Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule Nürnberg

Fakultät für Gesundheit und Pflege

Gesundheits- und Pflegemanagement

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts B.A.

Institutionen, aus Sicht eines anthropologischen Gesundheitssystems, auf die der Alkoholabhängige zur Förderung seiner Abstinenz zurückgreift

Tina Varga

Gutachter: Prof. Dr. phil. Heinz-Peter Olm

Abgabetermin: 18.12.2014

Anmerkung zum Sprachgebrauch

Um die Lesbarkeit und Übersichtlichkeit zu wahren, wird auf die Verwendung von Doppelformen oder anderