiterführende tagesklinische Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es den Nutzen durch die tagesklinische Behandlung wie auch die Erwartungen an die tagesklinische Behandlung der PatientInnen im Abhängigkeitsbereich der UPK Basel zu beschreiben.

Methode: Es wurden insgesamt zwölf Einzelinterviews sowie zwei Fokusgruppengespräche geführt. Um eine möglichst umfassende Perspektive zu erhalten, wurden aktuelle TagespatientInnen, ehemaligen TagespatientInnen, stationäre PatientInnen und Angehörige befragt. Die gesammelten Daten wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

Ergebnisse: Bei den Einzelinterviews wurden je sechs Frauen und sechs Männer befragt. Das Durchschnittsalter der Interviewteilnehmer ist 45 Jahre. Der Großteil der Befragten war bereits mehrmals und länger als acht Wochen in Alkoholbehandlung. Aus dem Datenmaterial konnten 13 Kategorien generiert werden. Die von den Befragten am häufigsten genannten und somit wichtigsten Kategorien sind „persönliche Entwicklung“, „professionelle Unterstützung“, „individuelle Behandlung“ und „Vorbereitung für Alltag und Zukunft“. Als negative Kategorien konnten „Wunsch nach Schutz und Kontrolle“ sowie „geregelter Tagesstruktur“ identifiziert werden.

Schlussfolgerung: Die InterviewpartnInnen zeigten sich mit der tagesklinischen Behandlung sehr zufrieden und es kam speziell bei den Einzelinterviews zu wenig Kritik und Verbesserungsvorschlägen durch die Befragten. Vergleicht man diese Erkenntnis mit anderen Studien aus dem Abhängigkeitsbereich, so scheint das Verhalten der Befragten nicht außergewöhnlich zu sein. Ganz anders gestaltete sich die Situation bei den Fokusgruppengesprächen; die TeilnehmerInnen diskutierten über die tagesklinische Behandlung, äußerten Verbesserungsvorschläge oder kritisierten einige Punkte der Behandlung.

Abstract

Background: Day Hospital (DH) treatment for people addicted to alcohol is utterly effective and cost-saving. Nevertheless, in German-speaking countries DHs for people who suffer from alcohol abuse are rare to find. Since 2004 the University Psychiatric Clinics Basel is offering a DH treatment following the residential detoxification treatment.

Aim: Main aim of this paper is to analyze the expectations of patients in DH treatment and the general effectiveness of DH treatment at the University Psychiatric Clinics Basel.

Methods: In total, twelve one-on-one interviews and two focus group interviews were conducted. To gain a detailed perspective of current day patients, former day patients, residential patients and family members were interviewed. The gathered data was analyzed through the qualitative content analysis by Mayring.

Results: One-on-one interviews were conducted with six men and six women. The average age of the participants is 45 years. The majority of day patients had been hospitalized before and spent a minimum of eight weeks in treatment. 13 categories were developed from the entire dataset. The most frequently used and therefore the most important categories are “personal development”, “professional support”, “individualized treatment” and “preparation for everyday life/future”. As opposing categories “desire for protection and monitoring” and “structured day” were identified.

Conclusion: The participants were very satisfied with the DH treatment. Especially during the one-on-one interviews less criticism and suggestions for improving DH treatment were expressed by the participants. If one compares these results with other studies in this field, the outcomes are as expected. Quite different was the situation during the focus group interviews. Participants discussed the DH treatment, expressed suggestions for improvement and even criticised some aspects of the treatment.

INHALTSVERZEICHNIS

1.0	Literaturübersicht.....	1
1.1	Epidemiologie.....	1
1.1.1	Die Alkoholsituation weltweit und in der Europäischen Union (EU).....	1
1.1.2	Die Alkoholsituation in der Schweiz	2
1.1.3	Gender und Alkoholismus	3
1.2	Folgen des Alkoholismus.....	4
1.2.1	Körperliche Folgen	4
1.2.2	Psychische Folgen	6
1.2.3	Soziale Folgen.....	7
1.3	Begriffsdefinition	10
1.3.1	Alkoholabhängigkeit als chronische Krankheit	10
1.3.1.1	Alkoholismusforschung von Jellinek	11
1.3.2	Diagnose der Alkoholabhängigkeit	14
1.3.3	Formen der Therapie	15
1.3.3.1	Die tagesklinische Behandlung	15
1.3.3.2	Der „Qualifizierte Entzug“	16
1.3.3.3	Medikamentöse Therapie	16
1.3.3.4	Psychotherapeutische Verfahren	17
1.3.3.5	Sozialtherapie	19
1.3.3.6	Bezugspflege	20
1.4	Empirische Studien zur tagesklinischen Behandlung.....	21
1.4.1	Vergleich stationäre und tagesklinische Alkoholbehandlung	21
1.4.2	Die tagesklinische Behandlung in den USA und im deutschsprachigen Raum	23
1.4.3	Erwartung an die tagesklinische Alkoholbehandlung	24
1.5	Zweck der Arbeit	27
1.6	Forschungsfrage	28
2.0	Methode.....	28
2.1	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK Basel)	30
2.1.1	Der Bereich Abhängigkeitserkrankungen	30

2.1.2	Das therapeutische Konzept der Abteilung U1.....	31
2.2	Auswahl der Stichprobe.....	32
2.3	Feldzugang und Ablauf der Interviews	32
2.4	Datensammlung	33
2.5	Fragebogen für das semistrukturierte Interview	34
2.6	Datenauswertung.....	36
2.7	Gütekriterien.....	40
2.8	Ethische Überlegungen	42
3.0	Ergebnisse	44
3.1	Stichprobe	45
3.2	Darstellung der Kategorien	46
3.3	Häufigkeitsauszählung der generierten Kategorien.....	62
3.4	Ergebnisse aus den Feldnotizen	64
3.5	Kodierleitfaden	65
3.6	Validation der Ergebnisse.....	66
3.7	Membercheck.....	69
4.0	Diskussion	70
4.1	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	70
4.2	Positivfärbung und wenig Kritik an Behandlung in den Einzelgesprächen	72
4.3	Kritische Aussagen und divergierende Wahrnehmungen.....	74
4.4	Die Hauptkategorien im Vergleich mit der Forschungsliteratur.....	78
4.4.1	Die Besonderheit der Kategorie „Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung“	83
4.5	Das Zusammenspiel der Kategorien	84
4.6	Limitationen	87
4.7	Empfehlungen für die Praxis.....	88
4.8	Schlussfolgerungen	89
5.0	Literaturverzeichnis	91
6.0	Anhang	101

6.1	Semistrukturierter Fragebogen.....	101
6.2	Patienteninformation und Einverständniserklärung.....	104
6.3	Kodierleitfaden	105
6.4	Lebenslauf	112

1.0 Literaturübersicht

1.1 Epidemiologie

Nicht nur alkoholabhängige Personen und deren unmittelbares Umfeld leiden unter den Folgen des Alkoholkonsums, sondern auch Drittpersonen und die Allgemeinheit sind erheblich davon betroffen. So spielt der Verlust an verlorenen Lebensjahren durch Behinderung und vorzeitigen Tod (engl. „Disability Adjusted Life Years“ Abk. DALYs) wegen übermäßigem Alkoholkonsum nicht nur eine wesentliche Rolle für die Wirtschaft einzelner Staaten, sondern er hat sogar Auswirkungen auf die Weltwirtschaft (WHO 2009). Die World Health Organization (WHO) mit dem Projekt Global Burden of Disease (GBD) wählte einen einzigen Indikator (DALYs), der sowohl Mortalität als auch Morbidität bzw. gesundheitsbedingte Behinderungen kombiniert. Anhand dieses Konzepts kann die Bedeutung verschiedener Krankheiten für die Gesellschaft gemessen werden (WHO 2009).

1.1.1 Die Alkoholsituation weltweit und in der Europäischen Union (EU)

Weltweit gibt es zwei Milliarden Menschen, die Alkohol konsumieren. Davon leiden 76,3 Millionen Menschen an einer Alkoholabhängigkeit. Des Weiteren werden weltweit 3,2% aller Todesfälle sowie 4% der DALYs dem übermäßigen Alkoholkonsum zugeschrieben (WHO 2009).

Obwohl der Gesamtverbrauch von 15 Liter reinem Alkohol in den siebziger Jahren pro Einwohner und Jahr, auf jetzt 11 Liter gesunken ist, besagt ein Bericht für die Europäische Kommission vom Institute for Alcohol Studies, UK aus dem Jahr 2006, dass die EU weltweit die Region mit dem höchsten Alkoholverbrauch ist. Knapp die Hälfte an reinem Alkohol wird in Form von Bier (44%) getrunken, etwa ein Drittel als Wein (34%) und der Rest wird als Spirituosen (23%) konsumiert. In den nördlichen und mittleren EU15 Ländern wird hauptsächlich Bier und in den südlichen EU15 Ländern mehrheitlich Wein getrunken. Es wird geschätzt, dass 23 Millionen Europäer alkoholabhängig sind (5% der Männer, 1% der Frauen).

Die gesamten monetär erfassbaren Kosten für die EU werden im Jahr 2003 auf 125 Milliarden Euro geschätzt. Die immateriellen Kosten setzten sich aus Schmerzen, Leiden und Verlusten an Lebensjahren zusammen, die infolge der kriminellen, sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen entstehen. Diese Kosten wurden im Jahr 2003 auf 270 Milliarden Euro geschätzt.

Aus gesundheitlicher Sicht betrachtet sterben 195.000 EU-Bürger im Jahr durch Alkohol. Damit rangiert Alkoholkonsum an dritthöchster Stelle von 26 Todesursachen in der EU und wird nur von Tabakkonsum und Bluthochdruck übertroffen (Anderson und Baumberg 2006).

1.1.2 Die Alkoholsituation in der Schweiz

Laut Schweizerischer Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) erwachsen der schweizerischen Volkswirtschaft jährlich Kosten in Milliardenhöhe durch übermäßigen Alkoholkonsum. Diese Kosten setzen sich nicht nur in Form von Sach- und Personenschäden zusammen, sondern auch durch den Ausfall an Produktionskraft durch Krankheit, Invalidität und frühen Tod. Die Gesamtkosten bedingt durch übermäßigen Alkoholkonsum ergeben sich aus direkten Kosten (Arzt, Arzneimittel, Spitalskosten usw.), indirekten Kosten (Produktionsausfälle infolge von Krankheit und Tod) und immateriellen Kosten (physisches und psychisches Leid der Kranken und Angehörigen). Das ergibt jährlich insgesamt 6,7 Milliarden Franken an sozialen Kosten für die Schweiz (SFA 2009).

Der Alkoholverbrauch je Einwohner in der Schweiz ging konstant von 1985 (11,2 Liter reiner Alkohol pro Jahr und Einwohner) bis 2006 (8,6 Liter) zurück. Dieser Rückgang betrifft sowohl den gegorenen Alkohol (Bier und Wein), wie auch Spirituosen. Jedoch konnte ein leichter Anstieg um 0,2 Liter reinem Alkohol pro Jahr und Einwohner auf 8,8 Liter von 2006 auf 2007 verzeichnet werden (Infoset Direct 2007).

Des Weiteren konnten im Jahr 2002 mehr als 2000 Todesfälle dem Alkoholkonsum zugerechnet werden. Davon waren 78% Männer betroffen. Insgesamt können somit 5,2% aller Todesfälle bei den Männern dem Alkoholkonsum zugeschrieben werden. Bei den Frauen beträgt dieser Anteil 1,4%. Da durch alkoholbedingte Todesfälle häufig junge Menschen, vor allem durch Verkehrsunfälle und Suizide betroffen sind, gehen in der Schweiz schätzungsweise 30.000 Lebensjahre verloren. Das entspricht 8,2% aller durch Tod frühzeitig verlorenen Lebensjahre (SFA 2009).

Im Jahr 2007 wurde die Diagnose Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 in den Schweizer Spitälern im stationären und teilstationären Bereich 13.000 Mal gestellt. Diese Statistik gibt nur einen Ausschnitt der Realität wieder, da ambulante Behandlungen nicht berücksichtigt wurden. Gemäß Berechnungen, die auf Bevölkerungsumfragen in den neunziger Jahren durchgeführt wurden, gibt es in der Schweiz über 300.000 alkoholabhängige Menschen (SFA 2009).

1.1.3 Gender und Alkoholismus

Generell gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in allen sozialen Bereichen, auch bei Gesundheit und Krankheit. Dies erstreckt sich vom Körperbewusstsein, Gesundheitsverhalten, Krankheitsausprägungen und –häufigkeiten bis zur Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgungssysteme. Auch die Alkoholabhängigkeit ist von geschlechtsspezifischen Unterschieden gekennzeichnet (Zenker 2005).

So werden in der Schweiz 5,2% aller Todesfälle der Männer dem übermäßigen Alkoholkonsum zugeschrieben, aber nur 1,4% bei den Frauen. Bei den Männern betragen die verlorenen Jahre durch frühzeitigen Tod durch Alkohol 10,4% und bei den Frauen 4,9%. Des Weiteren rangiert die Diagnose Alkoholabhängigkeit im stationären und teilstationären Rahmen in der Schweiz im Jahr 2007 bei den 40-69jährigen Männern mit 3952 Behandlungen an 7. Stelle der am häufigsten gestellten Hauptdiagnosen, während bei den Frauen im selben Alter die Diagnose Alkoholabhängigkeit mit 2571 Behandlungen an 13. Stelle liegt. Sehr deutlich ist der geschlechtsspezifische Unterschied bei absichtlichen Verletzungen (auch Selbstverletzungen) infolge von Alkoholkonsum. Hier beträgt der Anteil bei den Männern 49,2% und bei den Frauen 23,4% (SFA 2009).

Ein Grund für eine höhere Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei Männern könnte ein größeres genetisches Risiko für Suchterkrankungen sein. Begünstigt muss die Entwicklung einer Sucht jedoch zusätzlich von kulturellen oder sozialen Faktoren werden. Das risikoreiche und gesundheitsgefährdende Verhalten der Männer ist eng mit der sozialen Konstruktion von Männlichkeit verknüpft. Zudem beschreiben vor allem junge Männer den Alkoholgenuss anders als Frauen. Männer schreiben dem Alkoholgenuss meist positive Effekte zu und wollen dadurch Genuss- und Arbeitsfähigkeit steigern und andererseits negative Empfindungen reduzieren (Zenker 2005).

Funke und Scheller gehen in ihrem Beitrag unter anderem der Frage nach, ob es eine männliche und eine weibliche Alkoholabhängigkeit gibt. Sie bestätigen ihre eigenen Beobachtungen durch zahlreiche amerikanische und deutsche Studien und kommen zu dem Schluss, dass es kaum Unterschiede in der Abhängigkeitsentwicklung von Männern und Frauen gibt, außer dass Frauen:

- häufiger alleine trinken,
- im Durchschnitt über geringere Trinkmengen berichten,

- im Mittel ein bis zwei Jahre später im Lebensverlauf mit dem problematischen Trinken beginnen als Männer,
- statistisch auf eine kürzere Krankheitsdauer bis zur Inanspruchnahme von Hilfen verweisen können und
- sich in der Regel bei Beginn der Behandlung in einer psychosozial ungünstigeren Ausgangslage befinden, d.h. häufiger ohne oder mit nur geringer Unterstützung von Bezugspersonen auskommen müssen (Funke und Scheller 2004).

Trotzdem wird Alkoholabhängigkeit immer noch als primär „männliche“ Störung angesehen. Demzufolge besteht ein Großteil der untersuchten Stichproben ausschließlich oder überwiegend aus Männern. Die Frauen, die mituntersucht werden, zeigen häufig neben der Diagnose Alkoholabhängigkeit weitere psychopathologische Merkmale, ein höheres Maß an psychiatrischer Komorbidität und werden im Vergleich zu Männern stärker sozial stigmatisiert. Auch wenn die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit bei Männern und Frauen nur wenige Unterschiede aufzeigt, so berichten viele Autoren über Unterschiede in der Ursachenzuschreibung. Männer berichten, dass der Alkoholkonsum viele Probleme auslöst und Frauen nennen dagegen eher primäre Probleme wie Angst, Depressivität und schwierige Lebensumstände als Ursachen für ihr verstärktes Trinken (Funke und Scheller 2004; Winkler 2000).

Eine weitere Diskrepanz kann man erkennen, wenn man den Anteil der Frauen die an einer Alkoholabhängigkeit leiden, mit dem Anteil der sich in Behandlung befindenden Frauen, vergleicht. Rund ein Drittel aller Alkoholabhängigen sind Frauen, aber nur etwa ein Viertel aller Personen die eine Alkoholtherapie in Anspruch nehmen, sind Frauen (BAG 1998).

1.2 Folgen des Alkoholismus

1.2.1 Körperliche Folgen

Die Nebenwirkungen des chronischen Alkoholkonsums sind beträchtlich und unterliegen nicht nur der Dosis, sondern auch der individuellen Empfindlichkeit. Daher ist es schwer, negative Folgeerkrankungen vorauszusagen. Mit Sicherheit kann allerdings gesagt werden, dass es keinen risikofreien Alkoholkonsum gibt. Man kann lediglich eine risikoarme, maximale Trinkmenge angeben. Voraussetzungen für einen

risikoarmen Konsum alkoholischer Getränke sind, dass keine zusätzlichen Krankheitsbilder bestehen, die durch diesen Alkoholkonsum verstärkt werden. Hingegen führt eine chronische Vergiftung durch Alkohol früher oder später zu schweren Krankheitsbildern an verschiedenen Organen und Organsystemen, die unter anderem tödliche Folgen haben können (Stampfer, Kang et al. 2005).

Eine Dosis-Wirkungsbeziehung (d.h. je mehr Alkoholkonsum, desto höher die Wahrscheinlichkeit an einer Krankheit zu sterben besteht für folgende Kategorien von Todesursachen:

- Maligne Tumore.
- Chronische oder akute, somatische und psychische Krankheiten, die oft Alkohol als Teil der diagnostischen Definition beinhalten (z.B. alkoholische Leberzirrhose).
- Unfälle und Verletzungen.
- Bestimmte zerebrovaskuläre Krankheiten (Rehm 2005).

Es gibt eine wichtige Gruppe von Todesursachen, die durch moderaten Alkoholkonsum positiv beeinflusst werden kann und im kardiovaskulären Bereich zu finden ist. Die protektive Wirkung von moderatem Alkoholkonsum auf ischämische Herzkrankheiten und ischämische Schlaganfälle wurde anhand zahlreicher Studien mit über einer Million Probanden bestätigt (Rehm 2005). Unter moderatem Alkoholkonsum wird die maximale Trinkmenge von zwei Drinks pro Tag bei Frauen (20g Alkohol) und drei bis vier Drinks bei Männern (30-40g Alkohol) verstanden. Dagegen konnte eindeutig eine erhöhte Mortalität bei übermäßigem Alkoholkonsum nachgewiesen werden (Di Castelnuovo, Costanzo et al. 2006).

Neben organbezogenen Alkoholschäden führt Alkohol auch zu Störungen des Immunsystems, was gehäuft in bakteriellen Infektionen resultieren kann, zu hormonellen Störungen, die in einem deutlichen Libidoverlust und Impotenz enden können, sowie zu neurologischen Krankheiten. Gesundheitliche Folgen durch Alkohol machen sich häufig durch vorzeitiges Altern der Haut, häufigere Erkältungen und Lungenentzündungen, Herzmuskelschwäche, Blutarmut, Händezittern, Durchfall, Vitaminmangel und Mangelernährung bemerkbar (Allen, Beral et al. 2009).

Die wichtigsten Schäden an Organen durch übermäßigen Alkoholkonsum sind:

- akute Gastritis,
- Speiseröhren- und Kehlkopfkrebs,

- Darmkrebs,
- Leberzirrhose,
- Akute Alkoholhepatitis und
- Schädigung der Bauchspeicheldrüse (Singer und Teysen 2001; Allen, Beral et al. 2009).

Zu den wichtigsten neurologischen Folgen durch Alkoholmissbrauch zählen:

- epileptische Anfälle,
- Hirnatrophie,
- alkoholische Polyneuropathie,
- Demenz,
- amnestisches Syndrom,
- Korsakow-Syndrom und
- Wernicke-Enzephalopathie (Singer und Teysen 2001; Smith und Atkinson 1995).

Körperliche Beschwerden entstehen bei einem Großteil der alkoholabhängigen Personen bei der Einstellung des Alkoholkonsums durch das sogenannte Entzugssyndrom. Entzugssymptome beginnen meist acht Stunden nach dem Abfall der Blutalkoholkonzentration und erreichen ihren Höhepunkt nach zwei Tagen. Nach vier bis fünf Tagen gehen die Entzugssymptome deutlich zurück. Der Alkoholentzug äußert sich bei fast jedem Betroffenen durch Zittern, Angst, Schlaflosigkeit, Schweißausbrüche, Herzklopfen und Magen-Darmsymptome. Ein deutlich geringerer Anteil der Betroffenen kann in der Phase des Entzugs epileptische Anfälle oder die verschiedenen Schweregrade eines Delirium tremens entwickeln (Bergmann und Ferbert 2006).

1.2.2 Psychische Folgen

Die durch Alkoholismus entstehenden psychischen Verhaltensstörungen sind groß. Sie werden in „komorbid vorliegende psychische Störungen“ und eher „psychosoziale Folgen“ des Alkoholismus unterschieden. Des Weiteren haben Patienten mit Schizophrenie ein erhöhtes Risiko, gegenüber der übrigen Bevölkerung, an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken (Compton, Thomas et al. 2007; Soyka 2001).

Bei der Komorbidität mit psychischen Störungen ist eine Unterscheidung in primäre (zeitlich dem Alkoholismus vorangehende) oder sekundäre psychische Störung relevant. Die retrospektive Einschätzung ist häufig schwierig. Einige Befunde zeigen, dass Depressionen bei Alkoholabhängigkeit eher sekundär auftreten und Angststörungen dagegen öfter primär. Folgende komorbide psychische Störungen treten bei Alkoholabhängigkeit häufig auf:

- Phobien,
- Panikstörungen,
- Dysthymien,
- Majore Depressionen,
- (andere) Substanzstörungen,
- Somatisierungstörungen und
- Zwangsstörungen (Soyka 2001).

Eine aktuelle Untersuchung aus den USA mit 43.000 Personen zeigt, dass bei einer diagnostizierten Drogenabhängigkeit eine positive und signifikante Verbindung mit Komorbiditäten wie Alkoholabhängigkeit/-missbrauch, Nikotinabhängigkeit sowie Gefühls-, Angst- und Persönlichkeitsstörungen bestehen (Compton, Thomas et al. 2007).

Psychosozialen Folgeschäden bei Alkoholabhängigkeit sind:

- zunehmende Deprivation sowie Änderungen der Persönlichkeit,
- Vernachlässigung persönlicher Interessen zur Aufrechterhaltung der Sucht,
- Defizite im Bereich Körperpflege und Hygiene,
- sexuelle Enthemmung und
- gesteigerte Aggression (Soyka 2001).

1.2.3 Soziale Folgen

Mit ansteigendem Alkoholkonsum nimmt die Wahrscheinlichkeit für negative soziale Folgen zu. Dies äußert sich vor allem in den Bereichen Familienleben, Arbeitswelt, Straßenverkehr und Kriminalität (Klingemann 2001).

Im Bereich Familienleben leiden nicht nur die Partner der alkoholabhängigen Person, sondern ganz besonders deren Kinder. Ein großer Anteil an alkoholkranken Personen hat ein oder mehrere Kinder, die allerdings nicht alle in deren Haushalt leben. Es wird

geschätzt, dass in Deutschland 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren vom elterlichen Alkoholmissbrauch betroffen sind. Somit lebt jedes siebente Kind in Deutschland zeitweise, und jedes zwölfte Kind dauerhaft, in einer Familie mit einem Elternteil, der eine alkoholbezogene Störung aufweist (Lachner, Wittchen 1997).

Kinder aus Alkoholikerfamilien müssen häufig Streit und extreme Stimmungswechsel aushalten. Sie sind Objekte von Verwöhnung und Aggression und in der Auseinandersetzung zwischen den Eltern müssen sie häufig Partei ergreifen. Eine beträchtliche Zahl der Kinder erleben keine Verlässlichkeit und erfahren sexuelle Belästigungen und Misshandlungen. Häufig müssen Kinder die Rolle des betroffenen Elternteils übernehmen und werden früh in eine Erwachsenenrolle gedrängt. Die Erziehungsaufgaben können von alkoholkranken Eltern häufig nur bedingt oder gar nicht wahrgenommen werden (Soyka und Kufner 2008; Klingemann 2001). Eine Folge davon ist, dass Kinder, die diesen Belastungen ausgesetzt sind, ein bis zu sechsfach höheres Risiko zur Entwicklung von Abhängigkeitsstörungen und ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten (z.B. ADHD¹) und psychischen Störungen (Ängste, Depressionen etc.) haben (Klein 2001).

Töchter und Söhne deren Eltern Alkoholprobleme haben, haben ein signifikant höheres Risiko selbst alkoholabhängig zu werden. Wie man in Tabelle 1.1 sehen kann, liegt speziell für weibliche Probanden die relative Wahrscheinlichkeit, bei elterlichen Alkoholproblemen, selbst alkoholabhängig zu werden um das vier- bis fünffache höher als bei männlichen Probanden (Lachner, Wittchen 1997).

elterliche Probleme mit Alkohol	männliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholab-hängigkeit	weibliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholab-hängigkeit
nur Vater	2,01**	8,69***
nur Mutter	3,29***	15,94***
beide Elternteile	18,77***	28,00***

** : p<,01; ***: p<,001;

Tabelle 1.1 aus Lachner und Wittchen 1997

Es wird jedoch angenommen, dass die Alkoholwirkung bis zu einem bestimmten Grad sogar zur Aufrechterhaltung des familiären oder partnerschaftlichen Systems beitragen kann. Bei zunehmender Dauer des Alkoholmissbrauchs überwiegen jedoch die

¹ Attention-deficit hyperactivity disorder

negativen Folgen und das Gleichgewicht kann nicht mehr beibehalten werden. Als Folge kommt es häufig zu einer Trennung oder Ehescheidung. Zu beachten ist, dass eine Trennung in vielen Fällen nicht nur die Folge, sondern die Ursache für das Fortschreiten des Alkoholismus ist und völliger Vereinsamung und endgültigem Verfall nichts mehr im Wege stehen. Bevor es aber zu einer Trennung oder Ehescheidung kommt, gehen häufig jahrelange Konfliktsituationen zwischen den Partnern oder der Familienmitglieder voraus. Aufgrund des gesteigerten Aggressionspotentials durch Alkoholeinfluss, kann es in Konfliktsituationen häufiger zu Gewalttätigkeiten und verbalen Aggressionen kommen (Soyka und Kufner 2008).

Laut SFA hatten im Jahr 2003 in der Schweiz knapp 20% der 15- bis 24-Jährigen alkoholbedingten Streit mit Freunden oder dem Partner. Soziale Probleme in dieser Altersgruppe sind stärker auf episodisches oder Rauschtrinken, als auf chronisches Trinken zurückzuführen. Jedoch hatten auch 13% der 25- bis 34-Jährigen und rund 10% der 35- bis 64-Jährigen Streit mit dem Partner (SFA 2003).

Auch in der Arbeitswelt kommt es zu negativen Auswirkungen im Laufe der Abhängigkeitserkrankung. So kommt es bei chronischem Alkoholkonsum und chronischer Alkoholabhängigkeit häufig zur Verlangsamung der Psychomotorik oder des Denkvermögens, zu einem Mangel an Konzentrationsvermögen oder einem Nachlassen der sensorischen und motorischen Fähigkeiten. Weiters sind eine Reduktion der Initiative und Aktivität, Unzuverlässigkeit, mangelnde Sorgfalt, Gleichgültigkeit, Gereiztheit und depressive Verstimmungen zu nennen. All diese Symptome spielen eine erhebliche Rolle für die nachlassende Arbeitsleistung, für vermehrte Krankheitstage und für eine erhöhte Zahl an Arbeitsunfällen (Soyka und Kufner 2008).

Die SFA spricht von 5-11% an Mitarbeitern von Produktions- bzw. Dienstleistungsbetrieben die ein Alkohol- und/oder andere Abhängigkeitsprobleme haben (Nikotin nicht eingerechnet). Es wird aber darauf hingewiesen, dass in diesem Zusammenhang übermäßiger Alkoholkonsum die meisten Probleme verursacht. Laut Untersuchungen können MitarbeiterInnen mit fortgeschrittenen Alkoholproblemen noch 75% der Arbeitsleistung erbringen. D.h. 25% des Lohns werden für nicht erbrachte Leistungen bezahlt (SFA 2009; Klingemann 2001).

1.3 Begriffsdefinition

1.3.1 Alkoholabhängigkeit als chronische Krankheit

Wenn in der Forschungsfrage von PatientInnen in tagesklinischer Behandlung gesprochen wird, dann ist gemeint, dass diese PatientInnen an einer chronischen Alkoholabhängigkeit leiden.

Aus der Literatur geht hervor, dass übermäßiger Alkoholkonsum nicht seit jeher als Krankheit, oder gar als chronische Krankheit, verstanden wurde. Jedoch wird schon in frühen Quellen über verschiedene Trinkmuster und unterschiedliche Auswirkungen des Alkoholkonsums berichtet. Entsprechend wurde von Genuss, Gebrauch oder Missbrauch gesprochen, wie auch von Trunkenheit und Rausch. Bereits seit den klassischen Arbeiten von Plutarch und Aristoteles ist allgemein akzeptiert, dass Alkoholismus familiär gehäuft auftritt (Schmidt 2005). 1778 bezeichnete Trotter Trunkenheit erstmals als Krankheit und 1819 beschrieb von Brühl-Cramer quartalshafte, episodisches Trinken als körperliche Krankheit. Der Begriff des „Alcoholismus chronicus“ wurde von Magnus Huss 1849 erstmals für ein eigenständiges Krankheitsbild verwendet (Antons und Schulz 1981; Schmidt 2005). Allerdings war man damals der Meinung, dass Trunksüchtige willensschwache Personen seien, die dem Alkohol nicht entsagen könnten. Diese moralisch abwertende Beurteilung von Alkoholkranken und der Alkoholkrankheit ist heute noch weitverbreitet und hängt mit dem Vorurteil zusammen, die Krankheit sei selbst verschuldet (Lindenmeyer 2005; Schmidt 2005).

Zwischen 1940 und 1960 beschrieb Elvin Morton Jellinek in seinen Arbeiten über das Krankheitsbild Alkoholismus die typischen Merkmale „des Kontrollverlustes“, „des übermäßigen Denkens an Alkohol“, „des Verleugnens“ und „der Entzugserscheinungen“. Zudem ging er von einem progressiven Verlauf aus und grenzte verschiedene Alkoholikertypen ab (Schmidt 2005).

Entsprechend übersetzen Soyka & Kufner die Definition von Alkoholismus des National Council on Alcoholism und Drug Dependence and American Society of Addictive Medicine von 1992 wie folgt:

„Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren beeinflusst wird. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch dauernd oder zeitweilig auftretende Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die

vermehrte gedankliche Beschäftigung mit dem Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken und dessen Konsum häufig verleugnet wird.“ (Soyka und Küfner 2008).

1.3.1.1 Alkoholismusforschung von Jellinek

Wie bereits erwähnt leistete Elvin Morton Jellinek bereits zwischen 1940 und 1960 einen wesentlichen Beitrag zur Alkoholismusforschung der bis heute Anwendung findet. Ganz allgemein können nach Jellinek drei Gruppen von Trinkenden gebildet werden:

- Nichttrinker
 - Trinker (Alkoholkonsumenten)
 - a) gelegentlich Trinkende
 - b) gelegentlich exzessiv Trinkende
 - Alkoholiker
 - a) nicht Süchtige
 - b) Süchtige (=Alkoholranke)
- (Schmidt 1988)

Zudem entwickelte Jellinek eine Klassifikation von Personen mit Alkoholproblemen nach fünf Kategorien von Alpha bis Epsilon, die in der Tabelle 1.2 dargestellt ist. Des Weiteren ist von Jellinek ein Phasenmodell mit vier verschiedenen Verlaufsphasen, dass er 1952 im „Quarterly Journal of Studies on Alcohol“ unter dem Titel „Phases of Alcohol Addiction“ veröffentlichte (Antons und Schulz 1981; al-Wiswasi 2003).

Typologie nach Jellinek (1960)

α-Typ	β-Typ	γ-Typ	δ-Typ	ϵ-Typ
Problem-, Erleichterungs- od. Konflikttrinker	Gelegenheitstrinker	süchtiger Trinker	rauscharmer, kontinuierlicher Alkoholkonsum	episodischer Trinker
Abhängigkeit nur psychisch	weder psychische noch körperliche Abhängigkeit	zuerst psychische dann körperliche Abhängigkeit	psychische Abhängigkeit	psychische Abhängigkeit
kein Kontrollverlust, aber un-	kein Kontrollverlust	Kontrollverlust Mit Phasen von Abstinenz	keine Abstinenz, kein Kontrollverlust	Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur

diszipliniertes Trinken mit Fähigkeit zu Abstinenz				Abstinenz
---	--	--	--	-----------

Tabelle 1.2 aus Soyka 2005

Im Folgenden werden die vier Phasen der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek mit ihren typischen Merkmalen, die jeder einzelnen Phase zugeschrieben werden, dargestellt. Es muss nicht jedes der Merkmale vorhanden sein, um die nächste Phase der Alkoholabhängigkeit zu erreichen und es können individuell andere, hier nicht erwähnte Merkmale, auftreten.

- Voralkoholische Phase (Präalkoholismus)

Der Beginn dieser Phase ist häufig sozial motiviert. Im Unterschied zum durchschnittlichen Trinker empfindet der spätere Alkoholiker jedoch bald eine befriedigende Erleichterung im Trinken.

- gelegentliches Erleichterungstrinken
- Erhöhung der Alkoholtoleranz
- häufiges Erleichterungstrinken

- Anfangsphase (Podromalphase)

- Auftreten von Gedächtnislücken
- heimliches Trinken
- dauerndes Denken an Alkohol
- gieriges Trinken
- Schuldgefühle wegen der Trinkart
- Vermeidung von Anspielungen auf Alkohol
- Häufigkeit der Gedächtnislücken nimmt zu

- Kritische Phase

- Unwiderstehliches Verlangen nach Alkohol (Kontrollverlust)
- Erklärung, warum man so trinke (Ausreden, Alibis)
- soziale Belastungen
- übergroße Selbstsicherheit
- auffälliges aggressives Benehmen
- innere Zerknirschung, dauerndes Schuldgefühl

- Perioden völliger Abstinenz
 - Änderung des Trinksystems
 - Fallenlassen von Freunden
 - Verlassen oder Wechsel des Arbeitsplatzes
 - Verlust an äußeren Interessen
 - Neuauslegung mitmenschlicher Beziehungen
 - auffallendes Selbstmitleid
 - gedankliche oder tatsächliche Flucht
 - Änderung im Familienleben
 - grundloser Unwille
 - Sicherung des Alkoholvorrates
 - Vernachlässigung angemessener Ernährung
 - erste Krankenhauseinweisungen
 - Abnahme des Sexualtriebes
 - alkoholische Eifersucht
 - regelmäßiges morgendliches Trinken
- Chronische Phase
 - Einsetzen des verlängerten Rausches
 - bemerkenswerter ethischer Abbau
 - Beeinträchtigung des Denkens
 - alkoholische Psychosen
 - Trinken mit Personen unter Niveau
 - Zuflucht zu technischen Produkten
 - Verlust der Alkoholtoleranz
 - undefinierbare Ängste, Zittern
 - besessenes Trinken
 - unbestimmte religiöse Wünsche
 - das Erklärungssystem versagt
 - Zusammenbrüche
 - Alkoholdelirium (Jellinek 1952)

Aktuelle Studien belegen, dass Substanzabhängigkeit eine Krankheit ist, die Jahre lang andauert und von mehrfachen Episoden der Behandlung geprägt ist. Charakteristisch

sind Zyklen von Rückfällen, Wiedereintritt in die Behandlung und Besserung (Dennis, Scott et al. 2005). McLellan et al. verglichen in einer Literaturübersicht Studien über substanzabhängige Personen und Studien über chronisch kranke Personen mit Diabetes Mellitus 2, Asthma oder Bluthochdruck. Es fiel auf, dass die Einhaltung der Medikation und Rückfallraten bei substanzabhängigen Personen ähnlich wie bei den anderen chronisch Kranken ist (McLellan, Lewis et al. 2000).

1.3.2 Diagnose der Alkoholabhängigkeit

Eine Alkoholabhängigkeit kann anhand der beiden Klassifikationssysteme ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) oder DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) diagnostiziert werden. In den UPK Basel werden PatientInnen mit dem Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit nach der aktuell gültigen Ausgabe ICD-10 (zehnte Revision), die von der WHO herausgegeben wird, eingeschätzt.

Nach ICD-10 wird zwischen Substanz- bzw. Alkoholmissbrauch/schädlichem Gebrauch und Alkoholabhängigkeit unterschieden. Der schädliche Gebrauch führt zu einer psychischen oder körperlichen Gesundheitsschädigung, während das Abhängigkeitssyndrom körperliche, Verhaltens- und kognitive Veränderungen umfasst, bei denen der Konsum von Alkohol für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber Verhaltensweisen, die früher höher bewertet wurden (Soyka 2005; WHO 2007).

Um ein Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 F 10.2 zu diagnostizieren, müssen irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden gewesen sein:

- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren,
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums,
- ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums,
- Nachweis einer Toleranz,
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen und
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (Soyka 2005).

1.3.3 Formen der Therapie

Im Folgenden werden Therapieformen beschrieben, die ihren Ursprung in der stationären Entzugsbehandlung haben, allerdings auch in der tagesklinischen Behandlung Anwendung finden.

1.3.3.1 Die tagesklinische Behandlung

Traditionellerweise werden Personen mit chronischen Alkoholproblemen stationär behandelt. Zuerst findet die körperliche Entzugsbehandlung, die häufig pharmakologisch unterstützt wird, statt und anschließend erhalten die stationären Patienten psychotherapeutische, medizinische sowie sozialtherapeutische Behandlung, bevor sie nach wenigen Wochen entlassen werden. Einige PatientInnen nehmen nach der stationären Behandlung zusätzlich ambulante Behandlung in Anspruch (Dennis, Scott et al. 2005).

Seit einigen Jahren gibt es im deutschsprachigen Raum ergänzend zur stationären und ambulanten Behandlung eine tagesklinische Behandlungsmöglichkeit für alkoholranke Menschen. Dabei wird die tagesklinische Behandlung als wirkungsvolles Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Behandlung gesehen, um eine längerfristige Weiterbehandlung zu erreichen (Zemlin, Dornbusch et al. 2002).

Die tagesklinische Behandlung kann von Institution zu Institution unterschiedlich aussehen. Sie kann sehr strukturiert sein, wobei die PatientInnen täglich von morgens bis abends in der Klinik sind. Es gibt aber, je nach Philosophie der Klinik, Konzepte in denen den PatientInnen viel Eigenverantwortung übertragen wird und sie selbst entscheiden können, wie oft und an welchen Therapien sie teilnehmen (Abteilung_U1 2009). Charakteristisch für die tagesklinische Behandlung ist, dass die PatientInnen spätestens am Abend die Klinik verlassen und die Nacht in ihrem eigenen zuhause verbringen. Somit ermöglicht die tagesklinische Behandlung große Alltagsnähe, die TagespatientInnen können die erlernten Strategien sofort im Alltag anwenden und ihre Unabhängigkeit wird weitgehend bewahrt. Des Weiteren ist die Tagesklinik ein vergleichsweise niedrigschwelliges Angebot, die zu einer Senkung der Hemmschwelle und Erhöhung der Akzeptanz der Behandlung, durch die Betroffenen, führt. Durch die tägliche Gefahr von Rückfällen im Alltagsumfeld wird der Rückfallprävention in der tagesklinischen Behandlung große Bedeutung beigemessen (Zemlin, Dornbusch et al. 2002).

Das therapeutische Milieu gleicht einem Arbeitstag; die PatientInnen kommen am Morgen und gehen am Abend. Dementsprechend liegt der Fokus der Behandlung auf der realitätsbezogenen Stärkung der Ressourcen und Kompetenzen. Alltagsbezogene Handlungsfelder, wie Hausdienste, Einkaufen und Kochen, sind Teil der tagesklinischen Behandlung. Außerdem können bei dieser Form der Behandlung Angehörige besser miteinbezogen werden, was in einem umfassenderen, realeren Therapieansatz resultiert (Lotz-Rambaldi, Buhk et al. 2002; Kiefer und Mann 2007).

1.3.3.2 Der „Qualifizierte Entzug“

Unter dem Begriff „Qualifizierter Entzug“ versteht man die Kombination medizinischer, psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Maßnahmen während und nach der Entgiftungsbehandlung und man geht damit weit über die Symptomminimierung und Überlebenseicherung hinaus. Der Qualifizierte Entzug zielt auf die Veränderung von Einstellung und Verhalten sowie auf die Förderung psychosozialer Kompetenzen ab. Er soll die Bereitschaft für eine längerfristige Weiterbehandlung fördern und beinhaltet die Vermittlung in Beratungsstellen, Übergangswohnheime und Rehabilitationskliniken. Außerdem umfasst der Qualifizierte Entzug eine umfassende Differentialdiagnostik unter Berücksichtigung psychischer Komorbidität. Vergleicht man die Kosten des Qualifizierten Entzugs über einen Zeitraum von fünf Jahren mit einer reinen Entgiftung, so sind die Kosten ca. 50% niedriger (Wiesbeck, Wodarz et al. 2007; Pelzer, Scharl et al. 2004).

1.3.3.3 Medikamentöse Therapie

Ein Teil des Qualifizierten Entzugs ist die medikamentöse bzw. pharmakologische Therapie. Sie ist häufig in der Entgiftungsphase, wenn bei PatientInnen Alkoholentzugserscheinungen auftreten, angebracht. Je nach Schweregrad der Entzugserscheinungen können unterschiedliche Medikamente verabreicht werden, um die vegetativen Entzugssymptome, wie Herzrasen, Bluthochdruck, übermäßige Schweißproduktion sowie Schlaflosigkeit, zu behandeln. Tritt das Vollbild eines Delirs mit Verstärkung der vegetativen Symptome sowie mit zusätzlichen visuellen bzw. taktilen Halluzinationen auf, müssen die PatientInnen intensivmedizinisch betreut werden (Bergmann und Ferbert 2006).

Zu den allgemeinen Behandlungsmaßnahmen zählt die reichliche Flüssigkeitszufuhr, da die PatientInnen durch das vermehrte Schwitzen einen erhöhten Flüssigkeitsbedarf

aufweisen. Damit gehen oft Elektrolytstörungen einher, die prophylaktisch mit der Gabe von Magnesium behoben werden können. Zur Prophylaxe einer Wernicke-Enzephalopathie erfolgt häufig, wegen der gastrointestinalen Erkrankungen von alkoholabhängigen PatientInnen, eine parenterale Substitution von Vitamin B1 (Bergmann und Ferbert 2006).

Des Weiteren gibt es die Möglichkeit der pharmakotherapeutischen Rückfallprophylaxe, die zur Senkung der Rückfallwahrscheinlichkeit in den ersten Monaten nach Abstinenzgewinn beiträgt. Die Wirksamkeit der medikamentösen Rückfallprophylaxe wurde durch Metaanalysen belegt, ist aber begrenzt und sollte am besten mit anderen Therapiebausteinen kombiniert werden (Kiefer 2007).

Nach der Alkoholentgiftung werden sowohl im stationären, tagesklinischen sowie ambulanten Setting häufig psychische und physische Begleit- und Folgeerkrankungen medikamentös behandelt (Kiefer und Mann 2007).

1.3.3.4 Psychotherapeutische Verfahren

Zu den psychotherapeutischen Verfahren zählen der Motivationssteigerungsansatz, die kognitive Verhaltenstherapie, die Paar- und Familientherapie, das gemeindenahere Verstärkermodell sowie die Reizexposition als wirkungsvolle Behandlungsverfahren (Kiefer und Mann 2007). Üblicherweise findet die Behandlung in Einzel- oder Gruppensitzungen statt und wird von einem PsychotherapeutInnen geleitet. Wie bereits erwähnt, soll dadurch eine Motivierung zur aktiven Bewältigung der Abhängigkeit, eine Veränderung von Einstellung und Verhalten sowie die Entwicklung psychosozialer Kompetenzen bei alkoholkranken PatientInnen erreicht werden (Wiesbeck, Wodarz et al. 2007; Kiefer und Mann 2007).

Motivational Interviewing

Als wirkungsvolle Maßnahmen zur Herstellung und Steigerung der Abstinenzmotivation werden Elemente des „Motivational Interviewing“ (MI) verwendet. MI wurde in den 80iger Jahren von Miller und Rollnick zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt und lässt sich am ehesten mit „motivierender Gesprächsführung“ übersetzen. Es basiert auf dem „Transtheoretischen Modell“ (TTM) von Prochaska und DiClemente, welches die Phasen der Veränderung von Personen mit problematischem Verhalten beschreibt. Häufig haben Menschen mit einem Abhängigkeitsproblem, die eine Behandlung beginnen wollen, eine ambivalente

Einstellung. Sie sind bereit etwas zu ändern, und im nächsten Moment kann der Wille dazu schon verflogen sein. Deswegen gilt es durch MI die abhängige Person nicht durch konfrontative Methoden in eine Abwehrhaltung zu zwingen, sondern durch offene Fragen, aktives Zuhören, Bestätigen und Zusammenfassen des Gesagten die Veränderungsbereitschaft festzuhalten oder zu steigern (Miller und Rollnick 1999; Kiefer und Mann 2007).

Im „Project MATCH“, einer groß angelegten, kontrolliert-randomisierten Studie in den USA, wurden verschiedene Behandlungsmethoden bei alkoholabhängigen PatientInnen in stationärer und ambulanter Behandlung verglichen (University of Connecticut Health Center 2009). Dabei erwies sich der Motivationssteigerungsansatz als ebenso effektiv wie kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung und eine Anlehnung an das Zwölf-Stufen-Konzept der Anonymen Alkoholiker (Loeber und Mann 2006).

Verhaltenstherapie

Bei verhaltenstherapeutischen Verfahren wird davon ausgegangen, dass Verhalten erlernt wurde. Das heißt durch entsprechende Maßnahmen kann Verhalten gelöscht oder zumindest verändert werden. Eine zentrale Rolle bei der Behandlung von alkoholabhängigen Personen spielt die kognitive Verhaltenstherapie. Das kognitive Modell für den Gebrauch von Substanzen besagt, dass Substanzmissbrauch durch schlecht angepasste Gedanken und Überzeugungen aufrechterhalten wird. Um Gedanken und Überzeugungen bei alkoholabhängigen Personen zu verändern, und somit deren Verhalten, kommen Verfahren zum Aufbau von Selbstkontrolle, Rückfallprophylaxe und –management, Reizexpositionsverfahren, soziales Kompetenztraining, Paar- und Familientherapie sowie Stressbewältigungstraining zum Einsatz. Bei diesen Behandlungsverfahren werden Verhaltensweisen eingeübt, die inkompatibel mit dem Alkoholkonsum sind und es werden Bewältigungsstrategien bei rückfallkritischen Situationen vermittelt. Weitere Strategien sind Selbstbelohnung bei der Anpassung von Verhaltensweisen und der Erreichung von Zielen sowie die Einübung erfolgreichen Verhaltens in zwischenmenschlichen Interaktionen oder das Erlernen von Zeitmanagement zur Stressbewältigung (Osilla, Hepner et al. 2009; Loeber und Mann 2006).

1.3.3.5 Sozialtherapie

Sozialtherapie² nimmt den Aspekt der gemeinsamen, aktiven Gestaltung des sozialen Umfelds verstärkt wahr und hebt sich somit von den verwandten Disziplinen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychotherapie ab.

Soziale Aspekte spielen bei der Entwicklung einer Alkoholerkrankung eine wesentliche Rolle, daher sind sozialtherapeutische Maßnahmen bei der Begleitung von Alkoholkranken von großer Bedeutung. Sozialtherapie setzt auf Interdisziplinarität in Diagnose und Behandlung sowie auf Feldbezogenheit. Mit Feldbezogenheit ist gemeint, dass die Sozialtherapie im natürlichen Umfeld der Betroffenen agiert. Besonderes Augenmerk wird auf vernachlässigte Bevölkerungsgruppen oder Randgruppen gelegt, denen psychotherapeutische Behandlung nicht zu Verfügung stehen (Lesch und Walter 2009).

Praktisch werden die sozialtherapeutischen Interventionen von Personen aus dem unmittelbaren Lebenskontext der Betroffenen durchgeführt. Natürlich sind diese auch SozialarbeiterInnen, PsychotherapeutInnen oder SozialpädagogInnen, aber wesentlich häufiger wird diese Tätigkeit von Angehörigen, Freunden, Selbsthilfegruppen und von Pflegepersonen vorgenommen (Lesch und Walter 2009). Gerade in Institutionen wie psychiatrischen Kliniken sind Pflegepersonen, mehr als Andere, wegen ihrer ständigen Präsenz die Ausführenden der Sozialtherapie (Dörner und Plog et al. 2002).

Sozialtherapie ist alltagsorientiert, wobei Lernprozesse durch Helfen, Vor- und Mitmachen, Anleiten, Zeigen und Vorleben von „normalen Verhaltensweisen“, die im Suchtverlauf oft verloren gegangen sind, vermittelt werden (Pelzer, Scharl et al. 2004). Klassische Bereiche betreffen lebenspraktische Fähigkeiten wie Kochen, Einkaufen, Waschen, Putzen, Gartenarbeit, Körperpflege, Umgang mit Geld, Freizeitgestaltung sowie Festefeiern (Lesch und Walter 2009).

Als ein Teil der Sozialtherapie wird die Milieugestaltung bzw. Milieuthherapie verstanden. Die Milieuthherapie ist in der Gestaltung des Klinikalltags von entscheidender Bedeutung und ist ebenso sehr auf den/die einzelne/-n PatientenIn, wie auch auf die Organisation der Klinik ausgerichtet. Jedes Klinikmilieu hat je nach Umwelt eine (positive oder negative) Wirkung. Durch die Milieuthherapie erfolgt eine bewusste Strukturierung der Umwelt, um jene zu verändern, die sich in sie hineinbegeben. Je nach PatientIn wird das Milieu eher kontrollierend, unterstützend, strukturierend, animierend, reflektierend oder betreuend gestaltet. „Partizipation“, in

² Die Begriffe Sozialtherapie, Soziotherapie oder Soziale Therapie werden in der einschlägigen Literatur synonym verwendet (Lesch und Walter 2009).

Form von Mitentscheidung der PatientInnen, z.B. bei der Gestaltung der Behandlungsräume oder Aufenthaltsräume, ist ein wesentliches Grundprinzip der Milieuthherapie. Weitere Elemente sind „offene Kommunikation“, „soziales Lernen“ und „Leben in der Gemeinschaft“ (Heim 1985).

1.3.3.6 Bezugspflege³

Die Bezugspflege, oder Primary Nursing, wurde in den Sechzigerjahren in den USA entwickelt und stellt ein pflegerisches Versorgungssystem dar. Es ist ein patientenorientiertes Organisationsprinzip und entspricht laut Experten am ehesten dem Anspruch an professionelle Pflege und der Durchführung des Pflegeprozesses (Needham und Abderhalden 2000; Manthey 2005).

Die vier wesentlichen Elemente der Bezugspflege nach Manthey sind:

- die Übertragung der persönlichen Verantwortung von Entscheidungen auf eine Bezugsperson,
- die tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode,
- direkte Kommunikation und
- die Übernahme der Verantwortung für die Pflegequalität an einem Patienten, und zwar 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche (Manthey, 2005).

Mit anderen Worten, den PatientInnen wird bei der Aufnahme in die Klinik eine Bezugspflegeperson zugeteilt. Die Bezugspflegeperson koordiniert die gesamte Pflege – plant die Pflege, erbringt die Pflege und trifft Entscheidungen – solange der/die PatientIn auf der jeweiligen Abteilung ist. Dadurch verspricht man sich mehr Kontinuität in der Pflege, weniger Kommunikationsprobleme z.B. mit anderen Berufsgruppen oder Angehörigen und somit eine Erhöhung der Pflegequalität zugunsten von PatientInnen und Pflegepersonen (Ersser und Tutton 2000; Needham und Abderhalden 2000).

Nach anfänglichen Bedenken, ob die Bezugspflege in der psychiatrischen Pflege sinnvoll ist, hat sie auch in diesem Bereich Einzug gehalten; so auch in der deutschsprachigen Schweiz (Needham und Abderhalden 2000). Gründe für die Bedenken der Bezugspflege in der Psychiatrie im Gegensatz zu somatischen Pflege waren die strukturlosere Arbeit sowie die Schwierigkeiten bei der Planung,

³ Die Begriffe Bezugspflege, Primary Nursing bzw. Bezugspersonenpflege oder Bezugspersonensystem werden in der Fachliteratur synonym verwendet (Needham und Abderhalden 2000).

Durchführung und Evaluierung der psychiatrischen Pflege. Die Vorteile der Bezugspflege, wie z.B. die kontinuierliche Beziehungsarbeit zwischen Bezugsperson und PatientIn, die nur aufgrund der Arbeitszuweisung nach der Fallmethode möglich ist, sind in der psychiatrischen Pflege augenscheinlich (Hart 2000). Ein Nachteil der Bezugspflege ist die Unterbrechung der Betreuung durch die zugewiesene Bezugsperson bei einem Wechsel auf eine andere Station. Gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wechseln die PatientInnen häufig von der stationären, geschlossenen Abteilung, nach der Entgiftung, in offener geführte Abteilungen oder in die tagesklinische Behandlung, wodurch dem/der PatientIn eine neue Bezugspersonen zugewiesen wird (Herdt, Maier et al. 2007).

1.4 Empirische Studien zur tagesklinischen Behandlung

Durch eine initiale Literatursuche sollte ein erster Überblick über das Forschungsthema gewonnen werden. Dazu wurden die folgenden elektronischen Datenbanken verwendet: PUBMED, Psychinfo, Cochrane Library und Google Scholar. Wichtige Suchbegriffe waren: day care [Mesh], day hospital, day clinic, outpatient, health care, substance-related disorders [Mesh], alcoholism [Mesh], perception [Mesh], treatment outcome [Mesh], consumer satisfaction [Mesh], treatment evaluation, treatment effectiveness, expect*.

1.4.1 Vergleich stationäre und tagesklinische Alkoholbehandlung

Es ist immer wieder versucht worden die Klientel für tagesklinische Behandlung zu definieren. Diese Bemühungen blieben aber eher auf einem allgemeinen Abstraktionsniveau. Häufig ist man der Meinung eine tagesklinische Behandlung sei dann angebracht, wenn eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich ist, oder wenn ambulante Behandlung qualitativ und quantitativ nicht ausreicht, um die bestehende Abhängigkeit oder die begleitenden Symptome angemessen zu behandeln (Westermann und Wessel 1996).

Zemlin et al. berichten in ihrer quantitativen Studie, dass TagespatientInnen, verglichen mit PatientInnen im stationären Setting, zuversichtlicher sind, eventuelle Belastungen im Alltag abtinent zu bewältigen (Zemlin, Dornbusch et al. 2002). Eine Studie, in der stationäre und tagesklinische PatientInnen verglichen wurden kam zu den Resultaten, dass PatientInnen, welche die Behandlung im tagesklinischen Setting beendeten, älter als PatientInnen, welche die stationäre Therapie beendeten waren, weniger schwere

alkoholbedingte Probleme hatten, bereits Erfahrung mit alkoholbedingten Einweisungen hatten und in einem besseren körperlichen Zustand waren (Booth, Jones et al. 1998). Eine weitere Studie zeigt, dass PatientInnen im stationären Setting signifikant höhere Werte bei psychiatrischen und gesetzlichen Problemen, sowie Probleme im Berufsleben aufweisen (Zemore und Kaskutas 2008).

Es gibt bereits einige Studien, welche die Effektivität, Kosten und Intensität von stationärer und tagesklinischer Alkoholbehandlung vergleichen.

MacLachlan & Stein untersuchten 100 PatientInnen, die nach dem Zufallsprinzip in stationäre und tagesklinische Alkoholbehandlung aufgeteilt wurden. Beide Gruppen reduzierten ihren Alkoholkonsum und verbesserten andere alkoholbezogene Variablen. Innerhalb zwölf Monaten konnten keine Ergebnisse gemessen werden, die die stationäre Behandlung favorisieren würden. Zudem wurden die Kosten für die tagesklinische Behandlung auf 35% des stationären Programms geschätzt (MacLachlan und Stein 1982).

Weithmann & Hoffmann verglichen die Effektivität der Entzugsbehandlung in einem stationären und einem tagesklinischen Setting anhand einer experimentellen Studie. Im Großen und Ganzen verbesserten PatientInnen beider Behandlungsformen nach einem einjährigen Follow-up ihren alkoholbezogenen Zustand. Wesentlich ist, dass es keine signifikanten Unterschiede im Ergebnis zwischen den beiden Settings gab (Weithmann and Hoffmann 2005).

In einer Literaturübersicht untersuchten Finney et al. 14 Studien des stationären und ambulanten Settings, einschließlich tagesklinischem Setting. Bei fünf Studien war das stationäre Setting signifikant besser, bei zwei Studien war die Tagesklinik signifikant besser und bei sieben Studien konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. PatientInnen im überlegenen Setting erhielten jedoch eine intensivere Behandlung (Finney, Hahn et al. 1996). Mattick & Jarvis untersuchten anhand einer Metaanalyse unter anderem die Auswirkungen von stationärer und tagesklinischer Alkoholbehandlung bei experimentellen Studien. In den ausgewählten Studien gab es keine signifikanten Unterschiede oder sogar leichte Vorteile für eine tagesklinische Behandlung bei den Follow-up-Untersuchungen. Würde man zusätzlich die Behandlungskosten berücksichtigen, müsste man eindeutig das tagesklinische Setting befürworten (Mattick and Jarvis 1994; Cornwall and Blood 1998).

Weitere randomisierte Studien, welche die Alkohol- oder Drogenbehandlung von stationärem und tagesklinischem Setting verglichen, zeigten ähnliche Behandlungsergebnisse bei beiden Behandlungsformen. Es gibt aber auch Studien, die zeigen, dass stationäre Behandlung bessere Rückfallquoten nach 6-monatigen Follow-up-Untersuchungen aufweisen als bei tagesklinischer Behandlung. Wohingegen die Rückfallquoten nach 12 und 18 Monaten bei beiden Behandlungsformen gleich sind (Greenwood, Woods et al. 2001).

Uneinig sind sich die Autoren über die Länge einer tagesklinischen Behandlung. So variieren die Angebote in den verschiedenen Studien von vier Wochen à 27 Wochenstunden (McKay et al. 1994), über acht bis zwölf Wochen (Soyka et al. 1999) bis zu fünf Monaten (Yanos et al. 2009). Bamford et al, (2003) zeigen, dass die Verkürzung der Behandlung von zehn auf sechs Wochen keine negativen Auswirkungen zeigte, die Anzahl der regulär abgeschlossenen Behandlungen jedoch signifikant anstieg. Dies ist insofern klinisch relevant, da eine Studie von McKay et al. (1994) zeigt, dass PatientInnen, welche die tagesklinische Behandlung abschließen, in einer Follow-up Messung nach vier Monaten weniger Substanzen konsumierten als jene, welche die Behandlung frühzeitig abgebrochen hatten.

1.4.2 Die tagesklinische Behandlung in den USA und im deutschsprachigen Raum

Vergleicht man die Alkoholbehandlung in den USA mit dem deutschsprachigen Raum, so kann man wesentliche Unterschiede feststellen. In den USA ist das tagesklinische Behandlungsangebot auf breiter Ebene akzeptiert, etabliert und die geringeren Kosten, bei mindestens gleichem Behandlungserfolg, sind durch wissenschaftliche Studien weitgehend nachgewiesen (Wagner 1996). Im deutschsprachigen Raum ist die Vorstellung abhängigkeitskranke Menschen tagesklinisch zu behandeln bis heute neu (Dlabal 2001). Sucht man auf der schweizerischen Internetseite Infodrog.ch⁴ nach tagesklinischem Behandlungsangebot für suchtkranke Menschen, so erhält man für die gesamte Schweiz zwei Treffer (BAG 2010). In Deutschland gab es im Jahr 1997 gerade 15 Tageskliniken für Suchtkranke (Zemlin, Dornbusch et al. 2002).

Im deutschsprachigen Raum wird das tagesklinische Behandlungsangebot als zusätzliche Weiterbehandlung nach dem stationären Entzug, der häufig zwei bis drei Monate dauert, angewendet. Somit wird das tagesklinische Angebot als weiterer Teil

⁴ vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) eingesetzte Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht

der Behandlungskette – stationär-teilstationär-ambulant – betrachtet. Wohingegen in den USA sogar die körperliche Entzugsbehandlung häufig tagesklinisch durchgeführt wird (Dlabal 2001).

Mittlerweile werden in den USA bereits tagesklinische-, mit traditionellen ambulanten Behandlungsprogrammen, verglichen. Obwohl es einen erheblichen Unterschied in der Behandlungsintensität der beiden Programme gibt, konnten keine signifikanten Unterschiede bei beiden Gruppen im Behandlungserfolg gefunden werden (Weisner, Mertens et al. 2000; Weisner, Mertens et al. 2001; Coviello, Alterman et al. 2001).

Betrachtet man zusammenfassend die Forschungsliteratur aus den USA zur tagesklinischen Behandlung kommt man zu folgenden Ergebnissen (Wagner 1996):

- Es kommt zu einer geringeren Störung des täglichen Lebens, da die PatientInnen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben.
- Die PatientInnen können sich Familienproblemen nicht entziehen und nehmen weiter an sozialen Aktivitäten teil.
- PatientInnen werden weniger abhängig von Institutionen und der Übergang von der Intensivbehandlung zur Nachsorge ist weniger mühsam.
- Tagesklinische Behandlung wird leichter akzeptiert, gerade auch in früheren Phasen der Abhängigkeit.
- Hospitalisation fördert regressive Verhaltensweisen und blockiert die Wiederaufnahme von Verantwortlichkeit gegenüber Familie, Job und sich selbst.
- Tagesklinische Behandlung ist kostengünstiger (Wagner 1996).

1.4.3 Erwartung an die tagesklinische Alkoholbehandlung

Wie in Kap. 1.4.1 und 1.4.2 angeführt gibt es bereits einige Studien, die das stationäre und tagesklinische Behandlungsangebot bezüglich Kosten, potentielle Patientengruppen, Effektivität und alkoholbezogene Variablen, vergleichen. Das Problem ist, dass wenig bekannt ist über die Erwartungen der Patienten an die tagesklinische Behandlung.

Nach einer umfassenden Literatursuche in elektronischen Datenbanken wurden zwar einige qualitative und quantitative Studien gefunden, aber es wurden dabei nicht ausschließlich die Erwartungen der Patienten an die tagesklinische Behandlung im

Abhängigkeitsbereich untersucht. Vielmehr werden mehrere Behandlungsformen, verschiedene Diagnosen und eher retrospektive Erhebungen, wie etwa zur Patientenzufriedenheit, durchgeführt.

Eine aktuelle qualitative Arbeit von Raguss-Klinitz (2009) untersucht die Erwartungen und Patientenzufriedenheit in einer psychiatrischen Klinik in Hamburg mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Dabei werden PatientInnen mit verschiedenen Diagnosen und aus verschiedenen Behandlungsformen miteinbezogen. Allerdings sind PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen überrepräsentiert und es gibt auch 40 Tagesklinikplätze. Die Antworten der Befragten bezüglich Behandlung und globaler Zufriedenheit waren überwiegend positiv. 70% aller Aussagen wurden zu den Kategorien „Umgang und Behandlung“, „globale Zufriedenheit“ und „globale Unzufriedenheit“ getätigt. Eher negativ äußerten sich die Befragten zu „Klinikgestaltung und Ausstattung“ sowie „Zusammenleben mit den PatientInnen“ (Raguss-Klinitz 2009).

Eine weitere Studie aus Deutschland zur Patientenzufriedenheit und den Erwartungen wurde ausschließlich mit PatientInnen einer Tagesklinik durchgeführt, allerdings befanden sich unter den Befragten nur 9% mit einer Suchterkrankung. Die Mehrheit der Befragten erwartete sich eine „Verbesserung des psychischen Zustands“. Knapp die Hälfte antwortete, „dass es mir besser geht“ oder „dass ich stabiler werde“. Weitere Aussagen waren „die Verbesserung der sozialen Kontakte“, „sicherer im Gespräch werden“ und „mehr Kontakt haben“. „Tagesstruktur“ und „Alltagskompetenzen, Hilfe bei Alltagsdingen“ wurden von 8% bzw. 5% der Befragten genannt. Die PatientInnen wurden gefragt, ob sich ihre Erwartungen an die tagesklinische Behandlung erfüllt hätten. 68% empfanden ihre Erwartungen „total erfüllt“ oder „größtenteils erfüllt“. Bei der Frage nach dem Globalurteil über die Tagesklinik urteilten 32% mit „sehr gut“, 56% mit „gut“. Es gab keine „schlechten“ bzw. „sehr schlechten“ Beurteilungen (Klosterhuis 2008).

Eine qualitative Arbeit aus den USA befragte substanzabhängige PatientInnen, die in ambulanter intensiv-Behandlung⁵ waren und vorzeitig die Behandlung abbrachen, über die Gründe für ihr frühzeitiges Ausscheiden. Die häufigsten Aussagen konnten unter „Abneigung gegenüber dem Programm“ kategorisiert werden. Weiters wurden von den Abbrechern „Rückfälle“, „praktische Erwägungen“, persönliche Angelegenheiten“, „Finanzen“ und „nicht hilfreiche Behandlung“ genannt. Die Abbrecher wurden gefragt,

⁵ Die Patienten mussten an Wochentagen täglich an der Behandlung teilnehmen.

was das Programm hätte bieten müssen, um sie weiter in Behandlung zu behalten. Die meisten sagten „es hätte besser auf ihre sozialen Bedürfnisse eingegangen werden müssen“, gefolgt von „Aufstockung von unterstützendem Personal“ und „größere Flexibilität in der Planung“ (Laudet, Stanick et al. 2009).

Eine qualitative Studie von White et al. untersuchte die Wahrnehmung der Behandlung; allerdings im ambulanten Setting und mit substanzabhängigen Jugendlichen so wie deren Eltern. Sie fanden heraus, dass Jugendliche oft gar nicht wissen, was sie in der Therapie erwartet, und, dass Jugendliche und Eltern verschiedene Erwartungen über den Behandlungserfolg haben. Die meisten Jugendlichen geben an den Drogenkonsum reduzieren zu wollen. Jugendliche denken, dass ihre Eltern eine Verhaltensänderung und negative Urintests als Behandlungserfolg sehen würden. Tatsächlich sehen Eltern als Behandlungserfolg aber subjektive Kriterien wie mehr „Verantwortlichkeit für Schularbeiten“ und „in Zukunft eine Arbeit finden“. Des Weiteren haben Jugendliche und Eltern unterschiedliche Ansichten über hilfreiche und weniger hilfreiche Aspekte der Behandlung (White, Godley et al. 2004).

Die quantitative Studie von Dearing et al. untersucht unter anderem den Zusammenhang von Erwartungen an die Therapie mit anderen Variablen. Positive Erwartungen an die Therapie prognostizieren eine höhere Kunden-Zufriedenheit und wirken sich positiv auf das Trinkverhalten aus (Dearing, Barrick et al. 2005).

Long et al. versuchten in ihrer Studie zwischen subjektiven „outcome expectations“ (der Glaube, dass das Verhalten zu einem spezifischem/gewünschtem Ergebnis führt) und Fantasien zu unterscheiden, um das Alkoholverhalten von Patienten nach der Behandlung vorherzusagen. Zusätzlich wollten sie einschätzen, ob outcome expectations und Fantasien bessere Indikatoren für das Alkoholverhalten nach der Behandlung als „self-efficacy expectations“ (das Vertrauen ein Verhalten erfolgreich zu lernen und umzusetzen) sind. Sie kamen zu dem Resultat, dass positive outcome expectations allein, oder kombiniert mit negativen Fantasien, das Trinkverhalten nach der Behandlung nicht voraussagen konnten. Zusätzlich zeigte die Studie, dass auf das Trinkverhalten bezogene self-efficacy expectations einen starken Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum sechs und zwölf Monate nach der Behandlung hatten. Somit mussten ihre beiden Annahmen, dass outcome expectations und Fantasien sowohl den Alkoholkonsum nach der Behandlung vorhersagen, und dies sogar besser als self-efficacy expectations, verworfen werden (Maddux, Sherer et al. 1982; Long, Hollin et al. 1998).

1.5 Zweck der Arbeit

Betrachtet man die empirischen Studien zur tagesklinischen Alkoholbehandlung aus den USA, so kann die Effektivität, und somit der Nutzen dieser Behandlungsform, nicht mehr angezweifelt werden. Die tagesklinische Behandlung hat dort bereits einen völlig anderen Stellenwert und ist wissenschaftlich, sowie in der Öffentlichkeit, anerkannt. Aufgrund mangelnder Übertragbarkeit können die Ergebnisse aus den USA nicht in den deutschsprachigen Raum übernommen werden. Somit kann man zusammenfassend sagen, dass es zu dieser Fragestellung keine entsprechende wissenschaftliche Literatur gibt und es sinnvoll ist, in Form einer qualitativen Arbeit, die es ermöglicht sehr offen an die Fragestellung heranzugehen, die Erwartungen und den Nutzen der PatientInnen im tagesklinischen Setting des Abhängigkeitsbereichs aus pflegewissenschaftlicher Sicht so umfassend als möglich zu beschreiben. Des Weiteren sind die Erwartungen der PatientInnen an die Behandlung eng mit der Patientenzufriedenheit verknüpft. Unzufriedenheit mit der Behandlung resultiert speziell bei PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen in einer vorzeitigen Beendigung der Therapie, wodurch die Gefahr für Rückfälle signifikant steigt (Dearing, Barrick et al. 2005). Daher ist es wichtig die Erwartungen und Bedürfnisse der Betroffenen zu kennen, um eventuell eine Anpassung der Behandlung vornehmen zu können.

Neben der Scientific Community sollen vor allem die PraktikerInnen, das heißt die Pflegepersonen, von den Erkenntnissen profitieren, da für sie der Unterschied in der Betreuung zwischen stationären PatientInnen und TagespatientInnen vermutlich am schwerwiegendsten ist.

Beruhend auf den Ergebnissen können gegebenenfalls Empfehlungen für eine Verbesserung des Therapieprogramms abgegeben werden, um die Qualität der Behandlung zu erhöhen. Da in der Schweiz, sowie generell im deutschsprachigen Raum, die tagesklinische Behandlung im Abhängigkeitsbereich nur wenig anzutreffen ist (BAG 2010), können die Ergebnisse dieser Arbeit bei etwaigen Neukonzeptionen von Tageskliniken für eine patientenzentrierte Behandlung herangezogen werden. Der Schweiz, sowie generell ganz Europa, entstehen durch die herkömmliche, stationäre Alkoholbehandlung immens hohe Kosten, daher sollte dem tagesklinischen Behandlungsangebot mehr Aufmerksamkeit beigemessen werden und der Ausbau dieser Behandlungsform forciert werden.

Profitieren kann von den Erkenntnissen dieser Arbeit aber auch die Gruppe der Alkoholabhängigen in tagesklinischer Behandlung, da sie anhand dieser Arbeit direkt ihre positiven bzw. negativen Kritikpunkte an der tagesklinischen Behandlung in den UPK Basel ausdrücken können. Somit können sie für sich und zukünftige PatientInnen in diesem Setting die Behandlung aktiv beeinflussen, um so vielen alkoholabhängigen PatientInnen wie möglich ein „normales Leben“ und eine Integration in die Arbeitswelt zu ermöglichen.

1.6 Forschungsfrage

Welche Erwartungen haben die PatientInnen an die tagesklinische Behandlung und welchen Nutzen haben sie von der tagesklinischen Behandlung im Abhängigkeitsbereich der UPK Basel Abteilung U1?

2.0 Methode

Prinzipiell ist es angebracht für ein Thema ein qualitatives Forschungsdesign zu wählen, wenn folgende Aspekte zutreffen:

- zu einem Thema noch wenig bekannt ist (Mayring 2007) bzw. es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereiches geht (Flick, von Kardoff, et al. 2009),
- die Art des Forschungsthemas angemessen mit qualitativen Methoden zu beforschen ist und man verstehen will, was hinter wenig bekannten Phänomenen liegt (Strauss und Corbin 1996),
- der Gegenstand in einer sozialen Situation eingebunden ist, von außen schwer einsehbar ist und explorativen Charakter hat (Mayring 2002),
- man eine personenzentrierte, holistische Perspektive erhalten möchte, ein lebendiges Bild über menschliche Erfahrungen (z.B. Krankheit, Sucht, Glaubenswechsel) und Einsichten in das Wesen von Menschen, sowie deren Emotionen, Wahrnehmungen und Handlungsweisen erlangen möchte (Holloway und Wheeler 1998).

Da die wenigen Forschungsergebnisse aus den USA nicht auf den deutschsprachigen Raum übertragen werden können und die tagesklinische Behandlung der UPK Basel

aufgrund der individuellen Gestaltungsmöglichkeiten einen einzigartigen Charakter hat, sowie aus den oben erwähnten Punkten, eignet sich für diese Arbeit ein qualitatives Design, um so offen und flexibel wie möglich an die Fragestellung herangehen zu können.

Zum Thema forschungsleitende Hypothesen gibt es selbst unter den Methodologie-Experten unterschiedliche Meinungen. Einige renommierte Wissenschaftler lehnen vorab aufgestellte Hypothesen ab, da sie der Meinung sind, dass ex-ante-Hypothesen die Wahrnehmung und das Handeln beeinflussen, sich der Forscher auf bestimmte Aspekte festlegt und somit größtmögliche Offenheit verdrängt wird (Meinefeld 2000). Glaser und Strauss gingen sogar noch weiter und forderten ausdrücklich, dass sich Forscher von allem Vorwissen frei machen müssen und sogar auf bestehende theoretische und empirische Arbeiten zum jeweiligen Themenbereich zu verzichten sei. Durch diesen Standpunkt wird die Meinung vertreten, dass durch die qualitative Sozialforschung nicht Theorietest, sondern Theoriegenerierung das vorrangige Ziel sei (Glaser und Strauss 1998).

Bei dieser Arbeit wurden keine vorab-Hypothesen aufgestellt, sehr wohl war dem Projektteam aber bewusst, dass man Vorwissen zum Themenbereich braucht und dadurch Vorannahmen entstehen und somit die Wahrnehmungen unvermeidlich strukturiert werden. Vorwissen stellt somit die Grundlage jeder Forschung und muss keineswegs bedeuten, dass man für neuere Beobachtungen nicht mehr offen ist (Meinefeld 2000). In diesem Fall wurden das Vorwissen und die Vorannahmen reflektierend in die Entwicklung des Interviewleitfadens eingebracht. Das Feld wurde somit offen und unvoreingenommen, aber nicht unvorbereitet betreten (Holloway and Wheeler 1998).

Das Vorwissen zum Gegenstandsbereich war innerhalb des Projektteams sehr unterschiedlich. So arbeitet die Projektleiterin Regine Steinauer schon seit Jahren in den UPK Basel als Pflegefachfrau im Abhängigkeitsbereich und hat zudem bereits einige wissenschaftliche Projekte im diesem Setting durchgeführt. Dementsprechend weniger Vorverständnis brachte ich als Projektassistent mit. Ich studiere Pflegewissenschaft in Wien und habe keinerlei pflegerische Praxis. Erste Eindrücke zum Thema psychiatrische Pflege und Pflege im Abhängigkeitsbereich sammelte ich beim Hospitieren auf diversen Abteilungen der UPK Basel, durch Informationen der Projektleiterin und anhand der Literaturrecherche.

2.1 Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK Basel)

Die UPK Basel liegen im Nordwesten der Schweiz im Dreiländereck Deutschland-Schweiz-Frankreich. Sie sind Teil des öffentlichen Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt. Bei der Orientierung an ihrem Leistungsauftrag übernehmen die UPK Aufgaben in der psychiatrischen Versorgung, in der universitären Lehre und Forschung sowie in der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Momentan verfügen die UPK über rund 250 Betten auf 22 Abteilungen und zusätzlich über 600 ambulante Behandlungsplätze, die der Behandlung in den drei Kernbereichen (Allgemeine Psychiatrie, Spezielle Psychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen) dienen. Somit steht ein differenziertes Angebot für die Akut- und Langzeitbetreuung zur Verfügung. Die UPK verstehen die stationäre Behandlung als Teil einer Behandlungskette, zu der auch tagesklinische und ambulante Angebote gehören. Sie gewährleisten ihren PatientInnen ein modernes Angebot an Diagnostik, Behandlung und Pflege. Es arbeiten rund 800 MitarbeiterInnen der verschiedensten Berufe in den UPK. Dazu gehören unter anderem ÄrztInnen, PsychologInnen, NaturwissenschaftInnen, Pflegende, Fachleute im Sozialdienst sowie zahlreiche weitere Mitarbeitende in Therapie, Versorgung und Administration (Broschüre_UPK 2007).

2.1.1 Der Bereich Abhängigkeitserkrankungen

Der Bereich Abhängigkeitserkrankungen umfasst drei stationäre Abteilungen (U1, U2, U3), sowie zwei ambulante Abteilungen „Ambulanter Dienst Sucht (ADS)“ und „Janus“ (UPK_Broschüre 2007).

Die Abteilungen ADS und Janus sind Abgabestellen für Methadon bzw. Heroin an drogenabhängige Menschen. Die Behandlungsschwerpunkte liegen auf Verbesserungen in psychischen, physischen und sozialen Bereichen, Distanzierung von der illegalen Drogenbeschaffung, Abbau von risikoreichem Suchtmittelgebrauch und schrittweise Re-Integration der Betroffenen unter Berücksichtigung der individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten (UPK Abteilungskonzept_Janus 2010).

Die stationären Abteilungen U2 und U3 sind geschlossene Abteilungen für Akutaufnahmen von PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen von legalen und illegalen Suchtmitteln, einschließlich psychischer und somatischer Begleit- und Folgeerkrankungen. In diesen beiden Abteilungen werden die körperliche Entzugsbehandlung sowie die weitergehende Behandlung nach dem Entzug angeboten. Die Dauer der Behandlung liegt bei acht bis zwölf Wochen (UPK

Abteilungskonzept_U2_U3 2010). Die Abteilung U1 wird im folgenden Abschnitt detailliert beschrieben.

2.1.2 Das therapeutische Konzept der Abteilung U1

Die Abteilung U1 ist eine offen geführte Station und umfasst gegenwärtig 13 stationäre Plätze, sechs Tagesplätze (tagesklinische Behandlungsform), eine wechselnde Zahl von ambulanten Kontakten sowie abteilungsübergreifend eine ambulante Trainingsgruppe. Die meisten stationären PatientInnen und TagespatientInnen wechseln von den klinikinternen, stationären Akutaufnahmeabteilungen (U2, U3), wo sie meist den körperlichen Entzug machen, in die Abteilung U1. In der Abteilung U1 werden keine Entzugsbehandlungen durchgeführt, sondern das Angebot umfasst eine weiterführende Therapie, wobei der Fokus auf der Wiedererlangung einer Tagesstruktur außerhalb der Klinik liegt. Sowohl die stationären PatientInnen als auch die TagespatientInnen können frei entscheiden an welchen Therapien sie teilnehmen wollen. Beiden Patiententypen stehen die gleichen Behandlungsmöglichkeiten, Behandlungsräume sowie dasselbe Personal zu Verfügung (UPK Abteilungskonzept_U1 2009). Der einzige Unterschied liegt darin, dass die TagespatientInnen zuhause schlafen und nicht jeden Tag oder den gesamten Tag in der Klinik verbringen. Dadurch sind die TagespatientInnen besser in ihr soziales Umfeld eingegliedert, sie sind näher am Alltag und haben mehr Eigenverantwortung (Soyka, Baumgartner et al. 1999; Lotz-Rambaldi, Buhk et al. 2002; Kiefer and Mann 2007). Das tagesklinische Setting ist im Allgemeinen eine neuere Behandlungsform und wird zusätzlich zur stationären und ambulanten Therapie angeboten. In den UPK Basel ist das tagesklinische Setting seit März 2004 Realität, womit einem Trend aus den USA gefolgt wird, wo die ambulante und teilstationäre Behandlungsform im Substanzabhängigkeitsbereich bereits vorherrschend ist (Weisner, Mertens et al. 2000).

Wie bereits erwähnt können die stationären PatientInnen und die TagespatientInnen der Abteilung U1 ihre Behandlung individuell gestalten und die für sie relevanten Module auswählen. Das psychotherapeutische Angebot umfasst Einzelgespräche mit der zuständigen Bezugspflegerperson, dem Arzt/der Ärztin, dem/der SozialarbeiterIn und dem/der PsychologIn sowie psychologische Workshops und ärztlich geleitete Gruppengespräche. Es gibt eine pflegerisch geleitete Morgen- und Abendrunde sowie eine Oberarztvisite und es stehen verschiedene medizinisch-therapeutische Behandlungen wie Bewegung, Rückenschule, Entspannungstherapie, Musiktherapie und Ergotherapie zur Verfügung. Des Weiteren gibt es alternative Therapien wie

Ohrakupunktur und Aromapflege sowie Milieuthérapie in Form von gemeinsamen Kochen, „Ämtli“ und es gibt die Möglichkeit z.B. in der Gärtnerei oder der Tierpflege der UPK zu arbeiten. Außerdem kann ein Büro mit Computer und Internetanschluss, ein Fernsehzimmer und ein Raucherzimmer in Anspruch genommen werden (Broschüre_UPK 2007).

2.2 Auswahl der Stichprobe

Während bei den meisten quantitativen Arbeiten statistische Repräsentativität angestrebt wird, wird mit qualitativen Untersuchungen eher versucht die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu erreichen (Merkens 2009). Daher war die Auswahl der InterviewpartnerInnen, charakteristisch für qualitative Forschung, zweckmäßig, womit gesichert werden konnte, dass der Gegenstandsbereich facettenreich erfasst wird. Geeignete Techniken hierzu sind die Auswahl extremer Fälle, über Stichproben typischer Fälle bis zu kritischen Fällen (Patton 1990). Dadurch konnte die Stichprobe so vielfältig wie möglich gestaltet werden und die Fragestellung aus möglichst vielen Blickwinkeln beleuchtet werden (Cresswell 2003). Es wurde eine sehr heterogene Stichprobe ausgewählt und es wurden sowohl Einzelinterviews als auch Fokusgruppengespräche geführt

Voraussetzung, um als InterviewpartnerIn für die Einzelinterviews in Frage zu kommen, waren die freiwillige Zustimmung an der Befragung teilzunehmen, eine diagnostizierte Alkoholabhängigkeit nach ICD-10, stationäre/-r PatientIn oder TagespatientIn in der Abteilung U1 des Abhängigkeitsbereichs der UPK Basel zu sein bzw. Angehöriger eines/-r stationären PatientIn oder TagespatientIn der Abteilung U1 zu sein. Aus diesem Pool wurde versucht aktuelle TagespatientInnen, ehemalige TagespatientInnen, PatientInnen, welche die tagesklinische Behandlung ablehnen, und Angehörige von TagespatientInnen als InterviewpartnerInnen zu gewinnen.

Für eines der beiden Fokusgruppengespräche wurden zusätzlich das interdisziplinäre Team der Abteilung U1 eingeladen. Die gesamten Interviews fanden im Zeitraum von 16.7.2009 bis 27.8.2009 statt.

2.3 Feldzugang und Ablauf der Interviews

Der Kontakt zu den InterviewpartnerInnen wurde durch das Personal der Abteilung U1 hergestellt. Dabei wurden die potentiellen InterviewpartnerInnen vorab vom Personal über den Hintergrund der Befragung informiert und bei Interesse wurde ein Termin für ein Interview abgemacht. Bevor die freiwillige Zustimmung der TeilnehmerInnen

erfolgte, wurden sie mündlich und schriftlich über Zweck, Dauer und Aufzeichnung des Interviews sowie über ihre Rechte und den Datenschutz unterrichtet (schriftliche Patienteneinverständniserklärung siehe Anhang). Danach wurde die schriftliche Patienteneinverständniserklärung (Informed Consent) vom/der InterviewpartnerIn und ForscherIn unterschrieben und beide Seiten erhielten eine Ausfertigung der Einverständniserklärung.

Ab diesem Zeitpunkt wurde das Aufnahmegerät aktiviert und das Interview wurde anhand des semistrukturierten Leitfadens durchgeführt. Bei den Interviews anwesend waren außer dem/der InterviewpartnerIn, die Projektleiterin Regine Steinauer und der Projektassistent Christian Auer. Die ersten sechs Einzelinterviews wurden von der Projektleiterin Regine Steinauer geführt. Ab dem siebten Interview übernahm Christian Auer die Einleitung und Fragestellung der Interviews, wurde aber immer wieder von Regine Steinauer unterstützt. Zusätzlich zur Aufnahme wurden die Interviews durch Feldnotizen festgehalten.

Die Interviews mit den TagespatientInnen und den stationären PatientInnen wurden im Pausenraum des Personals auf der Abteilung U1 geführt. Die ehemaligen TagespatientInnen bzw. Angehörigen wurden in einem Büro der Abteilung Ambulanter Dienst Sucht (ADS) befragt. Die Fokusgruppengespräche wurden im Gruppentherapieaum der Abteilung U1 geführt.

Nach Beendigung des Interviews bekamen die TeilnehmerInnen der Einzelinterviews als Dank einen Kaffeegutschein für das klinikinterne „Café Kranich“. Außerdem wurden die stationären PatientInnen und TagespatientInnen darauf hingewiesen sich bei etwaigen psychischen Belastungen, die durch das Interview hervorgerufen wurden, Unterstützung bei der zuständigen Bezugspflegeperson zu holen.

2.4 Datensammlung

Zur Befragung der InterviewpartnerInnen kam ein semistrukturierter Interviewleitfaden sowohl bei den Einzel- als auch bei den Fokusgruppeninterviews zum Einsatz. Bei dieser Interviewtechnik werden die Fragen vorher festgelegt, allerdings gibt es keine Antwortvorgaben und somit können die Befragten ihre Erwartungen und Erfahrungen frei artikulieren. Der Vorteil dieser zielgerichteten Methode ist, dass von allen InterviewpartnerInnen ähnliche Daten erfragt werden können, man schneller in den Problembereich vordringen kann und somit Zeit beim Interview und bei der Auswertung gespart werden kann. Trotzdem muss die Reihenfolge der Fragen nicht

strikt eingehalten werden und es obliegt dem/der InterviewerIn, wann bei einem Thema weiter ins Detail gegangen wird. Fragen, die im Lauf des Interviews schon beantwortet wurden, können weggelassen werden (Holloway and Wheeler 1998; Hopf 2000).

Als zweite Variante wurden Fokusgruppengespräche durchgeführt, um weitere Daten zu generieren. Daran nehmen vier oder mehr Personen teil, um über ein Thema zu diskutieren (Holloway und Wheeler 1998). Der Interviewer, oder in diesem Fall Moderator, hatte ähnlich wie den Einzelinterviews einen Leitfaden vorbereitet und führte die Diskussion.

Fokusgruppengespräche sind sehr effizient, da verschiedene Ansichten zu einem Thema von mehreren Teilnehmern in kurzer Zeit erhalten werden können. Zusätzlich wird durch Gruppendynamik erreicht, dass die InterviewpartnerInnen auf bereits Gesagtes von anderen Teilnehmern Stellung nehmen können, was zu umfassenderen Daten führen kann. Normalerweise wirken Fokusgruppengespräche stimulierend und es wird den TeilnehmerInnen erleichtert ihre Meinungen und Einstellungen mitzuteilen. Es kann aber auch sein, dass einzelne TeilnehmerInnen nicht gerne vor einer Gruppe reden, oder dass es durch den Gruppeneffekt zu konformen bzw. konvergierenden Antworten kommt. Daher können Gruppeninterviews immer nur ergänzend sein und Einzelinterviews nicht völlig ersetzen (Dreher und Dreher 1991; Polit und Beck 2004). Die Datensammlung kann im Allgemeinen beendet werden, wenn Datensättigung erreicht ist. Diese tritt ein, wenn keine neuen, bedeutsamen Variationen oder Dimensionen mehr im Bezug auf eine Kategorie auftauchen und die Kategorieentwicklung dicht ist (Glaser 1978).

Die aufgezeichneten Interviews wurden anschließend wortwörtlich transkribiert und vom „Schwizerdütsch“ in die deutsche Schriftsprache übersetzt.

2.5 Fragebogen für das semistrukturierte Interview

Der Leitfaden für die Einzelinterviews teilte sich in einen demographischen Teil und den Teil zu den spezifischen Fragen bezüglich Erwartungen an- und Nutzen durch die tagesklinische Behandlung. Für die Fragen zu den demographischen Daten wurden vorgegebene Antwortkategorien ausgearbeitet.

Bei den Einzelinterviews wurden bei allen InterviewpartnerInnen das Geschlecht und das Geburtsjahr erhoben. Die geschlossenen Fragen mit Antwortvorgaben betrafen die Dauer des Aufenthalts in der Abteilung U1, ob es sich um den ersten Aufenthalt im U1

handelt, wo man zuvor in Behandlung war und welche Therapien auf der Abteilung U1 in Anspruch genommen wurden.

Zur Entwicklung der spezifischen Fragen wurden das Vorwissen und die Erkenntnisse der Literatursuche miteinbezogen und genutzt. Daraus konnten folgende Kategorien identifiziert werden:

- Motivation
- Effektivität
- Zukunft
- Interne und externe Unterstützung
- Zufriedenheit
- Verbesserungen/Veränderungen

Die ersten beiden Fragen sollten sehr allgemein gehalten werden und richteten sich nach dem Grund, weshalb man sich für oder gegen die tagesklinische Behandlung entschieden hat, bzw. welche Erwartungen man an die tagesklinische Behandlung hat. Bei der dritten Frage geht es um die Motivation und Ziele, die man durch die tagesklinische Behandlung erreichen will. Die vierte und fünfte Frage soll Auskunft über konkrete Hilfe geben, die innerhalb und außerhalb der Klinik, in Anspruch genommen wird. Speziell bei der fünften Frage wird zusätzlich auf nicht-professionelle Hilfe durch Angehörige oder Freunde eingegangen. Da TagespatientInnen bereits einen Großteil des Tages außerhalb der Klinik verbringen, soll die sechste Frage Aufschluss über die Zukunft der InterviewpartnerInnen nach der tagesklinischen Behandlung geben. Frage Nr. sieben bezieht sich auf den Effekt bzw. Veränderungen, welche durch die Behandlung eingetreten sind. Die letzte Frage bezieht sich auf die Zufriedenheit mit der Behandlung und sollte speziell die Möglichkeit für kritische Äußerungen zulassen.

Frage 1: Aus welchen Gründen haben Sie sich für/gegen eine tagesklinische Behandlung entschieden?

Frage 2: Welche Erwartungen haben Sie an die tagesklinische Behandlung?

Frage 3: Welche Ziele verfolgen Sie innerhalb der tagesklinischen Behandlung?

Frage 4: Welche Unterstützung benötigen Sie innerhalb der tagesklinischen Behandlung?

Frage 5: Welche Unterstützung nutzen Sie außerhalb des tagesklinischen Settings?

Frage 6: Wie sieht Ihre Zukunft nach der tagesklinischen Behandlung aus?

Frage 7: Was haben Sie bereits verändert/gelernt durch die tagesklinische Behandlung?

Frage 8: Was könnte Ihrer Meinung nach an der tagesklinischen Behandlung verbessert werden?

Da bei den Einzelinterviews die klinischen Hintergründe und Erfahrungen der TeilnehmerInnen sehr unterschiedlich waren, musste je nach InterviewpartnerIn der Leitfaden angepasst werden. Somit gab es Leitfäden für aktuelle TagespatientInnen, für ehemalige TagespatientInnen, für PatientInnen, welche die tagesklinische Behandlung nicht in Anspruch nehmen wollten, für Angehörige sowie für die beiden Fokusgruppengespräche. Trotz alledem bildeten die obigen acht Fragen das Grundgerüst für jedes Interview.

2.6 Datenauswertung

Die Datenauswertung der transkribierten Gespräche erfolgt durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. Das Ziel der Inhaltsanalyse ist die systematische Bearbeitung von Kommunikationsmaterial. Sie kann in eine (a) zusammenfassende, (b) erklärende und (c) strukturierende Technik unterschieden werden. Bei dieser Arbeit werden die Daten nach der zusammenfassenden Technik analysiert.

Das Verfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist durch mehrere Analyseschritte geprägt (Mayring 2007):

- (1) Bestimmung der Analyseeinheit: legt fest was der kleinste und was der größte Textbestandteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.
- (2) Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen: die einzelnen Kodiereinheiten werden auf eine knappe, nur dem Inhalt beschränkte Form umgeschrieben. Überflüssige, ausschmückende Textbestandteile werden fallengelassen.
- (3) Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau: das Abstraktionsniveau wird aufgrund des vorliegenden Materials bestimmt und alle Paraphrasen, die unter diesem Niveau liegen werden verallgemeinert. Paraphrasen über dem Abstraktionsniveau werden zunächst belassen.
- (4) 1. Reduktion durch Selektion, streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen: unwichtige und sich wiederholende Paraphrasen werden gestrichen.
- (5) 2. Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau: in diesem Reduzierungsschritt werden

mehrere sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben.

- (6) Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem: Überprüfung, ob die neuen Aussagen das Ausgangsmaterial noch abbilden
- (7) Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial (Mayring 2007).

Konkret wurden bei dieser Arbeit die obigen Schritte wie folgt umgesetzt:

Bestimmung der Analyseeinheit:

Kodiereinheit: Jede Aussage über Erlebnisse, Erfahrungen, Gefühle, Bewertungen, Wirkungen bezüglich Erwartungen/Nutzen an/durch die Behandlung.

Bsp. 1: „*Dass ich abstinent bleibe. (03/35)*“ → Kat. „Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung“

Bsp. 2: „*Der Vormittag hat sich verändert durch die Arbeit, dass ich eine Beschäftigung habe. (01/184)*“ → Kat. „geregelter Tagesstruktur“

Auswertungseinheit: Im ersten Durchgang der einzelne Fall, im zweiten Durchgang das gesamte Material.

Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen:

Alle nicht-inhaltstragenden Textteile innerhalb einer Analyseeinheit bzw. Aussagen, die irrelevant für die Forschungsfrage sind, werden fallengelassen.

Bsp. 3. „*Als Tagespatient z.B. (.) ah wenn man Therapie macht, man wird mit Zeit, man lernt sich selber zu beobachten (05_31)*“. → Paraphrasierung: Als TagespatientIn, wenn man Therapie macht, man lernt sich mit der Zeit selber zu beobachten.

Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau:

Das Abstraktionsniveau lehnte sich vorerst eng an den Begriffen der InterviewpartnerInnen an.

Bsp. 4: Paraphrase: Ich schau mir mit der Bezugsperson an was ich mache wenn ich als Tagespatient fertig bin. → Generalisierung: „Gespräche mit der Bezugsperson“ (DA_09⁶).

⁶ Datenanalyse von Interview Nr. 9

Paraphrasen mit höherem Abstraktionsniveau werden belassen.

Bsp. 5: Paraphrase: Tagesstruktur ist wichtig für mich. Generalisierung: „Tagesstruktur ist wichtig für mich“ (DA_09).

Erster und zweiter Reduktionsschritt:

In diesem Schritt wurden durch Reduktion bedeutungsgleicher Paraphrasen und durch Anhebung des Abstraktionsniveaus vorläufige Kategorien gebildet. Jede Kategorie wurde im Kodierleitfaden eingetragen, definiert und mit Ankerbeispielen versehen (siehe Kodierleitfaden im Anhang). Durch dieses Vorgehen am gesamten Datenmaterial bestand der Kodierleitfaden aus 35 vorläufigen Kategorien. Als weiterer Schritt wurde das Abstraktionsniveau noch einmal angehoben und ähnliche Kategorien wurden zusammengefasst.

Bsp. 6: Die vorläufige Kategorie „regelmäßige Kontrolle“ fiel schließlich unter die Kategorie „Schutz und Kontrolle“.

Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem und Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial:

In diesem Schritt wurde der Kodierleitfaden immer wieder im Projektteam auf Verständlichkeit überprüft und die Definitionen der einzelnen Kategorien wurden durch Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial erweitert und verdichtet. Durch die Definitionen sind die einzelnen Kategorien exakt voneinander abgegrenzt und einzelne Aussagen (Kodes) aus dem Datenmaterial sollen dadurch eindeutig einer Kategorie zuordenbar sein.

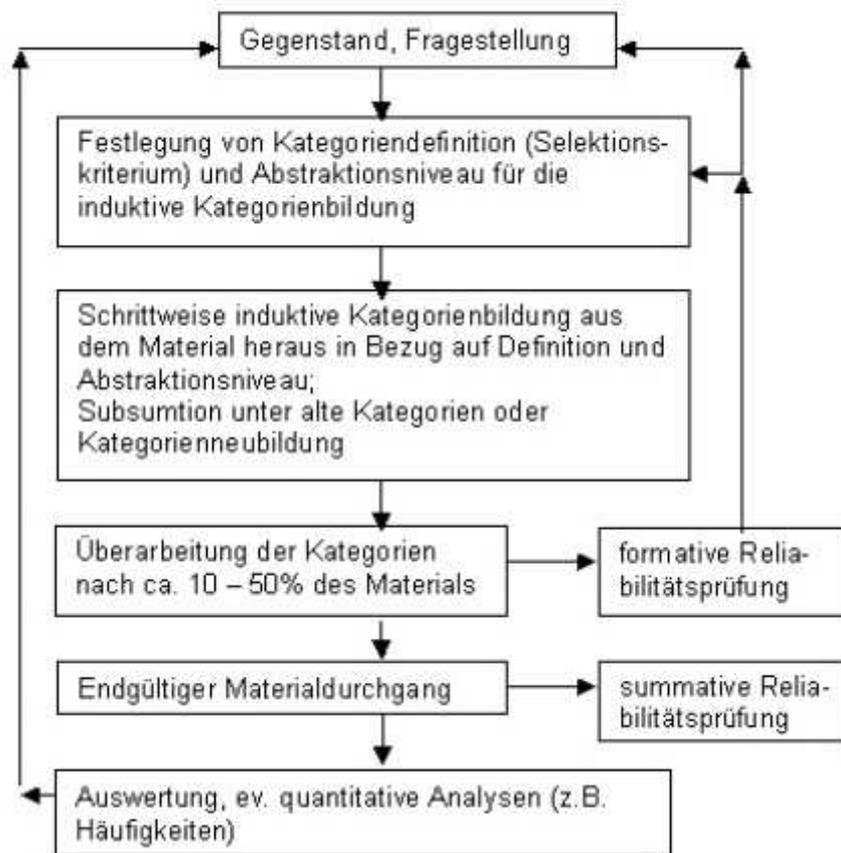


Abb. 2.6 Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring 2000)

Die Kategorien wurden induktiv aus dem Datenmaterial heraus entwickelt und sind daher gegenstandsverankert (siehe Abb. 2.6). Das Vorwissen durch die Literaturrecherche wurde in die Generierung der Kategorien nicht miteinbezogen. Die Kategorien entstanden nicht theoriegeleitet, da kein bereits bestehendes Kategoriensystem an das Datenmaterial herangetragen wurde. Erst im Diskussionsteil wurden die eigens entwickelten Kategorien anhand bereits bestehender Forschungsliteratur verglichen.

Der Prozess der Datenerhebung und Datenanalyse ist nicht als linearer Verlauf zu verstehen, sondern wie es für die qualitative Forschung typisch ist, als Zirkulärer (Witt 2001). Demnach wurde, bereits nach wenigen Interviews mit der Transkription, Analyse und Interpretation der Daten begonnen. Simultan wurden neue InterviewpartnerInnen rekrutiert und weitere Interviews geführt. So konnten bereits gewonnene Erkenntnisse aus den ersten Interviews für spätere genutzt werden und es kam zu einer ständigen Interaktion zwischen Sammlung und Auswertung der Daten.

Z.B. wurde die Frage Nr. 8 (Was könnte Ihrer Meinung nach an der tagesklinischen Behandlung verbessert werden?) des Leitfadens zum Teil nur unzureichend beantwortet.

Um das Antwortverhalten der InterviewpartnerInnen anzuregen wurde, wenn es erforderlich war, eine fiktive Frage gestellt: „*Stellen Sie sich vor sie hätten drei Wünsche frei. Was würden Sie sich für die tagesklinische Behandlung wünschen?*“ Es wurde darauf hingewiesen, dass die Wünsche in der Realität nicht umsetzbar sein müssen.

Als weiteres Beispiel kann noch genannt werden, dass ein Teilnehmer aus dem Fokusgruppengespräch mit den stationären PatientenInnen und TagespatientInnen kurzfristig zu einem Einzelinterview eingeladen wurde, da sich herausstellte, dass seine Argumentation gegen die tagesklinische Behandlung einen neuen Aspekt beleuchtete. Die geschlossenen Fragen mit Antwortvorgaben sowie die Intercoder-Reliabilität wurden mittels SPSS 16.0 ausgewertet. Es wurde eine Quantifizierung der entwickelten Kategorien vorgenommen, um die ausgezählten Kategorien im Ergebnisteil nach der Häufigkeit der darzustellen.

2.7 Gütekriterien

Die bei dieser Arbeit angewendeten Kriterien entsprechen den Gütekriterien für qualitative Forschung. Zusätzlich wurde die für die qualitative Inhaltsanalyse charakteristische Intercoder-Reliabilität berechnet. Die Intercoder-Reliabilität kennzeichnet die Übereinstimmung von Kodierungen durch voneinander unabhängige KodiererInnen (Mayring 2007). Dadurch soll die Anerkennung dieser qualitativen Arbeit außerhalb und innerhalb der Scientific Community gewährleistet sein.

Kernkriterien qualitativer Forschung nach Guba und Lincoln (1989), Cresswell (2003) und Steinke (2009) sind:

- *Kommunikative Validierung*

Die „Beforschten“ sollen die Daten auf ihre Gültigkeit hin überprüfen. Dieser Vorgang wird häufig als „Membercheck“ bezeichnet (Cresswell 2003; und Steinke 2009)

- *Triangulation*

Der Einsatz komplementärer Methoden, Theorien, Daten oder Forscher soll in einer Untersuchung zu einem Erkenntniszuwachs führen und soll Einseitigkeiten und Verzerrungen kompensieren.

- *Validierung der Interviewsituation*

Interviews und InterviewpartnerInnen werden auf Aufrichtigkeit der Aussagen überprüft.

- *Authentizität (Glaubwürdigkeit, interne Validität)*

Dadurch soll ein sorgfältiger Umgang mit den Äußerungen der Befragten dargelegt werden. Unter diesen Punkt kann auch die Intercoder-Reliabilität eingeordnet werden

- *Intersubjektive Nachvollziehbarkeit*

Da qualitative Forschung dem Anspruch der intersubjektiven Überprüfbarkeit auf Grund der geringen Standardisierbarkeit nicht entsprechen kann, soll intersubjektive Nachvollziehbarkeit eine Bewertung der Ergebnisse ermöglichen. Wichtig sind dafür die Dokumentation des Forschungsprozesses, der Erhebungsmethoden und des Erhebungskontextes, der Transkriptionsregeln sowie der Auswertungsmethoden.

Die Interpretation der Daten soll in Gruppen erfolgen. Dies kann durch „peer debriefing“ und „external audit“ erfolgen. Beim peer debriefing geht es darum eine kompetente Person zu finden, die Fragen stellt und mit der die qualitative Arbeit besprochen wird, um so die Genauigkeit zu erhöhen. Ein external Auditor überblickt das gesamte Projekt und steht als Supervisor während des gesamten Forschungsprozesses zur Verfügung.

Die oben angeführten Kriterien wurden wie folgt umgesetzt:

- *Kommunikative Validierung („member check“)*

Nachdem die Kategorien entwickelt waren, wurden sie den InterviewpartnerInnen präsentiert und etwaige Unstimmigkeiten wurden diskutiert.

- *Triangulation*

Bei dieser Arbeit wurden sowohl Daten- als auch die Forschertriangulation eingesetzt. Es wurden Einzel- und Gruppeninterviews geführt und es wurde durch eine zweckmäßige Stichprobe versucht maximale Variation der InterviewpartnerInnen zu erreichen. Zweck dieser speziellen Vorgehensweise war vordergründig weniger die Validierung der Daten, als dadurch zu einem tieferen Verständnis des untersuchten Gegenstands und zu mehr Erkenntnissen zu gelangen. Außerdem haben zwei voneinander unabhängige ForscherInnen das gesamte Datenmaterial kodiert.

- *Validierung der Interviewsituation*

Es gab keine Anzeichen, dass die InterviewpartnerInnen falsche Angaben machten oder nicht aufrichtig waren. ForscherIn und InterviewpartnerIn gingen kein Arbeitsbündnis ein. Es wurde versucht eine vertrauensvolle Beziehung zu den

Informanten herzustellen und das Machtgefälle so klein als möglich zu halten, obwohl es bei den Einzelinterviews zu der Situation kam, dass zwei ForscherInnen einem/-r Befragten gegenüber saßen.

- *Authentizität (Glaubwürdigkeit, interne Validität)*

Es wurden Zitate der InterviewpartnerInnen verwendet um ein plastischere Beschreibungen der Kategorien zu erhalten. Die Aussagen der InterviewpartnerInnen wurden nicht aus dem Kontext gerissen und die Zitate wurden mit der Nummer des Interviews und der Zeilenangabe versehen, so dass eindeutig nachvollzogen werden kann, woher das Zitat stammt.

Die Fortschritte und Zwischenergebnisse des Projekts wurden permanent im Projektteam besprochen. Unmittelbar nach jedem Interview wurde die gesamte Interviewsituation analysiert und die Erkenntnisse daraus wurden den Feldnotizen hinzugefügt. Zusätzlich wurde die Intercoder-Reliabilität ermittelt, indem das gesamte Datenmaterial anhand des gemeinsam entwickelten Kodierleitfadens unabhängig voneinander kodiert wurde. Der Übereinstimmungswert wurde durch Cohens Kappa ausgedrückt.

- *Intersubjektive Nachvollziehbarkeit*

Das Vorwissen im Projektteam zum Gegenstandsbereich wurde offen gelegt. Die Erhebungsinstrumente wurden beschrieben und auf die Entwicklung des semistrukturierten Leitfadens wurde eingegangen. Außerdem wurde eine detaillierte Beschreibung der Klinik, der Abteilung sowie des Interviewsettings abgegeben.

Als peer debriefer stand die Projektleiterin Regine Steinauer M.Sc. (Nursing) zur Verfügung und als externer Auditor fungierte Dr. Christoph Abderhalden, der Betreuer meiner Diplomarbeit.

2.8 Ethische Überlegungen

Die Berücksichtigung forschungsethischer Aspekte verlangt bei qualitativer Forschung besondere Sensibilität, da tiefe Einblicke in sonst eher verschlossene gesellschaftliche Teilbereiche gewonnen werden und durch ihre subjektbezogene Vorgehensweise eventuell Würde und Interessen der Person berührt werden. Wichtige Aspekte sind dabei die Freiwilligkeit der Teilnahme an Untersuchungen, die Absicherung der Anonymität so wie die Vermeidung von Schädigungen der TeilnehmerInnen (Hopf 2009).

Folgende Maßnahmen wurden gesetzt um den forschungsethischen Fragen zu entsprechen:

Die vorliegende Arbeit wurde als Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung innerhalb der Klinik durchgeführt und muss daher im Kanton Basel nicht der Ethikkommission vorgelegt werden. Jedoch wurde die Genehmigung der ärztlichen Leitung und der Pflegeleitung eingeholt.

Information und Freiwilligkeit:

Die TeilnehmerInnen der Studie wurden schon vorab von der Bezugspflegeperson über das Projekt informiert und entschieden sich dann für oder gegen einen Interviewtermin. Vor dem Interview wurden die TeilnehmerInnen, sowohl mündlich als auch schriftlich, über den Zweck und den Ablauf der Interviews informiert. Sie bestätigten ihre Bereitschaft zur freiwilligen Teilnahme mit der Unterzeichnung der schriftlichen Einverständniserklärung. Die InterviewpartnerInnen erhielten auf Wunsch eine Kopie der unterschriebenen Einverständniserklärung.

Datenschutz:

MitarbeiterInnen der UPK Basel unterstehen der Schweigepflicht und Äußerungen der InterviewpartnerInnen über MitarbeiterInnen oder MitpatientInnen werden streng vertraulich behandelt. Außerdem wurde den InterviewpartnerInnen in der Einverständniserklärung zugesichert, dass ihnen durch kritische Äußerungen über die Klinik oder bei Abbruch des Interviews keine Nachteile in der weiteren Behandlung entstehen. Die Tonbandaufnahmen wurden nach der Transkription gelöscht und die Datenauswertung erfolgte in anonymisierter Form. Das heißt die transkribierten Interviews sind nur mit einer Nummer versehen und nicht mit dem Namen der InterviewpartnerInnen. In den Transkripten wurden die Aussagen der InterviewpartnerInnen mit dem Buchstaben „P“ für PatientIn und die Fragestellung der ForscherIn mit dem Buchstaben „I“ für InterviewerIn abgekürzt. Wurden bei den Interviews Namen vom Personal, MitpatientInnen, Angehörigen oder dergleichen erwähnt, so wurden diese in den Transkripten als Hr. X oder Schwester X bezeichnet und werden auch bei folgenden Publikationen nur mehr anhand dieser anonymisierten Form weiterverwendet.

Aufwand und Nutzen für die Befragten:

Die TeilnehmerInnen wurden über die zu erwartende Dauer des Gesprächs informiert und erhielten als Dank für die Teilnahme am Ende des Interviews einen Gutschein für einen Kaffee im klinikinternen „Cafe Kranich“. Die InterviewpartnerInnen konnten das

Gespräch dazu nutzen den Klinikaufenthalt noch einmal zu reflektieren, Kritik, Lob und Verbesserungsvorschläge anzubringen, sowie für zukünftige PatientenInnen aktiv zu Behandlungsverbesserung beitragen.

Risiken:

Die Interviews können nicht bloß als Mittel zur Datensammlung angesehen werden. Vielmehr stellen sie Interventionen dar, die durchaus negative Folgen haben können (LoBiondo-Wood und Haber 2005). Deshalb dürfen psychische Belastungen für die TeilnehmerInnen nicht ausgeschlossen werden. Um angemessen auf Stress, Ängste oder belastende Erinnerungen, die im Verlauf des Interviews auftraten, reagieren zu können, war Regine Steinauer anwesend, die sowohl Pflegefachperson als auch Pflegewissenschaftlerin ist. Bei kritischen Situationen wurde von ihr das Interview in eine andere Richtung gelenkt und jede/-r PatientIn wurde darauf hingewiesen, dass er/sie im Anschluss an das Interview Betreuung durch seine Bezugspflegerperson in Anspruch nehmen kann.

Häufig fühlen sich InterviewpartnerInnen nicht gleichberechtigt, sondern unterlegen (Holloway und Wheeler 1998). Gerade bei dieser Studie trifft dieser Umstand zu, weil es zu einer „zwei-zu-eins-Situation“ beim Interview kam. Trotzdem war es in diesem Fall sinnvoll, aus den gerade beschriebenen Gründen, auf diese Art vorzugehen. Außerdem sind die PatientenInnen an vertrauliche Gespräche bei gleichzeitiger Anwesenheit von ärztlichem-, pflegerischem- oder psychologischem Personal gewöhnt. Des Weiteren wird berücksichtigt, dass man als ForscherIn das Hauptinstrument der Datensammlung ist, die Entstehung der Erkenntnisse offen legen muss und im Kontext der sozialen Bedingungen erläutert. Durch das Eintauchen in die Datenwelt und der Verschmelzung mit dem Umfeld kann es zu einer gewissen Subjektivität seitens des/der ForschersIn kommen (Holloway und Wheeler 1998). Selbstreflexion und die bereits beschriebene Vorgehensweise bei der Datenanalyse sollen dem entgegenwirken (Flick 2009).

3.0 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit in Form von Tabellen, statistischen Werten, und zum größten Teil als dichte Beschreibung der Kategorien, präsentiert.

Außerdem wird über die Ergebnisse aus den Feldnotizen und vom Membercheck berichtet.

3.1 Stichprobe

Im Rahmen dieser Arbeit wurden zwölf Einzelinterviews und zwei Fokusgruppengespräche im Zeitraum von 16. Juli bis 27. August 2009 geführt. Es wurde darauf geachtet möglichst Personen zu befragen, die sich in unterschiedlichen persönlichen und klinischen Situationen befinden, um die Fragestellung von verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten.

Von den zwölf InterviewpartnerInnen, die zustimmten an dem qualitativen Projekt teilzunehmen, waren zum Zeitpunkt des Interviews sechs in tagesklinischer Behandlung, drei PatientInnen waren auf der Abteilung U1 stationär und wollten die tagesklinische Behandlung nicht in Anspruch nehmen, und zwei InterviewpartnerInnen waren ehemalige TagespatientInnen, welche die tagesklinische Behandlung frühzeitig abgebrochen hatten. Zusätzlich wurde ein/-e Angehörige/-r eines/-r TagespatientIn befragt (Tab.3.1).

Durchschnittlich waren die InterviewpartnerInnen 45 Jahre alt und es nahmen sechs Frauen und sechs Männer teil. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 26 Minuten. Die Mehrheit der TagespatientInnen nahmen die tagesklinische Behandlung mehr als acht Wochen in Anspruch und waren schon mehrfach in stationärer oder tagesklinischer Behandlung.

Ein Fokusgruppengespräch wurde mit TagespatientInnen sowie stationären PatientInnen der Abteilung U1 geführt, wobei insgesamt neun Personen teilnahmen. Das zweite Fokusgruppengespräch wurde mit sieben MitarbeiterInnen aus dem interdisziplinären Team der Abteilung U1 geführt.

Merkmal	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht		
Männlich	6	50%
Weiblich	6	50%
Behandlungsform		
TagespatientIn (TP)	6	50%
ehemaliger TP	2	16,7%
stationär U1 (will kein/-e TP werden)	3	25%
Angehörige/-r	1	8,3%
Fokusgruppen- gespräche		
interdisziplinäres Team	1	50%
PatientInnen U1 (stationär und TP)	1	50%

Tabelle 3.1 Merkmale der InterviewpartnerInnen

3.2 Darstellung der Kategorien

Im Folgenden werden die 13, aus dem Datenmaterial gewonnen, Kategorien dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die Kategorien quantifiziert und nach der Häufigkeit gereiht. Neben der Benennung jeder Kategorie befinden sich in Klammer zwei Zahlen. Die erste besagt in wie vielen Interviews die Kategorie gefunden wurde, die zweite Zahl gibt Aufschluss über die absolute Häufigkeit der Nennung im gesamten Datenmaterial (z.B. 13/91)⁷.

Die Beschreibungen wurden mit Zitaten der InterviewpartnerInnen (in kursiver Schrift) ergänzt, um Kategorien lebendiger und verständlicher für die Leser zu machen. In Tabelle 3.2 sind die Kategorien mit den absoluten Häufigkeiten und Nennungen pro Interview aufgelistet.

⁷ 13/91 = die Kategorie wurde in 13 Interviews gefunden; die Kategorie wurde im gesamten Datenmaterial 91 Mal gefunden

Persönliche Entwicklung (13/91)

„Ich hab mich da entwickeln können, öffnen können. Das ist eigentlich ein positiver Verlauf gewesen für mich“ (03_12⁸).

Die InterviewpartnerInnen berichten über persönliche Entwicklung während der tagesklinischen Behandlung oder erwarten sich persönliche Entwicklung durch die tagesklinische Behandlung. Dadurch erhoffen sie sich zu reifen, zu lernen, Ereignisse neu zu bewerten und so neue Fähigkeiten für das Leben nach der tagesklinischen Behandlung zu erlangen.

„Ich habe gelernt, dass es andere Blickwinkel und Möglichkeiten gibt eine Situation anzuschauen. Nicht nur meine, weil das ist so subjektiv“ (10_187).

Unter persönliche Entwicklung zählen zum ersten handlungsorientierte Veränderungen. Verhalten oder Handlungen werden aufgrund der tagesklinischen Behandlung verändert.

„Jetzt hab ich schneller reagiert (auf den Rückfall). Und das ist für mich ein großer Fortschritt, weil sonst, wenn ich anfang einfach ins Trinken, dann kann ich nicht mehr aufhören“ (09_324).

Zum zweiten fallen unter die Kategorie Aussagen oder Erwartungen über eine Veränderung des Bewusstseins und der Wahrnehmung im Zuge der tagesklinischen Behandlung, die nicht unmittelbar zu einer Handlung führen müssen.

„Als Tagespatient, mit der Zeit, man lernt sich selber zu beobachten“ (05_31).

Andere InterviewpartnerInnen berichten darüber einen Sinn in der Behandlung zu erkennen, von der Behandlung zu profitieren, zu erkennen, dass eine Genesung lange dauern wird und von Rückfällen begleitet sein kann oder, dass man das Selbstvertrauen wieder zurückerlangt. All diese Wahrnehmungen sind nicht unmittelbar mit einer Handlung verknüpft, können aber durchaus zu einer Handlung oder einer Verhaltensänderung führen.

Die Veränderung der Wahrnehmung oder des Bewusstseins kann somit der Ausgangspunkt für eine Veränderung des Verhaltens sein, aber auch umgekehrt kann durch eine Handlung das Bewusstsein verändert werden.

Die TagespatientInnen erkennen, dass Zeit und Erfahrung wichtige Faktoren sind, um sich persönlich zu entwickeln. Durch die tagesklinische Behandlung wird ihnen ein schrittweises Erreichen ihrer gesetzten Ziele ermöglicht.

⁸ 03_12 = Interview Nr. 3; Zeile 12

„Ich will diesen Krieg gewinnen. Aber ich brauche Zeit, der Heilungsprozess braucht wirklich Zeit“ (05_76).

Des Weiteren fallen Aussagen bezüglich der Wahrnehmung von Stagnation bzw. negativen Folgen der tagesklinischen Behandlung unter diese Kategorie.

„Also ich hab nichts Neues gelernt, aber ich habe Sachen erhalten können“ (08_78).

Viele InterviewpartnerInnen erkennen, dass der Schritt von der geschlossenen, stationären Behandlung in die tagesklinische Behandlung Schwierigkeiten bereitet. Vor allem am Abend wieder alleine zuhause zu sein und mit den Ängsten klar zu kommen bereitet Probleme.

„Das sind enorme Angstzustände und mit denen muss ich lernen umzugehen. (...) Und es geht auch ohne Angstzustände. Für mich hat sich da schon sehr viel geändert seit dem letzten Mal, als ich hier raus gegangen bin“ (09_223).

Durch die tagesklinische Behandlung können sich TagespatientInnen persönlich entwickeln. Die persönliche Entwicklung braucht Zeit und ist hilfreich, damit TagespatientInnen ihre Wahrnehmung, ihr Bewusstsein und ihr Verhalten verändern können.

Ausgenommen aus dieser Kategorie sind Entwicklungen bezogen auf Alkohol oder Alkoholkonsum und Entwicklungen, die das physische und psychische Wohlbefinden betreffen.

Professionelle Unterstützung (13/65)

Professionelle Unterstützung bezieht sich auf das Personal der Abteilung U1 und nicht auf die Abteilung oder Klinik als Ganzes. Es stehen somit die persönlichen Kompetenzen und die Professionalität des Personals im Mittelpunkt.

Professionelle Unterstützung wird in Form von Einzelgesprächen sowie Gruppengesprächen vom interdisziplinären Team angeboten. Einzelgespräche sind meist terminlich mit den PatientInnen vereinbart, können aber auch spontan stattfinden. Einige PatientInnen erwarten sich Flexibilität vom Personal und Zeit für spontane Gespräche.

„Jetzt wäre es für mich noch hilfreich, wenn ich vielleicht öfters spontan das Gespräch mit der Pflegeperson hätte“ (12_33).

Gruppengespräche finden zu einem fixen Zeitpunkt statt und werden in Form von ärztlich geleiteten Gruppen, psychologischen Workshops oder den pflegerisch geleiteten Morgen- und Abendrunden durchgeführt.

Patienten in tagesklinischer Behandlung erwarten sich vom Personal praktische Hilfestellung sowie Unterstützung beim Formulieren ihrer persönlichen Ziele und Motivation diese zu erreichen. Sie wollen informiert und aufgeklärt werden über sämtliche Ressourcen die ihnen, sowohl klinikintern als auch klinikextern, zur Verfügung stehen, um ihre Ziele zu erreichen.

„Die Motivation von der Fr. Sozialarbeiterin, dass sie mir Ideen gibt“ (01_56).

„Dass ich mich wieder informieren kann, wie es dann weitergeht“ (01_34).

Vor allem in die Einzelgespräche mit den Bezugspersonen setzen die InterviewpartnerInnen große Hoffnungen und erwarten angehört zu werden und Ratschläge zu bekommen.

„Wenn es mal Komplikationen gibt kann man reden mit dem Personal. Sie machen alles möglich“ (04_113).

„(...) zu sagen was mich beschäftigt, und dass man mir auch zuhört“ (04_259).

Zusammenfassend kann man sagen, dass vom Personal erwartet wird umfassende Kompetenzen, sowohl im Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung zu haben, als auch im Bezug auf klinikexterne Ressourcen bestens Bescheid zu wissen.

Individuelle Behandlung (12/49)

Unter diesem Begriff wurden Erwartungen und Aussagen der InterviewpartnerInnen bzgl. individueller Behandlung subsumiert. Individuelle Behandlung soll vom Personal praktiziert und von den TagespatientInnen gefordert werden. Die PatientInnen sollen und können ihre individuellen Wünsche bezüglich der tagesklinischen Behandlung gegenüber dem Personal äußern. Das Personal wiederum soll diese Wünsche respektieren und in angemessener Weise fördern. Wie bereits weiter oben erwähnt, sind von Seiten des Personals keine Grenzen gesetzt und jede/-r TagespatientIn kann seine/ihre persönlichen Wünsche mit dem Personal diskutieren und festlegen. Wichtig ist den InterviewpartnerInnen die freie Wahl der Behandlungsmodule, die Dauer und Intensität der gesamten tagesklinischen Behandlung sowie die Umsetzung sonstiger individueller Bedürfnisse, Wünsche und Ziele. Die InterviewpartnerInnen erwähnen, dass sie von den Freiheiten und der Selbstbestimmung durch die individuelle Behandlung, im Gegensatz zu den Verpflichtungen und dem Druck auf geschlossen Abteilungen, profitieren können.

„Ich pick mir jetzt Sachen raus, wo ich profitieren kann. Ich mache nicht alles mit“ (03_90).

Atemluftkontrollen sind prinzipiell nicht vorgesehen, können aber auf Wunsch der TagespatientInnen gefordert werden, so dass jedes Mal beim Eintreffen in die Klinik ein Blastest durchgeführt wird.

Unter anderem kann mit dem Personal abgemacht werden, dass man als TagespatientIn kontrolliert Alkohol konsumiert.

„Mein persönliches Ziel ist, das ich kontrolliert trinke. Das ist so thematisiert mit meiner Bezugsperson und das hat auch Platz“ (01_76).

Diese Form der Behandlung ist für die TagespatientInnen mit vielen Freiheiten verbunden, verlangt jedoch auch ein gewisses Maß an Eigenverantwortung. Das Personal der Abteilung U1 ist sich der Chancen, aber auch der möglichen Überforderung für beide Seiten, durch die individuelle Behandlung bewusst.

„Und was ich super find, die Freiheiten die man eigentlich hat. (...) Es spielt sich dann im Kopf ab welchen Weg man geht“ (02_198).

Die freie Wahl der Behandlung fängt nach der stationären Entzugsbehandlung an. Die stationären PatientInnen werden bereits hier über die Möglichkeit einer tagesklinischen Behandlung informiert und sie können danach frei entscheiden, ob sie TagespatientInnen werden wollen. Einige erkennen, dass sie ihr persönliches Ziel während der stationären Entzugsbehandlung noch nicht erreicht haben und nehmen deshalb die tagesklinische Behandlung in Anspruch.

„Ich habe das gebraucht (...) zuerst stationär und dann Tagespatient und dann irgendwann ambulant“ (05_144).

Die TagespatientInnen haben, wie erwähnt, kein festgesetztes Therapieprogramm. Sie können in Behandlung kommen so oft sie wollen und geben dann bei der pflegerisch geleiteten Morgenrunde bekannt, welche Therapien sie mitmachen werden. Gegen Ende der tagesklinischen Behandlung können die PatientInnen ihre Aufenthaltsdauer in der Klinik immer weiter reduzieren und wieder mehr am klinikexternen Leben teilnehmen.

Vorbereitung für Zukunft und Alltag (11/42)

Entscheidend für die TagespatientInnen, ob sie nach dem Klinikaufenthalt langfristig ohne Alkohol leben können, ist die Vorbereitung auf die Zukunft und den Alltag abseits der Klinik. Bei der Vorbereitung auf die Zukunft und den Alltag geht es um eine systematische Vorbereitung durch das Personal bzw. durch die Klinik und nicht um eine Krisenintervention bei plötzlich auftretenden Problemen. Es geht darum, dass sich die

TagespatientInnen durch die tagesklinische Behandlung klinikextern eine Basis schaffen, um ihr Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten.

Die InterviewpartnerInnen erwarten sich außerhalb der Klinik eine Tagesstruktur und Sinn in ihrem Leben in Form von Arbeit, Beschäftigung, Wohnung oder sozialen Kontakten. Sie haben die Möglichkeit sich parallel zur tagesklinischen Behandlung außerhalb der Klinik wieder eine Tagesstruktur aufzubauen.

„...dass ich einen Arbeitsplatz erhalte der mir gefällt und eine andere Wohnung wollen wir uns suchen“ (02_104).

„Ich schau natürlich, dass ich jetzt ein bisschen soziale Kontakte außerhalb der Klinik aufbaue“ (03_54).

Praktische Hilfe beim Schreiben von Bewerbungen, bei finanziellen Fragen oder bei der Wohnungssuche sind entscheidend, um einen möglichst problemlosen Start in den Alltag zu gewährleisten. Deshalb versuchen die TagespatientInnen die Strukturen, die ihnen in der Klinik geboten werden für diese Zwecke zu nutzen.

„Wegen der Wohnung, wegen dem Finanziellen, das wollte ich eigentlich auch in der Zeit wo ich hier bin machen. Als Tagespatientin wäre es mir lieber gewesen ich könnte das bewerkstelligen“ (09_212).

Ganz konkret erwarten sich InterviewpartnerInnen die Einrichtung einer Krisenhotline oder eines Notfallplans, um bei plötzlich auftretenden Problemen eine Anlaufstelle zu haben oder angemessen reagieren zu können.

Dadurch, dass TagespatientInnen nicht in der Klinik schlafen bzw. nicht täglich in Behandlung kommen, können sie aktiv am öffentlichen Leben teilnehmen. Sie können sich wieder mehr nach außen orientieren und wollen sich im öffentlichen Leben beweisen, um zu sehen, dass sie zu den Menschen außerhalb der Klinik gehören und ein Klinikaufenthalt nicht die Norm ist. Die Mitarbeiter der Abteilung U1 sagen dazu:

„Das U1 ist ein Trainingsgelände. Sie können raus gehen und auch wieder zurückgehen und berichten darüber. Wieder neu probieren“ (11_48/134).

Die PatientInnen erwarten sich durch die tagesklinische Behandlung eine schrittweise Entlassung in den Alltag, um sich langsam wieder auf das normale Leben einzustellen und nicht überfordert zu sein.

„Alles von allein aus können und einfach so Knall auf Fall. Also ich find es schon gut wie hier ein Polster geschaffen wird so ... ja so langsam auslaufen lassen“ (07_189).

Trotzdem ist die beste Vorbereitung keine Garantie für ein Leben ohne Alkohol. Den TagespatientInnen ist bewusst, dass ihre Krankheit von Rückfällen geprägt ist und sie versprechen sich eine angemessene Vorbereitung auch auf mögliche Rückfälle.

„...vorbereiten wieder aufs Leben, wieder aufs Normale und auch vorbereiten auf eventuelle Rückschläge“ (02_17).

Viele InterviewpartnerInnen erwarten sich nach der tagesklinischen Behandlung eine Nachbetreuung. Diese ist durch die wöchentliche „Ambulante Trainingsgruppe“ (ATG), die vom Personal der Abteilung U1 geleitet wird, gewährleistet.

geregelter Tagesstruktur (10/18)

Die InterviewpartnerInnen erwarten sich durch die Behandlung während ihrer Zeit in der Klinik eine geregelte Tagesstruktur. Die Tagesstruktur ist für sie wichtig, weil sie dadurch eine Aufgabe haben. Sie erkennen einen Sinn, um am Morgen aufzustehen, raus zu gehen und sich nicht in die eigene Wohnung zurückzuziehen. Die Strukturierung durch die tagesklinische Behandlung findet anhand vom Therapieprogramm und Beschäftigungsmöglichkeiten, wie Gartenarbeit oder Tierpflege, innerhalb der Klinik statt.

„Mein Wunschtage ist am Morgen aufstehen, da her kommen und am Programm teilnehmen“ (03_47).

„Ich erwarte mir den Rahmen, den ich jetzt habe, eben Gartenarbeit“ (01_32).

Prinzipiell können TagespatientInnen täglich von der Morgenrunde bis zur Abendrunde am Therapieprogramm teilnehmen und so ihre Tage ausfüllen, wobei es den PatientInnen frei steht was sie machen und wie oft sie teilnehmen. Einige der TagespatientInnen versuchen so viel als möglich am Therapieprogramm mitzumachen, um sich so vor etwaigen Rückfällen zu schützen.

„Man hat es einfach unterschätzt und man ist so schnell wieder drinnen. (...) Man muss wirklich sagen ich bin Tagespatient, ich mach das und das und das“ (04_297).

„Man sollte sich natürlich die Zeit nehmen und wirklich auch kommen, jeden Tag“ (07_46).

Diese Einstellung sieht das Personal der Abteilung U1 als problematisch. Sie wollen nicht, dass die TagespatientInnen die Behandlung als Ersatz für eine Tagesstruktur sehen. Ein Mitarbeiter sagt dazu:

„Es ist ein tagesklinisches Behandlungsangebot, das irgendwann ausläuft und keine Tagesstruktur ist“ (11_40).

Wie vom Personal gewünscht, nutzen einige PatientInnen die Tagesstruktur, welche die zeitlich begrenzte tagesklinische Behandlung bietet, als Überbrückungsphase bis sie wieder eine Arbeit oder Beschäftigung außerhalb der Klinik gefunden haben. Wieder anderen TagespatientInnen reicht es, wenn sie nur wenige Stunden täglich, oder nur zwei- bis drei Mal pro Woche, die tagesklinische Behandlung in Anspruch nehmen.

Wunsch nach Schutz und Kontrolle (9/24)

Das Konzept der Abteilung U1 fordert von den TagespatientInnen ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Autonomie.

Eine Pflegeperson drückt es folgendermaßen aus:

„Am U1 ist alles offen und frei. Eigentlich kann der Patient weitgehend mit uns diskutieren und festlegen wie er es gerne hätte, wie oft er kommt und was er da genau macht“ (11_34).

Nichts desto trotz lassen viele TagespatientInnen durch ihre Aussagen den Wunsch nach Schutz und Kontrolle erkennen. Dieser Wunsch spiegelt sich durch Unselbständigkeit, Abhängigkeit von der Klinik und der Ablehnung von Eigenverantwortung wieder. TagespatientInnen wünschen sich mehr Anbindung und Verbindlichkeiten während der tagesklinischen Behandlung.

„Die Tagesklinik gibt mir einen gewissen Rahmen und auch Bedingungen. Das schränkt mich schon ein. Das ist ein gewisser Schutz“ (01_105).

„Ein extrem wichtiger Punkt ist für mich, dass ich weiß ich muss da reinkommen und auch nüchtern und wach“ (12_16).

Für viele TagespatientInnen ist die tagesklinische Behandlung anschließend an die stationäre Behandlung ein Schutz, eine längere Anbindung, um nicht sofort wieder den Versuchungen des Alltags ausgesetzt zu sein. Die Anbindung an die Klinik und die Gespräche mit dem Personal führen für die TagespatientInnen zu einer längeren Auseinandersetzung mit sich selbst und der Krankheit.

„Bei mir ist der Grund Anbindung an die Therapie die ich jetzt mache. Dass die Qualität der Auseinandersetzung mit mir selbst nicht zu schnell im Alltag verloren geht“ (12_5).

Durch die tagesklinische Behandlung sind die PatientInnen motiviert abstinent zu bleiben und sie erhoffen sich dadurch eine längere Periode ohne Alkoholkonsum zu gewinnen. Es gibt zwar keine Abstinenz-Verpflichtung von Seiten der Klinik oder dem Personal, so dass bei einem Rückfall während der tagesklinischen Behandlung die

Therapie abgebrochen werden muss, trotzdem ist die tagesklinische Behandlung für die TagespatientInnen eine Verpflichtung, die sie mit sich selbst eingehen und die sie brauchen, um nüchtern zu bleiben.

„Die tagesklinische Behandlung ist eine Verpflichtung die ich mit mir selbst eingehe und die ich brauche“ (09_37).

Für einige TagespatientInnen ist diese Verpflichtung mit sich selbst nicht ausreichend. Sie erwarten sich zusätzlich mehr Druck durch das Personal in Form von regelmäßigen Atemluftkontrollen oder Konsequenzen bei einem Rückfall.

„Vermehrt die Leute auffordern, dass sie Atemlufttests machen. Wenn man es nicht machen muss, dann trinkt man viel eher etwas“ (08_141).

„Das müsste klarer sein, wenn jemand einen Rückfall gehabt hat. Das hat einfach gar keine Konsequenzen und das find ich dann schwierig“ (14_148).

Zusätzlich wird gewünscht, dass das Personal die TagespatientInnen auffordert regelmäßig in Behandlung zu kommen.

„Dass das Personal sagt, bis morgen kommst dann. Ist das abgemacht“ (04_303).

Im Wesentlichen erwarten sich die InterviewpartnerInnen indirekt Verbindlichkeiten durch die tagesklinische Behandlung, die sie im Alltag nicht vorfinden. Dadurch soll es ihnen leichter fallen auf den Alkohol zu verzichten und sich länger gedanklich mit sich selbst und der Abhängigkeitserkrankung zu beschäftigen.

Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung (9/20)

Die InterviewpartnerInnen erwarten sich von der tagesklinischen Behandlung eine Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung. Darunter verstehen sie entweder abstinent zu werden oder zu bleiben bzw. kontrolliert Alkohol zu konsumieren und diesen Zustand ohne institutionelle Hilfe ständig aufrechtzuerhalten. Abstinenz oder kontrolliertes Trinken stellt sowohl für die PatientInnen als auch für das Personal ein zentrales Ziel dar, da die PatientInnen nur durch Rückgewinnung und Aufrechterhaltung von Kontrolle und Stabilität der Abhängigkeitserkrankung ihr Leben wieder nach ihren eigenen Vorstellungen gestalten können.

„Das Hauptziel im Moment ist die Macht über meine Sucht zu übernehmen“ (05_70).

„Meine persönlichen Ziele sind, dass ich soweit komm, dass ich stabil bleibe. Dass ich nicht trinke“ (03_41).

Resultierend daraus erwarten sich die InterviewpartnerInnen mehr Selbstbestimmung im Alltag und somit eine Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Zwar sind die meisten PatientInnen in tagesklinischer Behandlung durch die vorangegangene Entzugsbehandlung in einer geschlossenen Abteilung abstinent oder trinken kontrolliert Alkohol, es kann aber noch nicht davon gesprochen werden, dass sie diesen Zustand anhand ihrer eigenen Ressourcen aufrechterhalten können. Somit wird Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung als eine Erwartung bezeichnet, die nicht in kurzer Zeit nach einer einzigen Entzugsbehandlung erreicht werden kann. Der Weg zur Stabilisierung ist als Prozess zu verstehen, der von Rückfällen und Krisen geprägt ist. Daher fallen Aussagen bezüglich Lernprozessen, die mit dem Substanzkonsum zusammenhängen, unter die Kategorie Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung.

„Ich habe gelernt mit dem Alkohol umzugehen“ (01_184).

„Heute bin ich sieben Monate abstinent“ (05_110).

Diese Aussagen beziehen sich auf einen bereits erzielten Lernerfolg. Es handelt sich daher nicht mehr um eine Erwartung, sondern um den Nutzen der sich aus der Behandlung ergeben hat.

Um die Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung während der tagesklinischen Behandlung zu erreichen, bzw. die Voraussetzungen dafür zu schaffen, müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden. Entscheidend dafür sind sowohl die Unterstützung durch das interdisziplinäre Team als auch die Rahmenbedingungen in der Klinik.

Zusammenfassend kann man sagen, dass viele PatientInnen in tagesklinischer Behandlung abstinent, aber noch nicht stabil sind.

Vertrautheit/Geborgenheit (9/16)

Die InterviewpartnerInnen wünschen sich die Klinik als Ort, wo man zur Ruhe kommt, der Geborgenheit bzw. Vertrautheit bietet und wo man über die Krankheit reden kann. Das Gefühl von Geborgenheit und Vertrautheit erhoffen sich die TagespatientInnen vor allem vom Personal und den MitpatientInnen zu erfahren.

„Ich habe keine Angst vor dem Personal, ich habe Vertrauen, weil ich sie alle kenne“ (05_15).

Wichtig ist den TagespatientInnen eine heimatliche Atmosphäre in der Klinik vorzufinden, wo sie gern Zeit verbringen.

„Ich finde es wirklich toll da. Das ist trotzdem eine Klinik, aber es ist eine andere Atmosphäre. Ich bin gern da gewesen und ist auch schnell vorbeigegangen die Zeit“ (03_157).

Die InterviewpartnerInnen erwarten sich eine vertrauensvolle Beziehung mit dem Personal. Dabei müssen sowohl die TagespatientInnen dem Personal vertrauen können als auch umgekehrt.

„Da fühlt man sich dann auch wohler, wenn das Personal ein bisschen Vertrauen hat zu einem“ (09_107).

In dieser gleichberechtigten Beziehung wollen die TagespatientInnen als Mensch wertgeschätzt werden und Verständnis für ihre Krankheit erfahren. Verständnis, vor allem im Bezug auf Rückfälle, welches die TagespatientInnen außerhalb der Klinik kaum erfahren.

Das Personal soll am Abteilungsalltag der PatientInnen teilnehmen und nicht bloß bei abgemachten Terminen für die PatientInnen da sein.

„Die Pflegerin X, die setzt sich auch mit uns draußen hin und redet mit uns beim Kaffee oder bei der Zigarette. Nicht nur über therapeutische Sachen, auch über ganz private, alltägliche Sachen“ (12_170).

Für die meisten TagespatientInnen ist in der Abteilung U1 viel passiert und sie verbinden heimatliche Gefühle damit. Einigen ist sogar der Ort selbst wichtiger als die Gespräche mit dem Personal, wobei der Weg in die Klinik sowie der Aufenthalt in der Klinik die wahren Gründe für ihr Kommen sind.

Ein Mitarbeiter der Abteilung U1 schildert es folgendermaßen:

„Einer hat einmal gesagt er kommt gern zu mir ins Gespräch, aber wichtiger ist der Weg da vorbei am U1. Darum kommt er eigentlich“ (11_230).

Erweiterung des Therapieangebotes (8/26)

Bei der Erweiterung des Therapieangebotes handelt es sich um ganz konkrete Verbesserungs- bzw. Veränderungsvorschläge der TagespatientInnen im Bezug auf die tagesklinische Behandlung. Inbegriffen sind strukturelle so wie inhaltliche Veränderungen bzw. Verbesserungen, die nur auf die Abteilung U1 oder die gesamte Klinik bezogen sind, nicht aber auf einzelne MitarbeiterInnen.

Ein Tagespatient und ein Angehöriger erwarten sich mehr Beschäftigungsmöglichkeiten in Form von Arbeit im Rahmen der tagesklinischen Behandlung, um so mehr Zeit in der Klinik verbringen zu können und als Training für die Zeit nach der Behandlung. Zusätzlich sollte es Alternativen zur Ergotherapie geben bzw. sollten immer genügend Arbeitsmaterialien bei der Ergotherapie zur Verfügung stehen. Es wird kritisiert, dass

sich einzelne Therapien zum Teil überschneiden und man sich bei Interesse für eine der beiden Therapien entscheiden muss.

„Was mich stört ist, dass sich Fitness mit der NADA (Ohrakupunktur), dass sich das ein bisschen überschneidet“ (03_141).

Es wird erwähnt, dass man als TagespatientIn die Möglichkeit haben sollte selber das Therapieprogramm zu gestalten und es den MitpatientInnen anbieten kann.

„Es gibt viele Patienten die sich mit dem Computer gut auskennen. Ein Kurs oder so“ (03_134).

Es wird erwartet, dass sich das Therapieprogramm mehr in die Öffentlichkeit orientiert. TagespatientInnen wollen in öffentliche Bäder schwimmen gehen oder Ausflüge mit dem Fahrrad unternehmen. Auch das Personal wünscht sich eine Ausweitung der tagesklinischen Behandlung in die Öffentlichkeit bzw. in die Wohnumgebung der TagespatientInnen.

Wie bereits weiter oben erwähnt erwarten sich die InterviewpartnerInnen in der Nacht ausreichende Versorgung durch das Personal. Da zu dieser Zeit die Abteilung nur mit einer Nachtwache aus einer anderen Abteilung besetzt ist, wünschen sie sich eine Aufstockung des Personals durch Pflegepersonen aus der Abteilung U1.

„Es ist ja auch so, dass zwei den Job machen der eigentlich drei Leute bräuchte. Das gibt noch mal eine Hemmung zu sagen hallo da bin ich. Also für mich zumindest“ (12_236).

„Ich denk am Abend sollte etwas gemacht werden. Also nur die Nachtwache allein langt nicht am U1“ (12_231).

Im Allgemeinen erwarten sich die InterviewpartnerInnen flexiblere Behandlungszeiten, mehr Beschäftigungsmöglichkeiten innerhalb der Klinik in Form von Arbeit und eine Verbesserung der Betreuung durch mehr Personal während der Nacht, das den PatientInnen vertraut ist.

Zuflucht bei Problemen (8/25)

„Dass wenn ein Problem auf mich zu kommt und ich das Gefühl habe, ich könnte das vielleicht nicht alleine bewältigen, dass ich hierhin zurückkommen könnte“ (02_22).

Die Alkoholabhängigkeit ist eine chronische Krankheit, deren Verlauf von Rückfällen geprägt ist (Dennis, Scott et al. 2005). Um Rückfälle zu vermeiden erwarten sich die InterviewpartnerInnen durch die Klinik eine Zufluchtstelle, um beim plötzlichen

Auftreten dieser Probleme schnell und effektiv vor einem Rückfall bewahrt zu werden. Die Klinik und das Personal sollen somit als Kriseninterventionsstelle fungieren.

Von Problemen wird in dieser Kategorie gesprochen, wenn bei PatientInnen plötzlich auftretende Krisen eintreten, die zu einem Rückfall führen können. Die Gefahr von Rückfällen kann unter anderem durch Stresssituationen wie Streit mit dem/der LebenspartnerIn, Einsamkeit oder durch Konfrontation mit Alkohol im Alltag entstehen. Um diese kritische Phase zu überstehen erwarten sich die InterviewpartnerInnen jederzeit auf die Abteilung U1 kommen zu können, um sich dort abzulenken beziehungsweise ein Gespräch mit einer Pflegeperson zu führen oder sich in das Tagespatientenzimmer zurückziehen zu können.

„Wenn ich hier am Tag herkomme, wenn ich Sorgen habe, wenn ich vielleicht schlecht geschlafen habe und ich merke ich darf heute nicht allein daheim sein. Es geht nicht allein, dann komm ich da her. Wir haben da oben das Tagespatientenzimmer“ (12_214).

TagespatientInnen, die bereits einen Rückfall haben, werden vom Personal ermutigt in die Klinik zu einem Gespräch zu kommen und bei Bedarf werden sie stationär aufgenommen.

„Ich habe gemerkt, dass es mir nicht so gut geht und dass ich wieder am Trinken bin und sie haben mich grad jetzt aufgefangen. Weil alleine hätte ich es wahrscheinlich nicht geschafft“ (04_24).

Wichtig ist den TagespatientInnen, dass ihnen die Möglichkeit zur Zuflucht in die Klinik, und bei Bedarf ein Gespräch mit einer Pflegeperson, rund um die Uhr zur Verfügung steht. Dies ist bis dato nicht der Fall, da die Abteilung U1 in der Nacht nur durch eine Nachtwache besetzt ist. Viele InterviewpartnerInnen betonen aber, dass speziell am Abend oder in der Nacht, wenn sie alleine zuhause sind, die Gefahr für einen Rückfall besonders groß ist.

„Das U1 ist ein Fluchtweg und ist aber in der Nacht nicht vorbereitet, da nur die Nachtwache hier ist“ (12_245).

„Und da habe ich das Problem gehabt, mit wem rede ich jetzt in der Nacht um neun oder um halb zehn“ (12_251).

Die Nachtwache ist nicht von der Abteilung U1 und kennt die TagespatientInnen nur bedingt. Um auch in der Nacht schnell und effektiv behandelt zu werden, wünschen sich die InterviewpartnerInnen eine Pflegeperson von der Abteilung U1, zu der sie Vertrauen haben.

Des Weiteren soll die Zuflucht in der Nacht so unbürokratisch als möglich ablaufen, da die TagespatientInnen nur für eine Nacht oder für ein paar Stunden Zuflucht in der Klinik suchen.

Ausgenommen von dieser Kategorie sind gezielte, langfristige Vorbereitungen durch das Personal auf etwaige, zukünftige Krisen.

Hilfe durch MitpatientInnen (8/20)

PatientInnen in tagesklinischer Behandlung sind teilweise täglich vom Morgen bis zum Abend in der Klinik und ihre Kontakte beschränken sich während des Klinikaufenthalts nicht ausschließlich auf das Personal. Es gibt verschiedene Therapien, wie Gruppengespräche oder psychologische Workshops an denen mehrere PatientInnen teilnehmen und auch zwischen dem Therapieprogramm gibt es genügend Möglichkeiten, um mit MitpatientInnen in Kontakt zu treten. Dies kann beim gemeinsamen Kochen, im Raucherzimmer, im Fernsehzimmer oder beim Sport sein.

Für viele PatientInnen in tagesklinischer Behandlung sind der Austausch und die Hilfe durch MitpatientInnen aus verschiedenen Gründen wichtig. TagespatientInnen berichten hauptsächlich über den Nutzen, den sie aus Kontakt mit MitpatientInnen ziehen. Dadurch, dass viele MitpatientInnen schon zum wiederholten Male in Behandlung sind, und vielfältige Erfahrungen während ihrer Krankheit gesammelt haben, können sie ihr Wissen und ihre Erfahrungen an MitpatientInnen weitergeben. Jeder/-e TagespatientIn befindet sich bezüglich seiner/ihrer Krankheit auf einem individuellen Entwicklungsstand. Das heißt, dass jeder/-e TagespatientIn über andere Erfahrungen verfügt oder andere Ansichten über vielerlei Probleme hat, die im Laufe der Abhängigkeitserkrankung auftreten können. Die TagespatientInnen können voneinander lernen, von ihren Erfahrungen wechselseitig profitieren und ihre eigenen Probleme anhand der Erfahrungen anderer neu überdenken. Für diese Kultur des Austauschs und Lernens der PatientInnen untereinander, sind die Voraussetzungen in der tagesklinischen Behandlung durch das Therapieangebot und durch das Personal gegeben.

„Ich sammle auch noch Erfahrung von den anderen Mitpatienten“ (05_41).

„Mir hilft der Austausch mit den Mitpatienten“ (03_73).

Die InterviewpartnerInnen erwarten sich durch Kontakte mit den MitpatientInnen nicht so einsam zu fühlen und, dass sie aufgrund derselben Erkrankung auf mehr Verständnis als außerhalb der Klinik treffen.

„Für mich ist das Problem die Einsamkeit und hier habe ich den Kontakt mit den Leuten wieder gefunden, deren Gesellschaft“ (10_97).

Einige dieser Bekanntschaften werden noch nach dem Klinikaufenthalt weitergeführt und gerade bei Problemen wird der Kontakt mit ehemaligen MitpatientInnen gesucht.

„Ich bin jetzt mit der Fr. H. im Zimmer gewesen und wir reden viel zusammen wenn es uns nicht gut geht oder auch telefonieren miteinander, wenn es uns nicht gut geht“ (09_78).

Zusammenfassend kann man sagen, dass TagespatientInnen durch den Austausch mit MitpatientInnen wieder mehr soziale Kontakte haben, von den verschiedenen Erfahrungen der MitpatientInnen lernen können und durch die gemeinsame Abhängigkeitserkrankung auf gegenseitiges Verständnis stoßen.

Entlastung der Angehörigen/Freunde (4/12)

Die InterviewpartnerInnen erwarten sich durch die tagesklinische Behandlung eine Entlastung ihrer Angehörigen oder Freunde. Die Angehörigen oder Freunde von alkoholkranken Personen sind besonderen Belastungen ausgesetzt. Die Enttäuschung, wenn eine längere abstinente Phase von einem Rückfall unterbrochen wird, ist besonders groß und stößt häufig auf Unverständnis bei den Angehörigen.

„Weil der Partner leidet ja auch unter einer solchen Situation“ (02_156).

„Angehörige haben mit der Zeit auch nicht mehr die Kraft und die Energie mitzumachen“ (06_431).

Angehörige und Freunde können nicht nur eine Ressource sein; vielmehr können sie sogar zu einem Auslöser für eine Krise oder einen Rückfall werden, wenn sie mit den Suchtproblemen der alkoholkranken Person konfrontiert werden. Oftmals kann ein/-e LebenspartnerIn, ein/-e Angehörige/-r oder ein/-e FreundIn in dieser Situation gar nicht angemessen reagieren, weil sie nicht wie eine alkoholkranke Person empfinden und weil sie Angst vor einem neuerlichen Rückfall des Patienten haben.

„Weil Partner, Lebenspartner mit einbeziehen, dass ist ein heikles Thema. (...) Dem Menschen, dem man am nächsten steht, tut man damit weh. Das ist natürlich schon super, wenn man hier her kommen kann“ (12_269).

Den InterviewpartnerInnen ist bewusst, dass sie ihre Angehörigen verletzen und verängstigen können, wenn sie offen über ihr Verlangen nach Alkohol sprechen. Daher wollen sie ihre Probleme in der Klinik mit dem Personal oder MitpatientInnen besprechen. Des Weiteren wird erwartet, dass die Angehörigen und Freunde durch die

Klinik oder das Personal über die Abhängigkeitserkrankung informiert werden, um so den Verlauf der Krankheit besser zu verstehen und die Betroffenen besser unterstützen zu können. Diese Information kann im Rahmen eines gemeinsamen Gespräches mit der Bezugsperson, dem Angehörigen und dem/der TagespatientenIn stattfinden.

Ein Angehöriger schildert eine schwierige Situationen in der Familie:

„In dem Moment bin ich wirklich überfordert gewesen. Da hab ich gefunden irgendwie Stopp. Also ich muss mich da abgrenzen“ (06_189).

„Das irgendwie zu sehen, das Elend und, dass ich merke ich kann nicht helfen. Das ist schon sehr belastend“ (06_203).

Physisches und/oder psychisches Wohlbefinden (4/8)

Das physische beziehungsweise psychische Wohlbefinden der PatientInnen soll sich im Zuge der tagesklinischen Behandlung verbessern.

„Mein Ziel ist das ich fit werde und belastbar, gesund“ (02_82).

Die InterviewpartnerInnen erwarten sich eine positive Entwicklung ihrer Gesundheit durch einen längeren Zeitraum in tagesklinischer Behandlung in der sie sich physisch und psychisch erholen können. Viele PatientInnen leiden an zugrunde liegenden, oder durch den Alkoholkonsum begleitenden, psychischen Störungen, die in tagesklinischer Behandlung durch Medikamente und Psychotherapie verbessert werden können.

„Ich bin ganz sicher nervlich geht's mir viel besser“ (02_172).

„Seit dem Klinikaufenthalt scheint es mir ist sie entspannter“ (06_156).

Physisches und psychisches Wohlbefinden beeinflusst sich wechselseitig und kann daher nicht isoliert von einander betrachtet werden. Die Verbesserung des physischen und/oder psychischen Wohlbefindens ist das Ergebnis verschiedener psychotherapeutischer, physiotherapeutischer und medikamentöser Maßnahmen. Ihr physisches Wohlbefinden verbessern Tagespatienten durch Sport, sowie durch das physiotherapeutische Angebot in Form von Rückenschule oder Nordic Walking und wenn nötig durch Medikamente.

„Ich habe dem Arzt gesagt, ich brauche wirklich eine Reserve wegen der Rückenschmerzen“ (05_320).

Psychische Störungen werden, wie bereits erwähnt, durch Psychotherapie und Medikamente behandelt. Zudem erleben die PatientInnen durch Bewegung und Ergotherapie eine positive Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden. Haben

TagespatientInnen psychische Befindlichkeitsstörungen wie Probleme beim Entspannen oder Abschalten können sie von Aromatherapie oder Ohrakupunktur Gebrauch machen. *„Ohrakupunktur hab ich sehr schön gefunden. Das tut wirklich gut, das ist auch zur Entspannung“* (10_164).

Die InterviewpartnerInnen erwarten sich durch den Klinikaufenthalt eine Verbesserung des psychischen und physischen Wohlbefindens durch geeignete Therapiemaßnahmen und hoffen diesen Zustand klinikextern aufrechterhalten zu können.

„Ich versuche am Morgen Nordic Walking zu machen. Einfach das gleiche machen, was ich vorher (als Tagespatient) gemacht habe“ (08_4).

In diese Kategorie wurden nur Aussagen bezüglich Erwartungen und Nutzen des psychischen und physischen Wohlbefindens der Tagespatienten aufgenommen. Ausgeschlossen sind Aussagen über Entwicklungen, die in Zusammenhang mit Alkoholkonsum oder persönlichen Entwicklungen getätigt wurden.

3.3 Häufigkeitsauszählung der generierten Kategorien

In Tabelle 3.2 wird die Häufigkeit der Kategorien pro Interview und im Gesamten dargestellt. Am häufigsten, nämlich in 13 von 14 Gesprächen, insgesamt 91 Mal wurde die Kategorie „persönliche Entwicklung“ genannt. Gefolgt von „professioneller Unterstützung“, 65 Nennungen in 13 Gesprächen, „individueller Behandlung“, 49 Nennungen und „Vorbereitung auf Zukunft und Alltag“ 41 Nennungen. Die übrigen Kategorien wurden zwischen 8 und 26 Mal gezählt.

Die Datensättigung war nach acht Gesprächen erreicht. In den nachfolgenden Gesprächen sowie in den Fokusgruppen wurden keine neuen Kategorien mehr gefunden. Jedoch konnten die bereits bestehenden Kategorien noch verdichtet und aufgefüllt werden.

Es wurde keine repräsentative Stichprobe gezogen und es handelt sich bei dieser Arbeit um keine quantitative Erhebung. Trotzdem ist auffallend, dass die Kategorien „Entlastung der Angehörigen“ und „physisches und psychisches Wohlbefinden“ ausschließlich von Frauen genannt wurden. Dafür wurde die Kategorie „Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung“ häufiger von Männern, nämlich 13 Mal, erwähnt. Frauen hingegen erwähnten diese Kategorie nur drei Mal. Bei den übrigen Kategorien konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede entdeckt werden. Nicht miteinbezogen in die geschlechtsspezifische Aufteilung wurden die beiden Fokusgruppengespräche.

Interview	1/m	2/w	3/m	4/w	5/m	6/w	7/m	8/w	9/w	10/w	11/FG	12/FG	13/m	14/m	Gesamt
Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung	5	1	2	0	5	1	0	0	1	0	2	2	1	0	20
geregelte Tagesstruktur	5	0	3	1	0	2	1	2	1	0	1	1	1	0	18
professionelle Unterstützung	6	3	4	11	10	5	2	0	7	5	3	6	1	2	65
Erweiterung des Therapieangebotes	3	0	3	0	0	2	1	0	1	0	8	6	0	2	26
Vorbereitung auf Zukunft u. Alltag	0	6	3	2	2	1	2	0	7	1	8	7	3	0	41
Zuflucht bei Problemen	0	2	1	4	2	0	0	0	3	0	4	7	1	0	25
physisches/psychisches Wohlbefinden	0	4	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	8
Entlastung der Angehörigen	0	1	0	1	0	6	0	0	0	0	0	4	0	0	12
Hilfe durch/ Austausch mit MitpatientInnen	0	0	4	4	3	1	0	0	3	2	1	3	0	0	21
persönliche Entwicklung	6	4	8	18	16	2	2	2	13	4	7	8	1	0	91
Wunsch nach Schutz und Kontrolle	3	0	0	2	0	1	4	2	2	0	0	5	3	2	24
individuelle Behandlung	3	1	1	1	1	2	2	0	9	6	10	10	3	0	49
Vertrautheit/ Geborgenheit	0	1	1	0	2	1	0	0	3	1	3	3	1	0	16

Tabelle.3.2 Häufigkeit der Kategorien pro Interview und gesamt.

In der linken äußeren Spalte sind die Kategorien aufgelistet. In der obersten Zeile die Interviewnummer mit dem Geschlecht der InterviewpartnerInnen (m = männlich, w = weiblich, FG = Fokusgruppengespräch).

3.4 Ergebnisse aus den Feldnotizen

Unmittelbar nach jedem Gespräch wurde die gesamte Interviewsituation reflektiert sowie die persönlichen Eindrücke über den/die InterviewpartnerIn analysiert und in Stichworten als Feldnotizen niedergeschrieben.

Grundsätzlich kann man sagen, dass die InterviewpartnerInnen eine positive Einstellung gegenüber der Klinik haben und deren Erwartungen an die tagesklinische Behandlung durchwegs realistisch sind. Das heißt, dass selbst von den PatientInnen, welche die tagesklinische Behandlung nicht in Anspruch nahmen, kaum negative Kritik geäußert wurde. Daraus resultierend kam es zumindest im Zuge der Einzelgespräche kaum zu Anregungen für Veränderungen oder Verbesserungen der tagesklinischen Behandlung. Von einigen InterviewpartnerInnen wurde erwähnt, dass zu wenig Arbeitsmaterial bei der Ergotherapie vorhanden sei, dass sich einzelne Behandlungsmodulare zeitlich überschneiden oder, dass das Preis-Leistungsverhältnis der Mahlzeiten nicht entsprechend sei.

Äußerst konstruktiv hingegen war das Fokusgruppengespräch mit den TagespatientInnen und stationären PatientInnen. Durch die Gruppendynamik kam es zu regen Diskussionen und einigen Verbesserungsvorschlägen. Die InterviewpartnerInnen sehen die Abteilung U1 als Fluchtweg bei Krisen bzw. bei der Gefahr von Rückfällen. Die Abteilung U1 kann aber den Ansprüchen als Kriseninterventionsstelle in den Nachtstunden aufgrund der Personalbesetzung und der bürokratischen Hürden, da in der Nacht keine Aufnahmen in der Abteilung U1 vorgesehen sind, nicht entsprechen. Generell wurde von einigen InterviewpartnerInnen bemerkt, dass die Gefahr für einen Rückfall in den Abend- oder Nachtstunden am größten ist und es in dieser Zeit kaum Unterstützung für sie gibt.

Auffallend ist meiner Meinung nach die unterschiedliche Definition vom Personal der Abteilung U1 und den InterviewpartnerInnen, was einige Kriterien der tagesklinischen Behandlung betrifft. So wurde von einem Großteil der PatientInnen immer wieder erwähnt, dass sie deswegen TagespatientInnen seien, weil sie im Alltag noch nicht zurechtkommen und außerhalb der Klinik noch keine eigene Tagesstruktur haben. Deshalb erwarten sie sich mehr Verbindlichkeiten und weniger Freiheiten durch die tagesklinische Behandlung. Dem entgegen basiert das Konzept der Abteilung U1 auf Autonomie, wodurch die PatientInnen zu Selbständigkeit, Entscheidungsfreiheit und Unabhängigkeit erzogen werden sollen.

Eine weitere Erkenntnis ist, dass wurde speziell beim Auswerten der Interviews deutlich, dass der Übergang von der stationären auf die tagesklinische Behandlung der Abteilung U1, fließend ist. Fakt ist, dass sowohl stationäre PatientInnen wie auch TagespatientInnen in den gleichen Räumlichkeiten behandelt werden, sie das gleiche Personal zu Verfügung haben und die gleichen Therapien in Anspruch nehmen können. Das Verhalten der InterviewpartnerInnen war während der Interviews äußerst unterschiedlich. So gab es Probanden die zurückhaltend, abwartend waren und nur wenig spontane Antworten gaben (EG1; EG8⁹). Speziell bei diesen Personen mussten zusätzlich zu den Fragen vom Leitfaden spontan neue Fragen gestellt werden, die rückblickend sehr oft als geschlossene Fragen formuliert wurden. Viele InterviewpartnerInnen waren aber äußerst kommunikativ, wollten ihr Wissen weitergeben und sprachen offen über ihre Abhängigkeitserkrankung (EG2; EG4; EG5; EG9; EG10; EG13). Schwieriger gestaltete sich das Gespräch mit einer Person, die leicht alkoholisiert zum Interviewtermin erschien, da sie sehr angepasst und nicht redselig war und deshalb nur wenige Informationen zu bekommen waren (EG8). Zu einer kritischen Situation kam es mit einem weiteren Patienten, der im Zuge seiner Erzählungen beinahe Suizidgedanken äußerte (EG4). Das Gespräch konnte aber in eine andere Richtung gelenkt werden, sodass es zu keiner Eskalation kam. Des Weiteren wurden bei allen InterviewpartnerInnen, bei denen der Eindruck entstand, dass sie durch das Interview emotional aufgewühlt waren, darauf hingewiesen, dass sie anschließend die Möglichkeit haben sich bei ihrer Bezugsperson Hilfe zu holen. Beim ersten Interview, welches ich selbst führte, wirkte der Interviewpartner zunehmend genervt und sogar leicht aggressiv (EG7). Es ist durchaus möglich, dass sich meine Unsicherheit auf den Interviewpartner übertragen hat und diese Reaktion eine Folge daraus war.

3.5 Kodierleitfaden

Im Zuge der Datenanalyse wurde ein Kodierleitfaden (siehe Anhang) erstellt, welcher die 13 gefundenen Kategorien samt Definition und ein oder mehrere Ankerbeispiele pro Kategorie beinhaltet. Die Definition der Kategorien muss eindeutig sein, um die einzelnen Kodiereinheiten der richtigen Kategorie zuordnen zu können. Der Kodierleitfaden dient somit als Werkzeug für die Auffindung, endgültige Bestimmung und Auszählung der Kodiereinheiten im Textmaterial. Die Entwicklung des Kodierleitfadens entspricht einem Prozess, indem die Kategorien laufend überarbeitet

⁹ EG1 = Feldnotiz zu Einzelgespräch Nr. 1

und die Definitionen vervollständigt wurden. Er wurde regelmäßig im Projektteam besprochen und auf dessen Anwendbarkeit überprüft. Das Ergebnis der Überprüfung wird im nächsten Punkt besprochen.

Der Kodierleitfaden wurde induktiv entwickelt. Damit ist gemeint, dass die Kategorien aus dem Textmaterial heraus entwickelt wurden und nicht theoriegeleitet aus bereits bestehenden Konzepten bzw. Kategorien abgeleitet wurde (Mayer 2002).

3.6 Validation der Ergebnisse

Intercoder-Reliabilität

Um die Glaubwürdigkeit (interne Validität) der Arbeit zu gewährleisten, wurde die Intercoder-Reliabilität anhand des statistischen Maßes Cohens Kappa dargestellt. Dabei sollen verschiedene KodiererInnen zu einer möglichst hohen Übereinstimmung der Ergebnisse kommen (Mayring 2007). Cohens Kappa drückt diese Übereinstimmung aus, wobei ein Intercoder-Reliabilitätswert von $Kappa \geq 0,75$ als gut bis ausgezeichnet gilt (Greve und Wentura 1997).

Die relevanten Kodiereinheiten wurden anhand des Kodierleitfadens von zwei Mitarbeitern des Projekts unabhängig voneinander einer der 13 Kategorien zugeordnet. Es wurden im gesamten Textmaterial 416 Kodiereinheiten ausgemacht (Tab.3.3).

Der Kodierleitfaden war beiden Mitarbeiter bestens bekannt, da er zusammen erstellt, immer wieder besprochen und revidiert wurde.

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Christian * Regine	416	100.0%	0	.0%	416	100.0%

Tabelle 3.3 verarbeitete Fälle

Cohens Kappa

Mittels SPSS 16.0 wurde der Übereinstimmungswert $Kappa = 0,84$ gefunden (Tab.3.4). Dies entspricht einer guten bis ausgezeichneten Übereinstimmung und gilt als Beleg, dass der Kodierleitfaden ein zuverlässiges Instrument ist.

	Wert	Asymptotischer Standardfehler(a)	Näherungsweise T(b)	Näherungsweise Signifikanz
Maß der Übereinstimmung	.840	.019	49.813	.000
Anzahl der gültigen Fälle	416			

Tabelle 3.4 symmetrische Maße

a Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

b Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

In Tabelle 3.5 wird die Anzahl der durch die beiden KodiererInnen, Regine Steinauer und Christian Auer, zugeordneten Kodiereinheiten in einer Kreuztabelle gegenübergestellt. Die rechte Randsumme gibt die tatsächliche Häufigkeit der Nennungen pro Kategorie an. Die untere Randsumme stellt die Häufigkeit der Nennungen pro Kategorie, wie sie von Regine Steinauer gefunden wurden, an. Die diagonalen Werte (fett markiert) geben die Anzahl der Übereinstimmungen pro Kategorie an.

Z.B.: Kategorie 2 (geregelter Tagesstruktur) konnte im Textmaterial 18 Mal gefunden werden. Die Kategorie wurde von beiden KodiererInnen 16 Mal ermittelt. D.h. der Übereinstimmungswert ist 16.

Die prozentuell geringste Übereinstimmung (72%) gab es bei Kategorie sechs (Zuflucht bei Problemen), was auf eine Schwäche der Definition im Kodierleitfaden hinweisen könnte. Die Kodiereinheiten zu Kategorie sechs wurden am ehesten mit Kategorie drei (professionelle Unterstützung) verwechselt.

Die Übereinstimmung für die Kategorie fünf (Vorbereitung für Zukunft und Alltag) war 80,5% und für Kategorie zehn (persönliche Unterstützung) 82,4%. Die Übereinstimmungswerte für die übrigen Kategorien waren größer als 85%.

		Regime												Gesamt	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Christian	1 Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
	2 geregelte Tagesstruktur	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	18
	3 professionelle Unterstützung	0	1	56	0	0	3	0	0	0	3	0	1	1	65
	4 Erweiterung des Therapieangebotes	0	1	0	23	0	0	0	0	0	1	0	1	0	26
	5 Vorbereitung für Zukunft und Alltag	0	0	0	0	33	2	0	0	1	3	1	1	0	41
	6 Zuflucht bei Problemen	0	0	2	0	0	18	0	0	1	2	2	0	0	25
	7 physisches/psychisches Wohlbefinden	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	8
	8 Entlastung der Angehörigen/Freunde	0	0	0	0	0	1	0	11	0	0	0	0	0	12
	9 Hilfe durch/Austausch mit MitpatientInnen	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	21
	10 persönliche Entwicklung	2	0	4	0	1	1	0	0	1	75	1	5	1	91
	11 Wunsch nach Schutz und Kontrolle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	3	0	24
	12 individuelle Behandlung	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	3	42	0	49
	13 Vertrautheit/Geborgenheit	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	13	16
Gesamt		22	18	66	24	34	25	9	11	24	85	28	55¹	15	416

Tabelle 3.5 Christian * Regime Kreuztabelle

3.7 Membercheck

Als weiterer Schritt, um die Glaubwürdigkeit der gefundenen Ergebnisse zu überprüfen wurde ein „Membercheck“ durchgeführt. Unter „Member“ werden die InterviewpartnerInnen des Projekts verstanden, denen nach der Datenanalyse die generierten Kategorien präsentiert werden. Anschließend können die Ergebnisse kritisiert und mit den InterviewpartnerInnen und dem Projektteam diskutiert werden.

Bei diesem Membercheck wurden alle PatientInnen die an dem besagten Tag auf der Abteilung U1 in Behandlung waren zur Präsentation der Ergebnisse eingeladen. Das heißt, es nahmen sowohl TagespatientInnen als auch stationäre PatientInnen teil. Die Präsentation fand, so wie die Fokusgruppengespräche, im Gruppentherapieaum der Abteilung U1 statt. Die generierten Kategorien samt Auszählung der Häufigkeiten wurden auf Flipcharts dargestellt und waren mit Ankerbeispielen versehen.

Nach der Präsentation wurden die TeilnehmerInnen des Memberchecks gefragt welche Kategorie ihrer Meinung nach am häufigsten genannt wurde bzw. welche Kategorie für sie am wichtigsten wäre. Die TeilnehmerInnen waren der Meinung, dass die Kategorie *„Wunsch nach Schutz und Kontrolle“* für sie die wichtigste sei. Auch die Kategorie *„Vorbereitung auf Zukunft und Alltag“* hat für die TeilnehmerInnen, wie auch für die MitarbeiterInnen der Abteilung U1, große Bedeutung. Es wurde beim Membercheck nochmals erwähnt, dass auch für die Kategorie *„Vorbereitung auf Zukunft und Alltag“* mehr Kontrolle seitens des Personals, und somit mehr Verbindlichkeiten für die PatientInnen, wünschenswert wäre. Begründet wurde dieser Wunsch damit, dass man auch im Berufsalltag pünktlich sein muss, um seine Arbeit zu behalten. Hingegen gibt es auf dem U1 für Verspätungen oder Nichterscheinen keine Konsequenzen.

Des Weiteren wurden die TeilnehmerInnen gefragt, warum die Kategorie *„Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung“* verhältnismäßig selten im Textmaterial vorkam. Laut den TeilnehmerInnen beim Membercheck ist diese Kategorie sogar äußerst wichtig und die Vermeidung eines Rückfalls hat höchste Priorität. Vom Projektteam wurde die Annahme aufgestellt, dass die Vermeidung eines Rückfalls und somit die Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung so selbstverständlich ist, dass sie nicht so häufig explizit genannt wird. Diese Annahme wurde von den TeilnehmerInnen einstimmig bejaht.

In der Diskussion wurde angesprochen, dass es Schwierigkeiten bereitet das Gefühl von Vertrautheit und Geborgenheit, wie es in der gleichnamigen Kategorie beschrieben ist, von den PatientInnen in den klinikexternen Alltag mitzunehmen. Die PatientInnen

wünschen sich daher vom Personal, dass im Zuge der Behandlung immer wieder aufmerksam gemacht wird, sich in Gruppen zu organisieren, um so den gewohnten Kontakt mit MitpatientInnen auch außerhalb der Klinik aufrechtzuerhalten.

Generell kann man sagen, dass sich die PatientInnen in den generierten Kategorien wieder finden konnten und ihrer Meinung nach alle Aspekte bezüglich Erwartungen und Nutzen an die tagesklinische Behandlung ausreichend abgebildet sind.

4.0 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Das Ziel dieser explorativen Arbeit war es die Erwartungen an die Behandlung und den Nutzen der Behandlung für die Patienten im tagesklinischen Setting der Abhängigkeitsabteilung U1 der UPK Basel zu beschreiben. Dabei wurde auf eine möglichst umfassende Herangehensweise Wert gelegt, indem TagespatientInnen, stationäre PatientInnen, die Mitarbeitenden der Abteilung U1 sowie ein Angehöriger in Form von Einzelinterviews und Fokusgruppengesprächen befragt wurden. Die Interviews wurden mittels semistrukturiertem Leitfadens, der je nach Kategorie der teilnehmenden Personen angepasst wurde, durchgeführt. Der Hauptteil der Ergebnisse wurde in Form von 13 Kategorien, die mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring aus den Daten generiert wurden, umfassend beschrieben. Weitere Ergebnisse setzen sich aus den demographischen Daten der InterviewpartnerInnen, der Häufigkeitsauszählung der Kategorien, der Validitätsüberprüfung des Kodierleitfadens, dem Membercheck mit stationären PatientInnen und TagespatientInnen sowie Erkenntnissen aus den Feldnotizen zusammen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die InterviewpartnerInnen der tagesklinischen Behandlung sehr positiv gegenüberstehen und es in den Einzelgesprächen nur wenig Kritik an der Behandlung gab. Etwas mehr Kritik und Ideen für Veränderungen und Verbesserungen in der Behandlung entwickelten sich im Zuge des Fokusgruppengesprächs mit den stationären PatientInnen und TagespatientInnen. Vergleicht man die Interviews der TagespatientInnen und stationären PatientInnen mit dem Fokusgruppengespräch der Mitarbeitenden und dem zugrunde liegenden Konzept der Abteilung U1, so werden Unterschiede bezüglich Erwartung an die Behandlung

deutlich. So ist es den PatientInnen zwar wichtig, dass sie selbst entscheiden können wie oft und welche Therapien sie in Anspruch nehmen, aber ein Großteil erwartet sich mehr Verbindlichkeiten durch die Klinik und mehr Druck vom Personal. Genau das Gegenteil, nämlich Selbstbestimmung, Entscheidungsfreiheit und Selbständigkeit, sind jedoch die Grundpfeiler der tagesklinischen Behandlung der Abteilung U1.

Eine weitere wichtige Erkenntnis ist, dass der Übergang der stationären auf die tagesstationäre Behandlung in der Abteilung U1 fließend ist, da für die stationären PatientInnen sowie für die TagespatientInnen die gleichen Räumlichkeiten, das gleiche Personal und die gleichen Therapien zu Verfügung stehen. Der einzige Unterschied ist, dass die TagespatientInnen ausnahmslos ihre Nächte außerhalb der Klinik verbringen.

Die wichtigsten Kategorien die gefunden wurden sind „*persönliche Entwicklung*“ mit 91 Nennungen, „*professionelle Unterstützung*“ mit 65 Nennungen, „*individuelle Behandlung*“ mit 49 Nennungen und „*Vorbereitung auf Zukunft und Alltag*“ mit 41 Nennungen. Die übrigen Kategorien sind „*Erweiterung des Therapieangebotes*“, „*Wunsch nach Schutz und Kontrolle*“, „*Zuflucht bei Problemen*“, „*Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung*“, „*geregelter Tagesstruktur*“, „*Hilfe durch MitpatientInnen*“, „*Vertrautheit/Geborgenheit*“, „*Entlastung der Angehörigen*“ sowie „*physisches und psychisches Wohlbefinden*“. Diese Kategorien konnten zwischen 26 Mal und 8 Mal in den Daten gefunden werden. Die Kategorien wurden umfassend beschrieben und sind zur besseren Verständlichkeit mit Zitaten der InterviewpartnerInnen versehen.

Als wichtigstes Werkzeug für die Auffindung, endgültige Bestimmung und Auszählung der Kodiereinheiten im Textmaterial diente der Kodierleitfaden. Der Kodierleitfaden wurde induktiv aus dem Datenmaterial entwickelt und durch dessen Einsatz sollen verschiedene KodiererInnen unabhängig voneinander zu ähnlichen Ergebnissen kommen. Im Zuge dieser Arbeit wurde der Kodierleitfaden unabhängig von zwei KodierInnen angewendet und es konnte mittels SPSS ein Übereinstimmungswert von $Kappa = 0,84$ ermittelt werden.

Als weitere Maßnahme um die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse zu überprüfen wurde ein Membercheck (Cresswell 2003; Steinke 2009) mit stationären PatientInnen und TagespatientInnen der Abteilung U1 durchgeführt. Dabei wurden den TeilnehmerInnen die bisher gefundenen Ergebnisse präsentiert und anschließend konnten sie dazu Stellung

nehmen und Kritik äußern. Ungereimtheiten, wie die relativ geringe Nennung der Kategorie „Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung“, konnten ausgeräumt werden. Im Allgemeinen konnten sich die TeilnehmerInnen des Memberchecks in den Kategorien wiederfinden und es blieben keine wesentlichen Aspekte in den Resultaten unerwähnt.

4.2 Positivfärbung und wenig Kritik an Behandlung in den Einzelgesprächen

Es ist auffallend, dass die Einstellung der InterviewpartnerInnen gegenüber der tagesklinischen Behandlung und dem Team der Abteilung U1 sehr positiv und wohlwollend ist. Es bereitete keine Schwierigkeiten InterviewpartnerInnen zu finden und die meisten TagespatientInnen äußerten ihre Dankbarkeit für die zusätzliche tagesklinische Weiterbehandlung nach dem stationären Aufenthalt. Besonders positiv wurden von den InterviewpartnerInnen die Einzelgespräche mit den Bezugspflegepersonen und generell die Pflege wahrgenommen.

Zu der allgemein gehaltenen Frage „Was könnte ihrer Meinung nach an der tagesklinischen Behandlung verbessert werden¹⁰?“ war in den Einzelgesprächen der Grundtenor, dass man mit der Behandlung und der Klinik generell zufrieden sei. Auf diese Frage konnte auch kein Unterschied in den Antworten zwischen stationären PatientInnen und TagespatientInnen gefunden werden.

Vergleicht man diese positivgefärbten Antworten anhand der Forschungsliteratur, so erscheinen diese Ergebnisse nicht ungewöhnlich. In diversen Studien aus Deutschland oder den USA wird über eine hohe globale Zufriedenheit substanzabhängiger PatientInnen bezüglich der Therapie berichtet. Im Grunde können keine signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheitsbewertung zwischen stationären und nicht-stationären PatientInnen gefunden werden. Generell sind Befragungen zur Patientenzufriedenheit im gesamten psychiatrischen Bereich durchwegs sehr positiv (Spießl, Krischker, et al. 1996; Swoboda, Kühnel et al. 2000; Möller-Leimkühler und Dunkel 2003).

Diese positive „Verfälschung“ der Erwartungen ist insofern aber wichtig, da man weiß, dass substanzabhängige Menschen, welche hohe Zuversicht in eine Behandlung haben tatsächlich auch bessere Ergebnisse nach Abschluss der Behandlung zeigen, als solche, welche die Behandlung anzweifeln oder in Frage stellen (Dearing, Barrick et al. 2005; Carlson und Gabriel 2001).

¹⁰ Frage Nr. 8 des Leitfadens

Krohn untersuchte in ihrer Dissertation unter anderem die Zufriedenheit mit der Reha bei alkoholabhängigen PatientInnen und verglich dabei die Tagesklinik und Fachklinik am Suchttherapiezentrum Hamburg. TagesklinikpatientInnen waren generell etwas zufriedener und würden das Setting weniger oft wechseln wollen als Fachklinikpatienten (8% zu 17%). Nur 2% der TagesklinikpatientInnen und nur 6% der FachklinikpatientInnen wollten ihre jeweilige Behandlungsform nicht weiterempfehlen. TagesklinikpatientInnen bewerteten die Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha positiver als die FachklinikpatientInnen. Generell beurteilten die PatientInnen beider Behandlungsformen die Reha insgesamt als eher gut bis sehr gut (über 80%) und es gab kaum negative Beurteilungen (Krohn 2007).

In der qualitativen Untersuchung von Raguss-Klimitz zu den „Erwartungen psychiatrischer Patienten an die Klinik“ standen in der Kategorie „globale Zufriedenheit“ 507 positive Aussagen (92,5%) nur 41 kritischen Aussagen (7,5%) gegenüber. Obwohl die InterviewpartnerInnen verschiedene Diagnosen aufwiesen, waren die Befragten mit alkoholbezogenen Störungen (40%) überrepräsentiert. Zusätzlich gibt es 40 tagesklinische Behandlungsplätze in dieser Einrichtung in Deutschland, womit eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gerechtfertigt ist (Raguss-Klimitz 2009).

In der longitudinal Studie von Carlson & Gabriel aus den USA wurden substanzabhängige PatientInnen, die entweder in einer stationären oder ambulanten Suchtbehandlung waren, über die „Zufriedenheit mit dem Zugang zum gebotenen Service“, über die „Zufriedenheit mit der Effektivität der Behandlung“ und über die „globale Zufriedenheit mit der Betreuung“ befragt. Bei dieser Erhebung wurde eine fünfteilige Likertskala verwendet von „1“ (stimme ganz entschieden zu) bis „5“ (stimme ganz und gar nicht zu). Da die Zufriedenheits-Items linksschief, zum positiven Ende der Skala geneigt waren, wurde die Likertskala in drei Kategorien unterteilt, um der Positivfärbung entgegenzuwirken. Nach dieser Korrektur gab die Punktzahl „5“ eine hohe Zufriedenheit an, „4“ eine mittlere Zufriedenheit und „1 bis 3“ eine geringe Zufriedenheit. Nach dieser Anpassung fand man noch immer eine hohe Zufriedenheit mit dem Zugang bei 36%, eine hohe Zufriedenheit mit der Effektivität der Behandlung bei 46% und eine hohe globale Zufriedenheit bei 37% der Patienten. Es konnten keine signifikanten Unterschiede der beiden PatientInnengruppen bezüglich der Antworttendenz festgestellt werden (Carlson und Gabriel 2001).

Evenson et al. führten anhand des in den USA bekannten CSTAR¹¹ Programms eine Patientenzufriedenheitsbefragung mit substanzabhängigen Personen, die an einem gemeindenahen Programm teilnahmen. Rund 95% waren mit der Behandlung zufrieden bis sehr zufrieden und nur 5% waren unzufrieden bis sehr unzufrieden. Es wurde ein Zusammenhang mit der Dauer der Teilnahme am Programm und der Zufriedenheit mit dem Programm festgestellt. Umso länger die PatientInnen in Behandlung waren, desto zufriedener waren sie (Evenson, Binner et al. 1998).

4.3 Kritische Aussagen und divergierende Wahrnehmungen

Trotz der allgemein hohen Zufriedenheit der InterviewpartnerInnen wurden in den Einzelgesprächen auch kritische Aussagen getätigt. Diese betrafen meist Bereiche, die nicht unmittelbar im Einfluss oder direkten Verantwortungsbereich der Abteilung U1 oder deren MitarbeiterInnen liegen. Es wurde eher Kritik an der Ärzteschaft, anderen Abteilungen oder der Küche geübt. Einige Behandlungsmodule wie Ohrakupunktur oder Ergotherapie werden klinikübergreifend angeboten und es nehmen PatientInnen von verschiedenen Abteilungen gleichzeitig teil. Daher kann es zu terminlichen Überschneidungen kommen.

Zu mehr Verbesserungsvorschlägen und Ideen bezüglich Veränderungen kam es im Zuge des Fokusgruppengesprächs mit den stationären PatientInnen und TagespatientInnen. Wie bereits in Kap. 3.4 angeführt sind, die InterviewpartnerInnen mit der Personalbesetzung in der Nacht nicht zufrieden. Die Rückfallprävention während den Nachtstunden ist an eine stationäre Aufnahme gebunden und daher für Betroffene, die nur Hilfe für eine Nacht in Anspruch nehmen wollen, ungeeignet und zu bürokratisch.

Des Weiteren würden sich die InterviewpartnerInnen mehr Verbindlichkeiten von der Klinik erwarten sowie restriktiveres Verhalten von Seiten des Personals bei Vergehen oder Nichteinhaltung von Abmachungen und dergleichen. Außerdem wird von den Bezugspersonen mehr Flexibilität für spontane Gespräche mit PatientInnen erwartet.

Weitere Kritikpunkte sind der Mangel an Gruppenaktivitäten, z.B. in Form von Radfahren oder Schwimmen, damit man als PatientIn häufiger Zeit außerhalb der Klinik verbringen kann. Zudem wurde der Wunsch geäußert, dass die Pflegepersonen häufiger am Stationsalltag der PatientInnen teilnehmen sollen.

¹¹ community based alcohol and drug abuse program

Obwohl auch in der Literatur die positiven Aussagen bezüglich PatientenInnenzufriedenheit in psychiatrischen Einrichtungen überwiegen, gibt es Punkte die von den PatientInnen kritisiert wurden.

Anhand der Studie von Raguss-Klinitz (2009) äußerten sich 77% der Befragten unzufrieden mit ihren MitpatientInnen. Dieses Ergebnis stimmt mit den Untersuchungen von Gutknecht (2005) und Eichler et al. (2006) überein. Bei Gutknecht und Eichler konnten darüber hinaus weniger emotionale Spannungen zwischen tagesklinischen PatientInnen und deren MitpatientInnen, verglichen mit stationären PatientInnen, gefunden werden. Die in der Forschungsliteratur gefunden Ergebnisse bezüglich Unzufriedenheit mit den MitpatientInnen stimmen mit den Ergebnissen dieser Arbeit nicht überein. Die InterviewpartnerInnen berichteten über hohe Wertschätzung der MitpatientInnen, über Freundschaften, die nach dem Klinikaufenthalt weiterbestehen und über den wertvollen Austausch von unterschiedlichen Erfahrungen und Sichtweisen. Daher wurde aus den Daten die Kategorie „*Hilfe durch/Austausch mit Mitpatienten*“ generiert.

Darüber hinaus fand Raguss-Klinitz (2009) mehrheitlich negative Aussagen (63%) über Klinikgestaltung und Ausstattung in ihrer Untersuchung der PatientenInnenzufriedenheit. Diese Punkte waren bei den InterviewpartnerInnen der UPK Basel kein Thema.

Bei der Untersuchung von Klosterhuis (2008) wird der Einfluss der PatientInnen auf die Behandlung als gering bis unzureichend eingeschätzt. Auch dieser Punkt wurde, aufgrund des individuellen Behandlungskonzepts der Abteilung U1, von den InterviewpartnerInnen nicht erwähnt.

Schwierigkeiten bereiten den InterviewpartnerInnen der Wechsel vom stationären zum tagesklinischen Setting. Zwar sind sich die InterviewpartnerInnen der Vorteile und Annehmlichkeiten der tagesklinischen Behandlung bewusst, trotzdem empfinden sie den Wechsel als die größte Herausforderung. Vor allem die Nächte wieder außerhalb der Klinik zu verbringen macht vielen Angst, da sie klinikextern größtenteils kein soziales Netzwerk mehr haben.

Ähnliche Ergebnisse zeigte die Studie von Krohn, die die PatientInnen, über das Spezifikum die Nächte und Wochenenden zuhause verbringen zu müssen, befragte. 25% empfanden diese Tatsache als sehr hilfreich, 44% als hilfreich und immerhin 20%

gaben an es sei belastend oder sehr belastend die Nächte/Wochenenden außerhalb der Klinik verbringen zu müssen (Krohn 2007).

Als Kritik am Konzept der tagesklinischen Behandlung, und somit als negative Kategorien können „*Schutz und Kontrolle*“ sowie „*geregelter Tagesstruktur*“ interpretiert werden. So wünschen die meisten PatientInnen auch im tagesklinischen Setting vermehrt Kontrolle durch die Mitarbeitenden und sehen die Behandlung als Ersatz für eine nichtvorhandene Tagesstruktur außerhalb der Klinik. Beides ist vom Personal ausdrücklich nicht gewünscht und steht im Widerspruch zum Konzept der Abteilung, welches auf Autonomie, Wahlfreiheit und Selbstverantwortung der PatientInnen basiert.

Auffallend ist, dass die meisten InterviewpartnerInnen zwar die Entscheidungsfreiheit und Selbständigkeit begrüßen, aber gleichzeitig vermehrt Kontrollen, Verpflichtungen und teilweise sogar Sanktionen für nichteingehaltene Abmachungen verlangen. Von den 14 Interviews, die durchgeführt wurden, gab es nur eine Person, die durchgehend von Autonomie und Selbstverantwortung überzeugt war und nichts von Verpflichtungen und Druck in der Behandlung hielt. Die restlichen InterviewpartnerInnen nehmen zwar die Vorteile, die sich aus dem gebotenen Konzept ergeben an, wollen bei schwierigen Entscheidungen oder Verhalten das Probleme bereitet aber Verantwortung abgeben und kontrolliert werden bzw. Anweisungen vom Personal erhalten.

Es stellt sich die Frage, warum die PatientInnen mehrheitlich einen paternalistischen Pflegestil bevorzugen und, ob das angebotene Behandlungskonzept der Abteilung U1 tatsächlich für alle TagespatientInnen geeignet ist.

Im Sinne einer patientenorientierten Pflege sollten sowohl die individuellen Bedürfnisse und Erwartungen wie auch die Ressourcen der PatientInnen berücksichtigt werden. Um die Bedürfnisse bezüglich Entscheidungsfindungsstil der PatientInnen einzuschätzen, wurde von Smoliner, Hantikainen et al. (2009) in Österreich ein deutschsprachiges Instrument zur Einschätzung von „Präferenzen und Erleben von PatientInnen zur Beteiligung an pflegerischen Entscheidungen im Akutspital“ entwickelt und getestet. Das Instrument unterscheidet dabei drei verschiedene Typen der Entscheidungsfindung von „paternalistischer Entscheidungsstil“, „gemeinsamer Entscheidungsstil (Shared DecisionMaking)“ und „informierter Entscheidungsstil“. Außerdem wird durch den Fragebogen der Informationsprozess (Informationen austauschen/Überlegen, Beraten) sowie die erlebte Entscheidungsfindung abgebildet. Das Instrument wurde an 967 PatientInnen in fünf Wiener Spitälern getestet. Die Ergebnisse zeigten, dass 38,5%

den paternalistischen Entscheidungsstil bevorzugen, 42,1% wollen gemeinsam mit dem Pflegepersonal entscheiden und 5,7% der PatientInnen möchten selbst entscheiden. Abweichungen zeigten die Ergebnisse bezüglich präferiertem und erlebtem Entscheidungsstil. Der Prozentsatz des erlebten paternalistischen Entscheidungsstils (48%) war höher als die Präferenz (38,5%). 42,1% der PatientInnen bevorzugten gemeinsame Entscheidungen, aber nur 30,3% erfuhren diesen Entscheidungsstil. Eine hohe Übereinstimmung beim präferierten und erlebten Entscheidungsstil korrelierte mit höherer Zufriedenheit der PatientInnen bei der Entscheidungsfindung. Dass der noch immer bevorzugte paternalistische Entscheidungsstil durchaus den Status Quo widerspiegelt, zeigt auch die Studie von Sainio, Lauri et al. (2001). Zudem zeigen, wie bereits angesprochen, auch die Ergebnisse in der tagesklinischen Alkoholbehandlung eine ähnliche Tendenz bezüglich präferierter Entscheidungsfindung der PatientInnen, obwohl das Behandlungssetting der Studie aus Österreich und dieser Arbeit nicht vergleichbar sind.

Eine durchaus logische Erklärung für mehr Auflagen in der tagesklinischen Behandlung lieferte ein Patient während des Memberchecks. Er bemerkte, dass es Sinn machen würde als TagespatientIn verpflichtend an verschiedenen Programmen teilzunehmen, da man ja im Berufsleben auch nicht spontan entscheiden kann, ob man zur Arbeit geht oder nicht und, dass man pünktlich in der Arbeit sein muss. Nimmt man diese Verpflichtungen im Berufsleben nicht wahr wird man über kurz oder lang vom Arbeitgeber gekündigt.

Weiters soll die tagesklinische Behandlung zwar ein „Trainingsgelände“ für den Alltag nach der Behandlung sein, allerdings verstehen die Mitarbeitenden der Abteilung U1 darunter eher eine Phase in der die TagespatientInnen die Möglichkeit dazu haben sich klinikextern wieder eine Tagesstruktur, z.B. in Form einer regelmäßigen Arbeit, aufzubauen. Keinesfalls soll die tagesklinische Behandlung ein Ersatz für eine Tagesstruktur sein.

Eine andere Erklärung für den Wunsch nach mehr Verpflichtungen könnte sein, dass viele alkoholabhängige Personen durch ihre Krankheit, an den sozialen Folgen des Alkoholismus leiden (siehe Kap. 1.2.3). Die meisten haben ihr soziales Netzwerk verloren, Partnerschaften sind in die Brüche gegangen und sie haben daher keine Verbindlichkeiten und Verpflichtungen mehr durch Familie, Freunde und Arbeitgeber. Viele InterviewpartnerInnen gaben daher als Grund für die tagesklinische

Weiterbehandlung nach dem stationären Entzug an, dass sie noch einen Rahmen, eine Tagesstruktur brauchen, bevor sie sich endgültig zutrauen wieder ohne professionelle Hilfe auszukommen.

Eine Untersuchung in einer Tagesklinik in Berlin, in der der Tagesablauf vergleichsweise stark reglementiert ist, befasste sich mit den Regeln in der Tagesklinik und befragte die PatientInnen anhand von offenen Fragen. 62% waren mit den Regeln einverstanden und es wurden Aussagen getätigt wie „fand es gut, Grenzen sind notwendig, keine Schwierigkeiten damit“ oder „Pünktlichkeit ist wichtig“. 3% gaben explizit an, sie hätten die Regeln als „hilfreich“ erlebt. Einer der Patienten antwortete er hätte die Regeln als „Alltagsfeeling, mehr im Leben stehen“ erlebt. 13% standen den Regeln der Tagesklinik ablehnend gegenüber (Klosterhuis 2008).

Wie aus dem Fokusgruppengespräch mit dem Personal hervorging, ist den Mitarbeitenden die Problematik der absoluten Autonomie der TagespatientInnen sehr wohl bewusst. Aus pflegeethischer Perspektive gibt es unterschiedliche Auffassungen zum Thema PatientInnenautonomie. Ein kommunitaristisch orientierter pflegeethischer Ansatz wendet sich gegen die „Absolutsetzung“ individueller Autonomie und betont, dass professionelle Helfer sowie Familie und Gesellschaft mit dem Kranken verbunden seien und deshalb purer Individualismus nicht zu guten Ergebnissen führe (Aroskar 1983). Weit verbreitet ist hingegen ein Verständnis von Autonomie im Sinne eines „gemeinsamen Entscheidens“. Diese so genannten „Shared Decisions“ stellen einen Mittelweg zwischen dem traditionellen ärztlichen Paternalismus und einer unbegrenzten PatientInnensouveränität dar (Bobbert 2002).

Zusammenfassend sei bemerkt, dass es sich bei den divergierenden Auffassungen der TagespatientInnen und des Personals der Abteilung U1 eher um das Problem „absolute individuelle Autonomie“, wie von Aroskar beschrieben, handelt.

4.4 Die Hauptkategorien im Vergleich mit der Forschungsliteratur

Persönliche Entwicklung

Wie bereits ausführlich in Kap. 3.2 beschrieben, ist die Kategorie persönliche Entwicklung geprägt von Veränderungen der Wahrnehmung und des Verhaltens der Patienten. Für die PatientInnen ist diese persönliche Entwicklung ein Prozess, der viel Zeit benötigt und durch die tagesklinische Behandlung unterstützt werden soll.

Die wesentlichen Begriffe dieser Kategorie, nämlich Veränderung und Prozess, sind in der Literatur bereits anhand des „Transtheoretischen Modells (TTM)“ beschrieben. Das TTM wurde von Prochaska und DiClemente Ende der 1970er und Anfang der 1980er entwickelt und wird häufig bei Abhängigkeitserkrankungen als Konzept für Erklärung, Beschreibung, Vorhersage und Beeinflussung von intentionalen Verhaltensänderungen verwendet (Keller, Velicer et al. 1999).

Es ist durch zahlreiche empirische Arbeiten belegt, dass sich der Prozess der Verhaltensänderung in unterschiedliche, aufeinander aufbauende Stufen („stages of change“) einteilen lässt. Die Zeiträume, welche die Personen in den einzelnen Stufen verbringen, können unterschiedlich lang sein.

Die fünf bzw. sechs „stages of change“ nach Prochaska und Velicer (1997):

- Absichtslosigkeit („precontemplation“)

Diese Stufe ist dadurch gekennzeichnet, dass Betroffene, unabhängig davon, ob sie das Problem erkennen oder nicht, keine Absicht haben das Problemverhalten zu verändern.

- Absichtsbildung („contemplation“)

Betroffene erkennen das Problem und denken ernsthaft über Verhaltensänderungen nach, ohne dass diese Auseinandersetzung unmittelbar in Maßnahmen mündet.

- Vorbereitung („preparation for action“)

In dieser Phase erkennen die Betroffenen das Problem und wollen in absehbarer Zeit (meist in den nächsten 30 Tagen) ihr Verhalten ändern. Im Vordergrund steht jedoch immer noch die Intention zur Veränderung.

- Handlungsstufe („action“)

In dieser Stufe werden aktive Versuche unternommen problematisches Verhalten abzubauen und dafür notwendige Veränderungen im eigenen Erleben und den Umweltbedingungen herbeizuführen. Das Zielkriterium (z.B. Abstinenz) wird seit mehr als einem Tag, aber weniger als sechs Monate beibehalten.

- Aufrechterhaltung („maintenance“)

Betroffene können in diese Stufe eingeteilt werden, wenn sie das Zielverhalten seit mehr als sechs Monaten stabil beibehalten haben.

- Stabilisierungsstufe („termination stage“)

Diese Stufe ist charakterisiert durch eine „100%ige“ Zuversicht, das Zielverhalten beizubehalten und, dass eine „0%ige“ Versuchung für einen Rückfall besteht. Die Einführung dieser Stufe hat speziell bei Abhängigkeitserkrankungen seine

Berechtigung, da der Konsolidierungsprozess innerhalb der Aufrechterhaltungsstufe weiter voranschreitet bis es schließlich zu einer Stabilisierung des Zielverhaltens kommt. Das heißt, umso länger das Zielverhalten beibehalten werden kann, desto geringer ist die Gefahr für einen Rückfall (USDHHS, 1990).

Wichtig sind das Durchlaufen aller Stufen und das Umsetzen der relevanten Verhaltensprozesse, da ansonsten die Gefahr für Rückfälle in ungünstige Verhaltensmuster deutlich erhöht ist (Prochaska, DiClemente et al. 1992). Wie bereits oben erwähnt, bauen die jeweiligen Stufen des TTM aufeinander auf und es wird von einem linearen Durchlaufen der Phasen ausgegangen. In der Realität ist dieser Verlauf jedoch eher die Ausnahme und ein Rückfall in eine frühere Stufe ist die Regel. Daher wird der Prozess der Veränderung als ein spiralförmiges Geschehen verstanden (DiClemente 1991). Der Fragebogen University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) besteht aus 32 Items und ist geeignet, um die Bereitschaft zur Veränderung (readiness to change) von Personen mit Gesundheits- oder Abhängigkeitsproblemen einzuschätzen. Dadurch kann ermittelt werden in welcher Stufe sich der Betroffene momentan befindet und die Behandlung kann den Bedürfnissen entsprechend angepasst werden (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2009; Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions 2009)

Die wissenschaftlich belegten Erkenntnisse über die individuell unterschiedliche Dauer, die man für das Durchlaufen jeder einzelnen Stufe benötigt, sprechen eindeutig für eine variable Dauer der tagesklinischen Behandlung, wie sie im Konzept der Abteilung U1 verankert ist und angewendet wird. Zudem kann die tagesklinische Behandlung den Stufen „Aufrechterhaltung“ bzw. „Stabilisierungsstufe“ zugeordnet werden und es ist evident wie wichtig eine länger andauernde Phase der Weiterbehandlung in Form einer tagesklinischen Behandlung ist, um die Gefahr für Rückfälle zu minimieren.

Professionelle Unterstützung

Von professioneller Unterstützung erwarten sich die InterviewpartnerInnen vor allem Motivation vom Personal in den Einzelgesprächen, um ihre Ziele zu erreichen sowie praktische Hilfestellungen und Informationen über alle Ressourcen, die den PatientInnen zu Verfügung stehen.

Für die InterviewpartnerInnen ist die Kategorie professionelle Unterstützung äußerst wichtig, damit ihre persönliche Entwicklung optimal voranschreiten kann. Als geeignetes Konzept dient dafür die Bezugspflege, wie in Kap. 1.3.3.6 beschrieben, um

eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der Bezugspflegepersonen und ihrem zugewiesenen PatientInnen zu bilden und so auf dessen Bedürfnisse angemessen reagieren zu können (Manthey 2005; Vincenzi und Spirig 2006). Da die alkoholabhängigen PatientInnen bezüglich Veränderungsmotivation sehr ambivalent sein können, benötigen die Bezugspflegepersonen spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten, um die Motivation der PatientInnen zu fördern und aufrechtzuerhalten. Keinesfalls geeignet sind hierfür konfrontative Methoden, die oft sogar zu schädlichen oder unerwünschten Ergebnissen führen können. Hingegen gelten die Compliance der PatientInnen und die entgegengebrachte Empathie der Therapeuten als Prädiktoren für eine erfolgreiche Suchtbehandlung (Miller und Rollnick 1999). Basierend auf diesen wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen sowie den Ergebnissen dieser Arbeit, eignet sich die Methode der „Motivierenden Gesprächsführung“ von Miller und Rollnick ideal, um den Erwartungen „professioneller Unterstützung“ der InterviewpartnerInnen zu entsprechen. Daher ist das Personal der Abteilung U1 in der Technik der „motivierenden Gesprächsführung“ ausgebildet und Elemente daraus werden im täglichen Umgang mit den PatientInnen angewendet.

Effektive motivierende Strategien nach Miller und Rollnick (1999) sind:

- Ratschläge geben,
- Hindernisse entfernen,
- Alternativen anbieten,
- Anreize verringern,
- Empathie zeigen,
- Rückmeldung geben,
- Ziele klären und
- aktiv helfen.

Stellt man diese Strategien den Erwartungen, welche die PatientInnen zusammengefasst in der Kategorie „professionelle Unterstützung“ äußern gegenüber, so sind kaum Unterschiede erkennbar. Daher sollte die Methode der motivierenden Gesprächsführung auch weiterhin ein wesentliches Instrument im Umgang mit den PatientInnen bleiben.

Individuelle Behandlung

Vergleicht man die Kategorien „individuelle Behandlung“ und „professionelle Unterstützung“ so sind bei ersterer vordergründig die TagespatientInnen gefordert und

das Personal greift unterstützend ein, wohingegen bei letzterer die Kompetenzen des Personals gefragt sind. Bei individueller Behandlung geht es darum, dass die PatientInnen durch Partizipation, Empowerment und Autonomie die Möglichkeit haben individuell entscheiden zu können wie die tagesklinische Behandlung aussehen soll. Wie bereits erwähnt können die TagespatientInnen je nach persönlichen Bedürfnissen bestimmen an welchen Therapien sie teilnehmen, ob sie täglich in die Klinik kommen oder nur einmal wöchentlich und wie lange die gesamte tagesklinische Behandlung dauern soll. Ein weiterer, und für viele TagespatientInnen problematischerer Punkt ist, das „Selbst-Ansprechen“ von Problemen und „Hilfe-holen“ beim Personal. Das erfordert von den TagespatientInnen sehr viel Disziplin und Selbstmanagement.

Diese aktive Mitgestaltung der Behandlung wird vom Personal gefordert und wird im Zuge der Einzelgespräche mit den Bezugspflegepersonen (Needham und Abderhalden 2000; Manthey 2005) besprochen. Hier kann man erkennen, wie eng die einzelnen Kategorien ineinander verflochten sind und sich wechselseitig beeinflussen. Beim „Basler Modell für Chronischkrankheits-Management“ wird der Aspekt Selbstmanagement dadurch erklärt, dass PatientInnen aktiv sein müssen, um Ordnung, Disziplin und Kontrolle in ihr Leben zu bringen (Kralik und Koch 2004). Weiters wird anhand dieses Modells sehr gut dargestellt, dass Selbstmanagement im Idealfall komplementär durch Unterstützung Dritter erfolgt und, dass sich Menschen gemäß Maslow ihrer Bedürfnisse nicht umfassend bewusst sind (Vincenzi und Spirig 2006).

Meiner Meinung nach Bedarf es speziell, um der Kategorie „individuelle Behandlung“ gerecht zu werden, äußerst kompetentem und erfahrenem Personal, um ein Problem, wie sie von einem PatientInnen geschildert werden, zu erkennen und entsprechend danach zu handeln:

Käppeli beschreibt in ihrer Auseinandersetzung mit dem Thema „Der mündige Patient in der Pflege – Ein Widerspruch in sich selbst?“ verschiedene Sichtweisen, wie PatientInnen die ihnen zum Teil auferlegte Kompetenz und Autonomie wahrnehmen. Für viele Patienten ist Autonomie mit Risiken verbunden und Eigenverantwortung wird deshalb als Belastung und Überforderung empfunden. Andererseits kann sich die Möglichkeit seine Kompetenz ins therapeutische Milieu einbringen zu können günstig auf die Krankheitsbewältigung auswirken (Käppeli 2008).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es darauf ankommt, die TagespatientInnen einerseits als autonome Menschen zu behandeln und andererseits eine so vertrauensvolle Beziehung, zu verschlossenen und zum Teil angepassten Patienten,

denen es schwer fällt offen über die eigenen Bedürfnisse zu sprechen, aufzubauen, damit sie vom Angebot der „individuellen Behandlung“ Gebrauch machen können. Um hier das richtige Gleichgewicht zu finden, ist sicherlich viel Fingerspitzengefühl und Erfahrung von Seiten des Pflegepersonals erforderlich.

4.4.1 Die Besonderheit der Kategorie „Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung“

Der Grund für die Behandlung der PatientInnen in der Klinik ist eine Abhängigkeitserkrankung. Deshalb kann man annehmen, dass die Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung das Ziel der TagespatientInnen sein sollte. Die Kategorie „Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung“ wird zwar von 2/3 der InterviewpartnerInnen als persönliches Ziel oder Erwartung genannt, tatsächlich ist die absolute Häufigkeit an Nennungen verglichen mit der Kategorie „persönliche Entwicklung“ (91 zu 20 Nennungen) relativ gering. Als Ziel oder Erwartung an die Behandlung werden von den PatientInnen oft Arbeit und Beschäftigung genannt und erst nach genauerem Nachfragen welche Ziele sie im Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung verfolgen gehen sie auf diesen Aspekt ein.

Dafür könnte es verschiedene Gründe geben. Die meisten der TagespatientInnen sind durch den Entzug in einer geschlossenen Abteilung bereits abstinent und können diesen Zustand im stationären Rahmen bereits beibehalten. Es geht aber darum die Abstinenz auch klinikextern aufrechtzuerhalten. Dies gelingt meist nur, wenn man auch außerhalb der Klinik eine geregelte Tagesstruktur in Form von Arbeit, Beschäftigung, soziale Kontakte, geregelte Wohnsituation und dergleichen hat. Eine Erklärung könnte sein, dass die PatientInnen in den Interviews häufiger praktische Ziele äußern, weil sie bereits wissen, dass Arbeit, soziale Kontakte und geregelte Wohnsituation Grundlage für ein Leben ohne Drogen bzw. Alkohol sind. Des Weiteren sind TagespatientInnen schon einen Schritt weiter als PatientInnen in einer geschlossenen oder stationären Abteilung und man kann annehmen, dass PatientInnen, die sich noch im Entzugsprozess befinden, öfters den Wunsch oder das Ziel abstinent zu sein nennen und sich erst in einem darauf folgenden Schritt – nämlich in tagesklinischer Behandlung – damit befassen wie sie die Grundlage für langfristige Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung schaffen. Die Anzahl der Aussagen, die der Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung zugeordnet werden können, könnte somit auch mit dem Behandlungssetting und dem jeweiligen Schwerpunkt der Behandlung zusammenhängen. In der tagesklinischen Behandlung ist

ein Schwerpunkt auf die Rückgewinnung einer Tagesstruktur außerhalb der Klinik gelegt, weshalb in den Köpfen der PatientInnen eventuell eher diesbezüglich der Fokus liegt.

Beim Membercheck wurden die hier beschriebenen Annahmen überprüft und die PatientInnen berichteten, dass sie sich sehr wohl ständig mit der Abhängigkeitserkrankung auseinandersetzen, sich bei risikoreichen Situation im Alltag bewusst machen müssen nicht zu Alkohol oder Drogen zu greifen und das es das Ziel sei langfristig abstinent zu bleiben.

4.5 Das Zusammenspiel der Kategorien

Um eine bessere Übersicht zu erhalten, sind die Kategorien modellhaft in der Abbildung 4.5 dargestellt. Es war nicht das Ziel dieser Arbeit ein Modell zu entwickeln, trotzdem haben sich nach ausführlicher Analyse der Kategorien ein Zusammenhang und Verbindungen der einzelnen Kategorien abgezeichnet. Dieser Entwurf stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und kann nur auf das Untersuchungssetting angewendet werden. Die Beziehungen zwischen den Kategorien (als Pfeil dargestellt) wurden anhand dieser Arbeit nicht überprüft. Diese könnten in einer Folgearbeit, idealer Weise mit der Methode „Grounded Theory“, validiert werden.

Die zentrale Kategorie in diesem Modell ist „*Persönliche Entwicklung*“. Sie wurde mit Abstand am häufigsten genannt und um sie herum sind die übrigen Kategorien angeordnet. Persönliche Entwicklung umfasst die Erwartung, Zeit zu erhalten, seine Ressourcen und sein Selbstmanagement zu fördern. Dass dies oft nur mit Hilfe von „*professioneller Unterstützung*“ gelingt und bei jedem in „*individueller Behandlung*“ angegangen werden sollte, erscheint nahe liegend. Zusätzlich zu den beiden letztgenannten Kategorien, die für das tagesklinische Konzept der Abteilung U1 fundamental sind, erwarten die PatientInnen je nach individuellen Bedürfnissen „*geregelter Tagesstruktur*“, „*Entlastung der Angehörigen*“, „*Vertrautheit/Geborgenheit*“, „*breitere Therapiemöglichkeiten*“, „*Hilfe durch Mitpatienten*“ sowie „*Schutz und Kontrolle*“, um sich als TagespatientInnen persönlich entwickeln zu können. Resultierend aus dem Zusammenspiel dieser Faktoren kann eine langfristige „*Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung*“ sowie „*psychisches und physisches Wohlbefinden*“ erreicht werden. Den Unterschied zur stationären Behandlung sehen die PatientInnen hauptsächlich in der „*Vorbereitung auf Alltag und Zukunft*“ und bei auftretenden Krisen, oder der Gefahr von Rückfällen, die Möglichkeit

eine Zuflucht in der Abteilung U1 zu haben („*Zuflucht bei Problemen*“). Speziell der Punkt „Vorbereitung auf Alltag und Zukunft“ wird während einer Entzugsbehandlung noch zu wenig angesprochen.

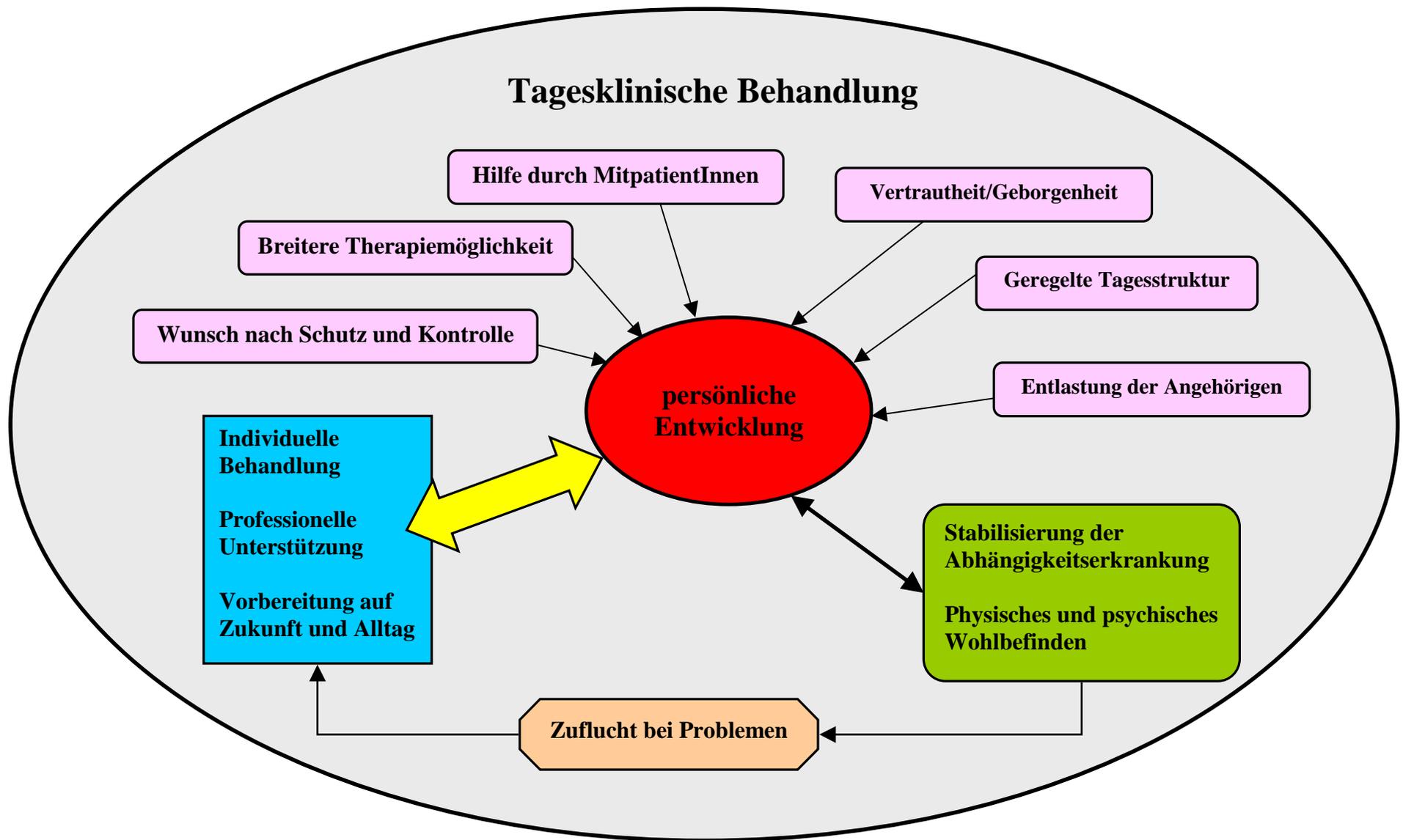


Abb. 4.1 modellhafte Darstellung über das Zusammenspiel der Kategorien

4.6 Limitationen

Es gibt generell Probleme bei der Einschätzung der vorliegenden Daten bezüglich Evaluationsfragen zu Erwartungen und Nutzen. Offen bleiben die Fragen nach den theoretischen Konstrukten von Erwartungen und Nutzen sowie die unklaren Definitionen und Dimensionalitäten der beiden Begriffe.

Auch die spärliche Kritik sowie die hohe globale Zufriedenheit mit der Behandlung lassen Zweifel über die Aussagekraft des Antwortverhaltens aufkommen. Dennoch ist die hohe Zufriedenheit der PatientInnen ein wichtiges Kriterium für den Behandlungserfolg und muss daher für die Klinik von Interesse sein.

Wie in Kap. 2.1.2 beschrieben, war es schwierig die Aussagen der stationären sowie tagesklinischen PatientInnen der Abteilung U1 eindeutig der jeweiligen Behandlungsform zuzuordnen. Das Problem bestand darin, dass sowohl stationäre als auch tagesklinische PatientInnen in denselben Räumlichkeiten behandelt werden, vom selben Personal betreut werden und TagespatientInnen meist unmittelbar nach der stationären Behandlung im U1 auf die tagesklinische Behandlungsform wechseln. Daher war es den InterviewpartnerInnen oft nicht möglich bei Fragen die sich auf die Vergangenheit bezogen (z.B. Was haben sie bereits verändert/gelernt während ihres Aufenthalts als Tagespatient¹²?) zwischen den beiden Behandlungsformen zu unterscheiden.

Bei den Einzelinterviews kam es zu einer „zwei-zu-eins-Situation“. Es waren neben dem/der InterviewpartnerIn, die Projektleiterin und der Projektassistent anwesend. Diese asymmetrische Interviewsituation könnte das Antwortverhalten der InterviewpartnerInnen beeinflusst haben.

Entgegen der Erwartungen des Projektteams wurde die Kategorie „Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung“ verhältnismäßig spärlich in den Daten gefunden. Diese Unstimmigkeit konnte zwar anhand des Memberchecks gelöst werden, könnte aber in zukünftigen Arbeiten zu diesem Thema noch genauer betrachtet werden.

Das in Kap. 4.5 vorgestellte Modell über die Abhängigkeiten der einzelnen Kategorien dient nur zur besseren Versinnbildlichung. Es stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und die Beziehungen zwischen den Kategorien wurden nicht überprüft.

Wie bei den meisten qualitativen Arbeiten war auch bei dieser Arbeit die Stichprobengröße klein. Da die Stichprobe aus substanzabhängigen PatientInnen in tagesklinischer Behandlung bestand, können die Ergebnisse nicht auf alle PatientInnen

¹² Frage Nr. 7 des Leitfadens

mit dieser Erkrankung übertragen werden. Zudem ist das untersuchte Behandlungsprogramm nicht repräsentativ für alle tagesklinischen Behandlungsformen. Es wurden zwar hauptsächlich PatientInnen befragt, die an einer Alkoholabhängigkeit leiden, jedoch befanden sich in der Stichprobe auch InterviewpartnerInnen, die von multiplen Abhängigkeiten betroffen sind.

Aus all diesen Gründen, und speziell wegen der einzigartigen Behandlungsform, können die Ergebnisse dieser Arbeit nicht verallgemeinert werden und haben nur für das Untersuchungssetting der UPK Basel ihre Gültigkeit.

Derzeit gibt es nur sehr wenig Literatur zu Erwartungen und Nutzen der PatientInnen an die tagesklinische Behandlung, daher bietet diese Arbeit eine Basis für weitere Untersuchungen in diesem wichtigen Bereich.

4.7 Empfehlungen für die Praxis

Aus den Ergebnissen können einige Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden:

- Ein Ausbau der tagesklinischen Behandlung anschließend an die stationäre Alkoholbehandlung sollte gefördert werden, sowohl in den UPK Basel als auch generell im deutschsprachigen Raum.
- Ist die tagesklinische Behandlungsform etabliert sollte versucht werden PatientInnen aus dem stationären Setting früher in das tagesklinische Setting zu verlegen. Die finanziellen Vorteile bei gleichem Behandlungserfolg sprechen für sich.

Spezifische Empfehlungen für die Abteilung U1 der UPK Basel:

- Die Abend- und Nachtstunden sind für viele TagespatientInnen die Zeit, in der die Gefahr von Rückfällen am größten ist. Folgende Veränderungen könnten vorgenommen werden, um die Barrieren, sich in diesem Zeitraum in der Klinik Hilfe zu holen zu verkleinern:
 - Einrichtung einer Krisen-Hotline für die Nachtstunden oder
 - als Alternative könnte die Abteilung U1 in den Nachtstunden mit einer zusätzlichen Pflegeperson besetzt werden.

- Es könnte versucht werden die bürokratischen Hürden einer Aufnahme für eine einzige Nacht, die als Rückfallprävention angesehen werden kann, zu verkleinern.
 - Die Pflegeperson, die in der Nacht auf der Abteilung U1 Dienst hat, sollte den TagespatientInnen vertraut sein.
- Um Überschneidungen von Behandlungsmodulen zu vermeiden, sollten die Therapien wie z.B. Ergotherapie oder Ohrakupunktur, die von anderen Abteilungen angeboten werden, besser aufeinander abgestimmt werden.
 - Um die PatientInnen bezüglich präferiertem Pflegestil besser einschätzen zu können, könnte zu Beginn der tagesklinischen Behandlung das in Kap. 4.3 beschriebenen Assessmentinstrument von Smoliner, Hantikainen et al. eingesetzt werden¹³. Dadurch sollte es möglich sein jedem PatientInnentyp das geeignete Behandlungskonzept zu ermöglichen.

4.8 Schlussfolgerungen

Es kann festgehalten werden, dass die InterviewpartnerInnen erwarten während der tagesklinischen Behandlung die Möglichkeit für persönliche Entwicklung zu bekommen. Dafür brauchen die TagespatientInnen Zeit sowie die professionelle Unterstützung des Personals und individuelle Behandlungsmöglichkeiten. Als langfristiges Ziel wird eine Stabilisierung der Abhängigkeitserkrankung sowie physisches und psychisches Wohlbefinden angestrebt. Die InterviewpartnerInnen erkennen, dass eine gezielte Vorbereitung auf die Zukunft und den Alltag abseits der Klinik wesentlich ist, um langfristig abstinent bleiben zu können. Dafür benötigen sie eine geregelte Wohnsituation und ein festes Einkommen in Form von Arbeit oder einer Rente. Diese Vorbereitungen für das Leben nach der Behandlung können von der Abteilung U1 aus und mit Hilfe des Personals getroffen werden. Für die Zeit während der Behandlung wird je nach PatientInnentyp die Hilfe von MitpatientInnen in Anspruch genommen und die Abteilung wird als Ort, an den man Geborgenheit und Vertrautheit erfährt, empfunden. Eher widersprüchlich zum Behandlungskonzept steht der Wunsch nach mehr Verbindlichkeiten in Form von Schutz und Kontrolle sowie einer geregelten Tagesstruktur durch Therapieprogramm während der tagesklinischen

¹³ Das Assessmentinstrument von Smoliner, Hantikainen et al. wurde bis jetzt nur in fünf Wiener Akutspitälern getestet.

Behandlung. Außerdem soll nach den Erwartungen der InterviewpartnerInnen die Abteilung U1 eine Zufluchtsstelle bei Krisen oder bei der Gefahr von Rückfällen sein. Von den meisten dieser genannten Konzepte können die TagespatientInnen schon jetzt profitieren, einige müssen sicherlich noch optimiert werden, um eine noch breitere Therapiemöglichkeit zu erhalten.

5.0 Literaturverzeichnis

- Allen, N. E., V. Beral, et al. (2009). "Moderate Alcohol Intake and Cancer Incidence in Women." Journal of National Cancer Institute **101**(5): 296-305.
- Al-Wiswasi, S. (2003). Der Verlauf von Störungen durch Substanzkonsum im Jugendalter: Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie an der Universität Bremen.
- Anderson, P. und B. Baumberg (2006). "Alkohol in Europa. Eine Public Health Perspektive. Ein Bericht für die Europäische Kommission." http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_de_en.pdf, Zugriff 27.10.2009.
- Antons, K. und W. Schulz (1981). Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus. (2. Auflage). Göttingen, Hogrefe.
- Aroskar, M. A. (1983). A Nursing Perspective on the Right of the Patient to Reject Treatment. Ethical Problems in the Nurse-Patient-Relationship. Murphey, C. P. und Hunter, H. (Hrsg.). Newton, Mass., Allyn & Bacon: 138-148.
- Bergmann, L. und A. Ferbert (2006). Alkoholfolgeerkrankungen. Klinische Neurologie. (2. Auflage). P. Berlit, (Hrsg.), Berlin, Heidelberg, Springer: 1213-1222.
- Booth, P. G., A. Jones, et al. (1998). "Treatment setting and treatment outcome in alcohol dependency: residential and day-care options compared." Health Soc Care Community **6**(4): 251-259.
- Bobbert, M. (2002). Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Frankfurt, New York, Campus.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (1998). "Frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit." http://www.infodrog.ch/pages/de/them/gend/gender_2.htm, Zugriff 24.1.2010.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (2010). <http://www.infodrog.ch/cf/db/SearchResult.cfm?lng=1>, Zugriff 26.1.2010.
- Carlson, M. J. und R. M. Gabriel (2001). "Patient Satisfaction, Use of Services, and One-Year Outcomes in Publicly Funded Substance Abuse Treatment." Psychiatric Services **52**(9): 1230-1236.
- Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions, CASAA (2009). University Of Rhode Island Change Assessment (URICA) Scale. <http://casaa.unm.edu/institutional/assessment/urica/> Zugriff 21.4.2010.

- Compton, W. M., Y. F. Thomas, et al. (2007). "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions." Arch Gen Psychiatry **64**(5): 566-76.
- Cornwall, A. and L. Blood (1998). "Inpatient versus day treatment for substance abusing adolescents." J Nerv Ment Dis **186**(9): 580-2.
- Coviello, D. M., A. I. Alterman et al. (2001). "The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence." Drug and alcohol dependence **61**(2): 145-154.
- Cresswell, J. W. (2003). Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (2. Auflage). London, New Dehli, Sage Publications.
- Dearing, R. L., C. Barrick, et al. (2005). "Indicators of client engagement: influences on alcohol treatment satisfaction and outcomes." Psychol Addict Behav **19**(1): 71-8.
- Dennis, M. L., C. K. Scott, et al. (2005). "The duration and correlates of addiction and treatment careers." J Subst Abuse Treat **28**(1): 51-62.
- Di Castelnuovo, A., S. Costanzo, et al. (2006). "Alcohol Dosing and Total Mortality in Men and Women." Arch Intern Med. **166**(22): 2437-2445.
- DiClemente, C. C., J. O. Prochaska et al. (1991). "The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change." Journal of Consulting and Clinical Psychology **59**: 295-304.
- Dlabel, H. (2001). Untersuchung zur Patientenstruktur einer integrierten Tagesklinik für Suchtkranke. Dissertation. Eppendorf.
- Dörner, K., U. Plog, et al. (2002). Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. (4. Auflage). Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Dreher, M. und E. Dreher (1991). Gruppendiskussionsverfahren. Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Flick, U., E. von Kardoff, et al. (Hrsg.). München, Psychologie Verlags Union: 186-188.
- Eichler, T., M. Schützwahl et al. (2006). Patientenbewertungen tagesklinischer und vollstationärer akutpsychiatrischer Behandlung." Psychiat Prax **33**:184-190.
- Ersser, S., und E. Tutton (2000). Primary Nursing - Worum geht es? Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. Ersser, S., und E. Tutton (Hrsg.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber: 3-35.
- Evenson, R. C., P. R. Binner et al. (1998). "An Outcome Study of Missouri's CSTAR Alcohol and Drug Abuse Program: St. Louis, Missouri." Journal of Substance Abuse Treatment **15**(2): 143-150.

- Finney, J. W., A. C. Hahn, et al. (1996). "The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects." Addiction **91**(12): 1773-96; discussion 1803-20.
- Flick, U., E. von Kardoff, et al. (2009). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. (7. Auflage). Flick, U., E. von Kardoff, et al. (Hrsg.). Reinbek bei Hamburg, Rowohlt: 13-29.
- Funke, W., und R. Scheller (2004). "Differentielle Indikation und Sucht: Einflüsse des Geschlechts auf die Alkoholentwöhnungsbehandlung." Abhängigkeiten **3**: 63-77.
- Glaser, B. (1978). Theoretical sensitivity. Mill Valley, CA, Sociology Press.
- Glaser, B. G. und A. L. Strauss (1998). Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern, Huber.
- Greenwood, G. L., W. J. Woods, et al. (2001). "Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment." J Subst Abuse Treat **20**(1): 15-23.
- Greve, W. und D. Wentura (1997). Wissenschaftliche Beobachtung. Eine Einführung. Weinheim, Beltz Verlag.
- Gutknecht, H. (2005). "Die Bewertung tagesklinischer Behandlung durch die Patienten - Aspekte der Behandlungserfahrungen und erlebte Veränderungen." Psychiat Prax **32**: 342-348.
- Guba, E. G. und Y. S. Lincoln (1989). Fourth Generation Evaluation. Newbury Park, London, New Dehli, Sage.
- Hart, C. (2000). Zum Greifen nah - Primary Nursing in einer psychiatrischen Abteilung. Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. Ersser, S., und E. Tutton (Hrsg.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber: 121-133.
- Heim, E. (1985). Praxis der Milieuthérapie. Berlin, Heidelberg, Springer.
- Herdt, J., M. Maier, et al. (2007). "Das Bezugspersonensystem im Case Management der Psychiatrie." Psychiatrie **2**: 28-33.
- Holloway, I. und S. Wheeler (1998). Qualitative Pflegeforschung. Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden, Ullstein Medical.
- Hopf, C. (2009). Qualitative Interviews. Ein Überblick. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. (7. Auflage). Flick, U., E. von Kardoff, et al. (Hrsg.). Reinbek bei Hamburg, Rowohlt: 349-360.
- Hopf, C. (2009). Qualitative Forschung im Kontext. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. (7. Auflage). Flick, U., E. von Kardoff, et al. (Hrsg.). Reinbek bei Hamburg, Rowohlt: 588-600.

- InfoSet Direct - Die Schweizer Web-Adresse im Suchtbereich (Hrsg.). "Spirituosen Statistik 2007 der Eidg. Alkoholverwaltung." (www.infoSet.ch/de/MainFrame.shtm?item=ForschungStat, Zugriff 27.10.2009).
- Jellinek, E. M. (1952). "Phases of alcohol addiction." Quarterly Studies of Journal on Alcohol **13**(4): 673-84.
- Käppeli, S. (2008). "Der mündige Patient in der Pflege - Ein Widerspruch in sich selbst?" Referat im Rahmen des 5. Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften Bern, 24. Oktober 2008.
- Keller, S., W. F. Velicer et al. (1999). Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. Keller, S. (Hrsg.). Freiburg im Breisgau, Lambertus: 17-44.
- Kiefer, F. (2007). Wirkprinzipien und Grenzen medikamentöser Rückfallprophylaxe bei Abhängigkeitserkrankungen. Alkoholismus-Forschung. aktuelle Befunde, künftige Perspektiven. Wiesbeck, G.A. (Hrsg.). Lengerich, Pabst: 80-92.
- Kiefer, F. and K. Mann (2007). "Evidenzbasierte Behandlung der Alkoholabhängigkeit." Nervenarzt **78**: 1321-1331.
- Klein, M. (2001). "Kinder aus alkoholbelasteten Familien - ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven." Suchttherapie **2**: 118-124.
- Klingemann, H. (2001). "Alkohol und die sozialen Folgen - die vergessene Dimension." <http://www.euro.who.int/document/E76235g.pdf> Zugriff 22.01.2010.
- Klosterhuis, A. (2008). Tagesklinische Behandlung - Eine empirische Untersuchung zur Patientenzufriedenheit. Dissertation. Berlin.
- Kralik, D., T. Koch et al. (2004). "Chronic illness self-management: taking action to create order." Journal of Clinical Nursing **13**(2): 259-267.
- Krohn, L. (2007). Vergleichende Evaluation der tagesklinischen und stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger am SuchtTherapieZentrum Hamburg. Dissertation. Hamburg.
- Lachner, G. und H.-U. Wittchen (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Watzl, H. und B. Rockstroh (Hrsg.). Göttingen, Hogrefe: 43-90.
- Laudet, A. B., V. Stanick et al. (2009). "What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment." Journal of Substance Abuse Treatment **37**(2): 182-190.

- Lesch, O. M. und H. Walter (2009). Alkohol und Tabak. Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. Wien, Springer.
- Lindenmeyer, J. (2005). Lieber schlau als blau. (7. Auflage). Weinheim, Basel, Beltz.
- LoBiondo-Wood, G. und J. Haber (2005). Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. (2.Auflage). München, Urban & Fischer.
- Loeber, S. und K. Mann (2006). "Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholismus. Eine Übersicht." Der Nervenarzt **77**(5): 558-566.
- Long, C. G., C. R. Hollin, et al. (1998). "Self-efficacy, Outcome Expectations and Fantasies as Predictor of Alcoholics' Posttreatment Drinking." Substance Use & Misuse **33**(12): 2383-2402.
- Lotz-Rambaldi, W., H. Buhk, et al. (2002). "Ambulante Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten in einer Tagesklinik: Erste Ergebnisse einer vergleichenden katamnestischen Untersuchung von tagesklinischer und stationärer Behandlung." Rehabilitation **41**: 192-200.
- Maddux, J. E., M. Sherer, et al. (1982). "Self-Efficacy Expectancy and Outcome Expectancy: Their Relationship and Their Effects on Behavioral Intentions." Cognitive Therapy and Research **6**(2): 207-211.
- Manthey, M. (2005). Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. (2. Auflage). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber.
- Mattick, R. P. and T. Jarvis (1994). "In-patient setting and long duration for the treatment of alcohol dependence? Out-patient care is as good." Drug Alcohol Rev **13**(2): 127-35.
- Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien, Facultas.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. (7. Auflage). Weinheim, Deutscher Studien Verlag.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. (5. Auflage) Weinheim, Basel, Beltz.
- Mayring, P. (2007). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (9. Auflage). Weinheim, Basel, Beltz.
- McKay, J. R. und A. I. Alterman et al. (1994). "Treatment Goals, Continuity of Care, and Outcome in a Dayhospital Substance Abuse Rehabilitation Program." American Journal of Psychiatry **151**: 254-259.
- MachLachlan, J. F. C. und R. L. Stein (1982). "Evaluation of a day clinic for alcoholics." Journal of Studies on Alcohol **43**: 261-272.

- McLellan, A. T., D. C. Lewis, et al. (2000). "Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation." JAMA **284**(13): 1689-1695.
- Meinefeld, W. (2009). Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. (7. Auflage). Flick, U., E. von Kardoff, et al. (Hrsg.). Reinbek bei Hamburg, Rowohlt: 265-275.
- Merkens, H. (2009). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. (7. Auflage). Flick, U., E. von Kardoff, et al. (Hrsg.). Reinbek bei Hamburg, Rowohlt: 286-298.
- Miller, W. R. und S. Rollnick (1999). Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchproblemen. Freiburg, Lambertus.
- Möller-Leimkühler A. M. und R. Dunkel (2003). "Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt." Nervenarzt **74**:40-47.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA (2009). University of Rhode Island Assessment Scale (URICA). http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/assessing%20alcohol/Instrument_PDFs/75URICA.pdf, Zugriff 21.4.2010.
- Needham, I. und C. Abderhalden (2000). "Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Empfehlungen zur Terminologie und Qualitätsnormen." <http://www.pflegeforschung-psy.ch/> Zugriff 15.12.2009.
- Osilla, K. C., K. A. Hepner, et al. (2009). "Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapie." Journal of Substance Abuse Treatment **37**(4): 412-420.
- Patton, M. Q. (1990). Qualitative Evaluation and Research Methods. (2. Auflage) Newbury Park, London, New Dehli, Sage.
- Pelzer, E., G. Scharl, et al. (2004). "Qualifizierte Entzugsbehandlung in der Psychiatrischen Klinik der Universität München: Behandlungskonzept, Inanspruchnahme und Therapieergebnisse." Psychotherapie **9**(1): 116-122.
- Polit, D. F. und C. T. Beck (2004). Nursing Research. Principles and Methods (7. Auflage). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Prochaska, J. O., C. C. DiClemente et al. (1992). "In search of how people change: Applications to addictive behaviours." American Psychologist **47**: 1102-1114.
- Prochaska, J. O. und W. F. Velicer (1997). "The Transtheoretical Model of Health Behavior Change." American Journal of Health Promotion **12**(1): 38-48.
- Raguss-Klinitz, S. (2009). Erwartungen psychiatrischer Patienten an die Klinik. Eine qualitative Untersuchung der Patientenzufriedenheit. Dissertation. Berlin.

- Rehm, J. (2005). Moderater Alkoholkonsum, Gesamtmortalität und Morbidität. Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen - Diagnostik - Therapie. (2. Auflage). Singer, M.V. und S. Teysen (Hrsg.). Heidelberg, Springer: 577-585.
- Sainio, C., S. Lauri, et al. (2001b). "Cancer patients' views and experiences of participation in care and decision making." Nursing Ethics **8**(2): 97 – 113.
- Schmidt, L. (1988). Alkoholkrankheit, Alkoholmissbrauch. Definition-Ursachen Folgen- Behandlung-Prävention. (2. Auflage). Stuttgart, Kohlhammer.
- Schmidt, L. G. (2005). Begriffsbestimmungen. Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen - Diagnostik - Therapie. (2. Auflage). Singer, M.V. und S. Teysen (Hrsg.). eidelberg, Springer: 29-34.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Hrsg.). "Alkohol: Folgen des Alkoholkonsums." http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/A_FOLGEN.pdf, Zugriff 27.10.2009.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Hrsg.). "Alkohol und andere Drogen im Unternehmen: Probleme die im betrieblichen Alltag zu lösen sind." <http://www.globalenterprise.ch>, Zugriff 2.11.2009.
- Singer, M. V. und S. Teysen (2001). "Alkoholabhängigkeit: Alkoholassoziierte Organschäden." Deutsches Ärzteblatt **98**(33): 2109-2120.
- Smith, R. M. und D. M. Atkinson (1995). "Alcoholism and dementia." The International Journal of Addictions **30**(13-14): 1843-1869.
- Smoliner, A., V. Hantikainen, et al. (2009b). "Präferenzen und Erleben von Patienten zur Beteiligung an pflegerischen Entscheidungen im Akutspital – Eine Analyse der Übereinstimmung von Präferenz und Erleben sowie der Einflussfaktoren bezogen auf verschiedene Entscheidungstypen." Pflege **22**: 411-419.
- Soyka, M., G. Baumgartner, et al. (1999). "Katamnestische Untersuchung zur Effizienz der tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit." Krankenhauspsychiatrie **10**: 50-55.
- Soyka, M. (2001). „Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus [Electronic version].“ Deutsches Ärzteblatt **98**(42): 2732-2736.
- Soyka, M. (2005). Klinisch-psychiatrische Diagnose des Alkoholismus. Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen - Diagnostik - Therapie. (2. Auflage). Singer, M.V. und S. Teysen (Hrsg.), Heidelberg, Springer: 130-142.
- Soyka, M. and H. Kufner (2008). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie (6. Auflage). Stuttgart, Thieme.
- Spießl, H., S. Krischker et al. (1996). "Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus." Krankenhauspsychiatrie **7**:1-5.

- Stampfer, M. J., J. H. Kang, et al. (2005). "Effects of Moderate Alcohol Consumption on Cognitive Function in Women." The New England Journal of Medicine **352**(3): 245-253.
- Steinke, I. (2009). Gütekriterien qualitativer Forschung. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. (7. Auflage). Flick, U., E. von Kardoff, et al. (Hrsg.). Reinbek bei Hamburg, Rowohlt: 319-331.
- Strauss, A. und J. Corbin (1996). Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim, Psychologie Verlags Union.
- Swoboda, E., B. Kühnel et al. (2000). "Zufriedenheit der Patienten mit der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus." Krankenhauspsychiatrie **11**:13-20.
- Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (Hrsg.). Porträt der UPK Basel. http://www.upkbs.ch/data/klinikportrait/downloads/broschuere_upk.pdf, Zugriff 22.3.2010.
- Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (2009).Abteilung U1 (Hrsg.). Unveröffentlichtes Abteilungskonzept der Station U1.
- Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (Hrsg.). Behandlungskonzept Abteilung Janus. <http://www.upkbs.ch/apps/page.asp?Q=506&T=Pages>, Zugriff 22.3.2010.
- Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (Hrsg.). Behandlungskonzept Abteilung U2 und U3. <http://www.upkbs.ch/apps/page.asp?Q=915>, <http://www.upkbs.ch/apps/page.asp?Q=916>, Zugriff 22.3.2010.
- University of Connecticut Health Center (Hrsg.). Project MATCH. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity. <http://www.commed.uchc.edu/match/default.htm>, Zugriff 8.12.2009.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1990). The health benefits of smoking cessation. Washington, DC, DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.
- Vincenzi, C. und R. Spirig (2006). "Die Bedürfnisse der Patienten stehen im Mittelpunkt." Managed Care **8**: 12-14.
- Wagner, H. B. (1996). Internationale Erfahrungen mit tagesklinischer Suchtbehandlung. Tagesklinik für Suchtkranke. Wagner, H. B., M. Kraus et al. (Hrsg.), Freiburg i. Brsg., Lamberturs :13-18.
- Weisner, C., J. Mertens, et al. (2000). "The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimens." Health Serv Res **35**(4): 791-812.

- Weisner, C., J. Mertens, et al. (2001). "Cost-effectiveness of a day hospital versus traditional alcohol and drug outpatient treatment in a health maintenance organisation: randomized and self selected samples." Improving alcoholism treatment across the spectrum of services. Hilton M. E. et al. (Hrsg.), Alcohol Clin Exp Res **25**(1): 128-135.
- Weithmann, G. and M. Hoffmann (2005). "A randomised clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures." Eur Addict Res **11**(4): 197-203.
- Westermann, H. und T. Wessel (1996). Die Rolle einer Tagesklinik für Suchtkranke im Rahmen eines regionalen Versorgungsauftrages. Tagesklinik für Suchtkranke. Wagner, H.-B., M. Kraus, et al. (Hrsg.), Freiburg i. Brsg., Lamertus: 58-68.
- White, M. K., S. H. Godley, et al. (2004). "Adolescent and Parent Perception of Outpatient Substance Abuse Treatment: A Qualitative Study." Journal of Psychoactive Drugs **36**(1): 65-74.
- Wiesbeck, G. A., N. Wodarz, et al. (2007). Der Qualifizierte Entzug stationär behandelter Alkoholabhängiger: Ergebnisse der Würzburger Einjahreskatamnese. Alkoholismus-Forschung. aktuelle Befunde, künftige Perspektiven. Wiesbeck, G.A. (Hrsg.), Lengerich, Pabst: 251-261.
- Winkler, K. (2000). "Gender Mainstreaming in der stationären Alkoholarbeit: Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen." 12. Fachtagung Frauen/Mädchen und Gesundheit am 7. Dezember 2000 in Hannover 61-75.
- Witt, H. (2001). "Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung." Forum qualitative Sozialforschung **2**(1): Art.8. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/969/2115>, Zugriff 29.3.2010.
- World Health Organization (Hrsg.). "Global Status Report on Alcohol 2004." http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/, Zugriff 27.10.2009.
- World Health Organization (Hrsg.). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Zugriff 9.11.2009.
- World Health Organization (Hrsg.). Health Statistics and Health Information Systems. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html, Zugriff 28.10.2009.
- Yanos, P. T. und B. Vreeland et al. (2009). "Partial Hospitalisation: compatible with evidence-based and recovery-oriented treatment?" Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services **47**(2): 41-47.
- Zemlin, U., P. Dornbusch, et al. (2002). "Die Tagesklinik Stuttgart der Fachklinik Wilhelmsheim: Indikation und Programmgestaltung einer teilstationären Entwöhnungsbehandlung für Alkoholabhängige – erste Erfahrungswerte." Sucht Aktuell **2**: 31-42.

Zemore, S. E. and L. A. Kaskutas (2008). "Services received and treatment outcomes in day-hospital and residential programs." J Subst Abuse Treat **35**(3): 232-44.

Zenker, C. (2005). "Sucht und Gender." Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz **48**(4): 469-76.

6.0 Anhang

6.1 Semistrukturierter Fragebogen

Leitfaden qualitatives Projekt U1: Erwartungen der Pat. an teilstationäres Setting

Datum des Interviews: _____ Dauer des Interviews: _____

- männlich
- weiblich

Jahrgang: _____

Wie lange sind Sie bereits in tagesklinischer Behandlung in der Abt. U1

- Weniger als eine Woche
- 1-2 Wochen
- 3-4 Wochen
- 5-8 Wochen
- Mehr als 8 Wochen

Sind Sie zum ersten Mal in tagesklinischer Behandlung in der Abteilung U1?

- Ja
- Nein

Wo waren Sie zuvor in Behandlung?

- Stationär U1
- Anderes: _____

Waren Sie vor diesem Aufenthalt schon zu einem früheren Zeitpunkt in der Klinik hospitalisiert?

- Ja, einmal
- Ja, mehrmals
- Nein

Wie oft pro Woche nehmen Sie das tagesklinische Angebot der Abteilung U1 in Anspruch?

- Täglich
- 3-4mal wöchentlich
- 2mal wöchentlich
- 1mal wöchentlich
- Anderes: _____

Welche Angebote der Abteilung U1 nehmen Sie in Anspruch? (*mehrfach Antworten möglich*)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Einzelgespr. ZuP | <input type="radio"/> Workshop |
| <input type="radio"/> Einzelgespr. Arzt | <input type="radio"/> Arometherapie |
| <input type="radio"/> Einzelgespr. Soz. | <input type="radio"/> NADA |
| <input type="radio"/> Einzelgespr. Psych | <input type="radio"/> Musiktherapie |
| <input type="radio"/> Morgenrunde | <input type="radio"/> ärztl. geleitete Gruppe |
| <input type="radio"/> Abendrund | <input type="radio"/> pflegerisch geleitete Gruppe |
| <input type="radio"/> Visite | <input type="radio"/> Ergotherapie |
| <input type="radio"/> Kochen | <input type="radio"/> ATG |
| <input type="radio"/> Ämtli | <input type="radio"/> TV |
| <input type="radio"/> Bewegung | <input type="radio"/> Tk-Zimmer |
| <input type="radio"/> Rückenschule | <input type="radio"/> Computer/Büro |
| <input type="radio"/> Entspannungstherapie | <input type="radio"/> sonstiges |

Wie lange planen Sie die tagesklinische Behandlung beizubehalten?

- Kürzer als 4 Wochen
- 4 Wochen
- 5-6 Wochen
- Länger: _____

Frage 1: Aus welchen Gründen haben Sie sich für/gegen eine tagesklinische Behandlung entschieden?

Frage 2: Welche Erwartungen haben Sie an die tagesklinische Behandlung?

Frage 3: Welche Ziele verfolgen Sie innerhalb der tagesklinischen Behandlung?

Frage 4: Welche Unterstützung benötigen Sie innerhalb der tagesklinischen Behandlung?

Frage 5: Welche Unterstützung nutzen Sie außerhalb des tagesklinischen Settings?

Frage 6: Wie sieht Ihre Zukunft nach der tagesklinischen Behandlung aus?

Frage 7: Was haben Sie bereits verändert/gelernt durch die tagesklinische Behandlung?

Frage 8: Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden?

6.2 Patienteninformation und Einverständniserklärung

Patienteninformation und Einverständniserklärung
--

Sehr geehrte Patientin des U1,
sehr geehrter Patient des U1,

Basel, im Juli 2009

Im folgenden Gespräch werden Ihnen offene Fragen über Ihre persönlichen Erwartungen der teilstationären Behandlung der Abteilung U1 der UPK Basel gestellt. Es gibt zu diesem Thema nur wenige Informationen und die Ergebnisse der Befragung sollen zu einer höheren Pflegequalität führen.

Die Befragung wird etwa 30 min. dauern und wird per Tonband aufgezeichnet. Die im Gespräch erhaltenen Informationen werden streng vertraulich behandelt und können jederzeit von Ihnen eingesehen werden. Die Tonbandaufnahmen werden nach der schriftlichen Bearbeitung gelöscht. Für etwaige Publikationen werden die Daten anonymisiert, somit können keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gemacht werden.

Diese Zustimmung erfolgt freiwillig und kann zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile bei der weiteren Behandlung entstehen.

Für anfallende Fragen können Sie sich jederzeit an die Projektbeauftragten Fr. Steinauer (Tel. 061 325 58 06 oder 325 51 34; e-mail: regine.steinauer@upkbs.ch) oder an Hr. Auer (Tel. 061 325 58 06; e-mail: christian.auer@upkbs.ch) oder an das Pflorgeteam U1 wenden.

Die / der unterzeichnende Frau / Herr _____ erklärt sich einverstanden, an der mündlichen Befragung der Abteilung U1 teilzunehmen und erhält eine Kopie.

Datum: _____ Unterschrift des/r Gesprächspartners/in: _____

Datum: _____ Unterschrift des/r Pflegeforschers/in: _____

6.3 Kodierleitfaden

*	**	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
1	F1 F2 F3 F5 F6 F9 F12 F13	Stabilisierung (der Abhängigkeitserkrankung)	<p>Stabilisierung nur im Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung. Der Wunsch oder die Erwartung abstinent zu bleiben/werden oder kontrolliert zu konsumieren.</p> <p>Die Kontrolle über die Abhängigkeit zurück zu gewinnen.</p> <p>Sowie Aussagen über Lernprozesse bezüglich Substanzkonsum</p> <p>Ausgenommen sind alle anderen Lernprozesse, Entwicklungen, Wahrnehmungen oder Verhaltensänderungen.</p>	<p>F1/9 „Bedingung ist, dass ich nüchtern bleib.“</p> <p>F5/70 „das Hauptziel im Moment ist die Macht über meine Sucht zu übernehmen.“</p> <p>F1/178 „Ich habe gelernt mit dem Alkohol umzugehen.“</p>
2	F1 F3 F6 F7 F8 F9 F11 F12 F13	geregelter Tagesstruktur	<p>Alle Anmerkungen zum Wunsch oder der Erwartung nach einer regelmäßigen Arbeit, Beschäftigung, Aufgabe, Tagesstruktur, Netzwerk oder den positiven Folgen einer regelmäßigen Tagesstruktur im Rahmen der tagesklinischen-Behandlung (tk-Behandlung).</p> <p>Tagesstruktur in Form von Arbeit, Beschäftigung zeitlich befristet in Form von Therapieprogramm</p> <p><u>Ausgenommen sind Aussagen, dass tk-Behandlung kein Ersatz für Tagesstruktur sein soll.</u></p>	<p><i>Entscheidung für tk-Behandlung weil:</i></p> <p>F1/122 „...ich hier die Arbeit (...) habe.“</p> <p>F8/13 „...man hat eben seine Struktur.“</p> <p>F11/44 „(...) eine Phase, die man dazu nutzen kann sich eine Tagesstruktur aufzubauen und zu schaffen, aber es ist nicht der Ersatz für eine Tagesstruktur.“</p>
3	F1 F2 F3 F4	Professionelle Unterstützung	<p>Aussagen oder die Erwartung über Hilfe, Motivation, Unterstützung, Information vom Personal der Abteilung U1.</p>	<p>F1/53 „Die Motivation von der Fr. Sozialarbeiterin, dass sie mir Ideen gibt.“</p>

* laufende Nr. der Kategorie

** Kategorie wurde in den angeführten Fällen gefunden

	F5 F6 F7 F9 F10 F11 F12 F13 F14		<p>Sowie allgemeine Aussagen zu professioneller Unterstützung.</p> <p>Gemeinsam mit dem Personal Ziele formulieren und Information/Unterstützung, um diese zu erreichen</p> <p>Die Erwartung, dass das Personal flexibel und erreichbar für spontane Gespräche ist.</p> <p><u>Ausgenommen ist Unterstützung durch Mitpatienten, externe Unterstützung und Unterstützung der Klinik oder Abteilung als Gesamtes.</u></p>	<p>F2/11 „hab mir eingestanden, dass es ohne professionelle Hilfe nicht geht.“</p> <p>F6/265 „Aber da ist dann schon jemand der sie aufklärt über die verschiedenen Möglichkeiten und sie unterstützt“</p> <p>F12/33 „Jetzt wäre es für mich noch hilfreich, wenn ich vielleicht öfters spontan das Gespräch mit der Pflegeperson hätte...“</p>
4	F1 F3 F6 F7 F9 F11 F12 F14	Erweiterung des Therapieangebotes	<p>Aussagen und Wünsche zu Verbesserungen, Veränderungen der Therapie innerhalb der Klinik sowohl strukturell als auch inhaltlich.</p> <p>Die Erwartung, dass Patienten Therapieprogramm gestalten und anbieten können.</p> <p>Verbesserungen nur bezogen auf die Abteilung oder Klinik als Ganzes und nicht auf einzelnes Personal.</p> <p>Aussagen über eine Veränderung des Therapieansatzes</p> <p>Aussagen über flexiblere Behandlungszeiten</p> <p>Personelle Veränderung in der Nacht</p>	<p>F3/134 „dass Patienten etwas (<i>Therapie/Kurs</i>) anbieten können. (...) es gibt viele die sich z.B. gut mit dem Computer auskennen.“</p> <p>F11/189 „dass sie am selben Tag sowohl Tagespatient (<i>sein können</i>) als auch ihren Psychologen aufsuchen können.</p> <p>F11/215 „Man arbeitet problemorientiert aber ressourcenorientiert ist doch irgendwie ein bisschen wenig.</p> <p>F14/7 „durch den Tag hab ich feste Strukturen, genug zu tun. Am Abend ist für mich die schwierigere Zeit.“</p> <p>F14/113 „Es müsste die Möglichkeit geben am Abend hier herein zugehen ohne viel Begründung...“</p> <p>F12/246 „das U1 ist ein Fluchtweg und ist aber in der Nacht nicht vorbereitet weil da nur die Nachtwache hier ist.“</p>

			<u>Ausgenommen ist spontane Unterstützung durch Mitpatienten oder Personal bei Krisen oder dergleichen.</u>	
5	F2 F3 F4 F5 F6 F7 F9 F11 F12 F13	Vorbereitung für Zukunft und Alltag	<p>Aussagen oder Erwartungen über die Unterstützung, bei der Vorbereitung, Gestaltung der Zukunft, Unterstützung beim Aufbau externer Strukturen wie Wohnungswechsel, Arbeitssuche oder Aufbau sozialer Kontakte außerhalb der Klinik. Vorbereitung die sich auf das Leben nach oder außerhalb der Klinik bezieht auch im Zuge der „Ambulanten Trainingsgruppe“ ATG.</p> <p>Einrichtung einer Krisenhotline oder eines Notfallplans für Patienten bei plötzlich auftretenden Problemen</p> <p>U1 als Trainingsgelände oder zum Üben des Alltags</p> <p><u>Ausgenommen ist klinikexterne Hilfe, Hilfe von Mitpatienten und Unterstützung bei gerade akuten Krisen wie Craving.</u></p>	<p>F2/17 „vorbereiten aufs Leben, aufs Normale und vorbereiten auf Rückschläge.“ F5/205 „Irgendwann muss man draußen noch mal leben. Aber man muss vorbereitet sein.“</p> <p>F11/133 „...sie können raus gehen und auch wieder zurückgehen und berichten darüber. Wieder neu probieren.“</p>
6	F2 F3 F4 F5 F9 F11 F12 F13	Zuflucht bei Problemen	<p>Aussagen bei denen die Abteilung U1 oder deren Mitarbeiter Zuflucht bei akuten Krisen bieten, oder der Wunsch nach diesem Angebot. Z.B. bei Craving, Problemen mit Angehörigen, Einsamkeit, die eventuell zu einem Rückfall führen können oder bei einem Rückfall.</p> <p>Die Erwartung als TP immer noch Rückzugsmöglichkeit, in der Klinik bei plötzlich auftretenden Problemen genießen zu können.</p>	<p>F2/23 „Dass wenn ein Problem auf mich zu kommt und ich das Gefühl habe, ich könnte das vielleicht nicht alleine bewältigen, dass ich hierhin zurückkommen könnte.“</p> <p>F11/171 „...dass sie nur noch einmal kommen oder eineinhalb mal oder vielleicht dann ein bisschen mehr wenn es wieder Krisen gibt.“ F9/55 „Für mich ist die Erwartung, dass ich Hilfe in Anspruch nehmen kann wenn es mir nicht gut geht.“</p>

			<u>Ausgenommen sind langfristige Vorbereitung der Patienten durch die Mitarbeiter auf den Alltag oder die Zukunft.</u>	F4/24 „Ich hab gemerkt, dass es mir nicht gut geht, dass ich wieder am Trinken bin und sie haben mich jetzt aufgefangen.“
7	F2 F4 F6 F10	Physisches und/oder psychisches Wohlbefinden	Aussagen oder Erwartungen, dass sich durch die tk-Behandlung das physische und/oder psychische Wohlbefinden verbessert.	F2/172 „also ich bin ganz sicher, nervlich geht’s mir viel besser. Physisch und psychisch.“
8	F2 F4 F6 F12	Entlastung der Angehörigen/Freunde	Aussagen über erwartete Entlastung der Angehörigen und der Freunde durch tk-Behandlung. <u>Ausgenommen sind Aussagen die Angehörige nicht entlasten.</u>	F12/270 „Weil Partner, Lebenspartner mit einbeziehen, dass ist ein heikles Thema. (...) Dem Menschen, dem man am nächsten steht, tut man damit weh. Das ist natürlich schon super, wenn man hier her kommen kann.“ F9/333 „ich hab das bewusst entschieden für mich (<i>TP zu werden</i>). Der Freund ist zwar nicht ganz einverstanden gewesen mit mir, aber ich habe mich da durchgesetzt.“
9	F3 F4 F5 F6 F9 F10 F11 F12	Hilfe durch / Austausch mit Mitpatienten	Aussagen oder die Erwartung über jegliche Art der Hilfe, Unterstützung, Lernen von Mitpatienten.	F5/41 „Ich sammle auch noch Erfahrung von den anderen Mitpatienten.“ F3/73 „Mir hilft der Austausch mit den Mitpatienten.“
10	F1 F2 F3 F4 F5	Persönliche Entwicklung	Allgemeine Aussagen über Entwicklung/Lerneffekt oder die Chance auf persönliche Entwicklung und neue Erfahrungen in der tk-Behandlung. Den positiven Verlauf oder Profit als TP oder Erwartungen diesbezüglich.	F3/12 „Ich hab mich da entwickeln können, öffnen können.“ F11/148 „(<i>dass tk-Behandlung</i>), da bin ich überzeugt, gewisse Eintritte vermeidet.“

	F6 F7 F8 F9 F10 F11 F12 F13		<p>Aussagen über Veränderung der Wahrnehmung oder Veränderung des Verhaltens durch die tk-Behandlung oder die Erwartung diese zu verändern wie z.B. schneller reagieren auf etwaige Rückfälle, einen Sinn in der Behandlung sehen. Aussagen über die Erwartung als TP schrittweise das gesetzte Ziel zu erreichen.</p> <p>Aussagen bezüglich der Wahrnehmung von Stagnation bzw. Schwierigkeiten und Problemen als Tagespatient.</p> <p><u>Ausgenommen sind Entwicklungen bzgl. Substanzkonsum und Veränderung des physischen und/oder psychischen Wohlbefindens.</u></p>	<p>F9/322 „Jetzt hab ich schneller reagiert (auf den Rückfall). Und das ist für mich ein großer Fortschritt, weil sonst, wenn ich anfang einfach ins Trinken dann kann ich nicht mehr aufhören.“</p> <p>F5/31 „Als Tagespatient, mit der Zeit, man lernt sich selber zu beobachten.“ F5/197 „die Hauptarbeit sollte man alleine machen, sollte man hier nicht nur denken ich komme her nur zum Essen und Schlafen. Man sollte auch wissen im Hintergrund warum man hier ist.“</p> <p>F4/182 „wenn man jetzt 40 Jahre nie auf sich schauen hat können, dann ist das einfach für mich schwierig (...) das macht mir irgendwie Angst.“ F9/351 „Wenn man stationär gewesen ist hat man gewusst man kann jederzeit retour. Als Tagespatientin, ich könnt am Abend auch kommen sicher, aber die Tür ist einfach zu, da hab ich sehr Angst gehabt am Anfang.“</p>
11	F1 F4 F6 F7 F8 F9 F12 F13 F14	Wunsch nach Schutz und Kontrolle	<p>Aussagen oder Erwartungen die Unselbständigkeit, Abhängigkeit von der Klinik und die Ablehnung von Eigenverantwortlichkeit erkennen lassen. Sowie der Wunsch nach Anbindung/Verbindlichkeit mit der Klinik nach der stationären Behandlung.</p> <p>Die Erwartung durch zusätzliche Maßnahmen vom Personal mehr Verpflichtungen oder mehr Druck in Form</p>	<p>F8/140 „Vermehrt die Leute auffordern, dass sie Atemlufttests machen. Wenn man es nicht machen muss, dann trinkt man viel eher etwas.“ F7/173 „Ich finde es gut, dass man sich kontrollieren lassen kann mit Blastests und Urinproben.“</p> <p>F13/121 „dass man vom Personal mehr gefordert wird. Also nicht kommen wenn</p>

			<p>von regelmäßigen Kontrollen auferlegt zu bekommen.</p> <p>Das Eingehen von Verpflichtungen durch die tk-Behandlung die man außerhalb der Klinik nicht hat.</p>	<p>man kommt. Ein wenig hartnäckiger sein von der Pflegeseite.“</p> <p>F14/133 „Für mich wäre es selbstverständlich (...)UPs abzugeben oder zu blasen. Das wird hier ein bisschen zu locker genommen für meinen Geschmack.“</p>
12	F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F9 F10 F11 F12 F13	Individuelle Behandlung	<p>Erwartungen und Aussagen bzgl. individueller Behandlung in Form von freier Wahl der Behandlungsmodule, der Dauer, Intensität der Behandlung und sonstiger individueller Bedürfnisse, Wünsche und Ziele.</p> <p>Aussagen über die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung als Tagespatient.</p> <p>Aussagen zu positiven und negativen Folgen von Eigenverantwortung und Autonomie bzw. Behandlungsformen die Eigenverantwortung fördern oder hemmen können.</p>	<p>F3/90 „Ich pick mir jetzt Sachen raus wo ich profitieren kann, ich mach nicht alles mit.“</p> <p>F11/173 „Ich hab einen Patienten der sagt ich bleib ein Jahr insgesamt...“</p> <p>F5/144 „Ich habe das gebraucht, zuerst stationär und dann Tagespatient und dann irgendwann ambulant.“</p> <p>F5/240 „Man muss nicht gehen und fragen was darf oder was darf man nicht. Man hat eine gewisse Verantwortung an sich selber.“</p> <p>F11/36 „das ist für manche vielleicht auch eine Überforderung, vielleicht für beide Seiten, aber es ist auch eine große Chance.“</p>
13	F2 F3 F5 F6 F9 F10 F11 F12 F13	Vertrautheit/Geborgenheit	<p>Klinik als Ort wo man zur Ruhe kommt, der Geborgenheit, Vertrautheit bietet und wo man über die Krankheit reden kann.</p> <p>U1 als Ort wo Patienten viel erlebt haben wo sie gern Zeit verbringen und eine heimatliche Atmosphäre vorfinden, wo u. a. das Personal am Abteilungsalltag der Patienten teilnimmt.</p>	<p>F3/157 „Ich finde es einfach toll da. Das ist trotzdem eine Klinik, aber es ist eine andere Atmosphäre. Ich bin gern da gewesen...“</p> <p>F11/223 „Das ist eine gewisse Heimat, ist ein Ort wo viel passiert ist für sie.“</p>

		<p>Aussagen, dass das Personal Verständnis für die Patienten hat und die Patienten wertschätzt.</p> <p><u>Ausgenommen sind Aussagen oder Erwartungen wo eindeutig Therapie oder eine Krise der Grund für den Klinikaufenthalt sind.</u></p>	<p>F9/152 „Verständnis, wenn man einen Rückfall hat. Das ist außerhalb von da sehr schwierig.“</p>
--	--	---	--

6.4 LEBENS LAUF

Persönliche Daten

- Nachname: AUER
- Vorname: Christian
- Geburtsdatum und –ort: 15.02.1979, Amstetten/NÖ
- Staatsbürgerschaft Österreich

Schulbildung:

- 2005-2010: IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien
- 2001-2004: Berufsreifeprüfung BFI/WIFI
- 1985-1994: Volksschule, Hauptschule und Polytechnischer Lehrgang Gaming/NÖ

Praktika, Berufsausbildung und -erfahrung:

- 15-17. Apr. 2010: Mündliche Präsentation (Englisch) meiner Diplomarbeit beim „European Psychiatric Nursing Congress“ in Prag
- Apr. 2010: Pflegeforschungspraktikum in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel
- Jun.-Sept. 2009: Pflegeforschungspraktikum in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel
- 2001-2005: Materialdisponent in der Fa. Worthington Cylinders
- 1999-2001: Lehre zum Industriekaufmann, Fa. Worthington Cylinders
- 1998-1999: Präsenzdienst als Sanitäter
- 1994-1998: Lehre zum Maschinenschlosser, Fa. Kone

Sprachkenntnisse:

- Deutsch (Muttersprache)
- Englisch (sehr gute Kenntnisse)
- Finnisch (Grundkenntnisse)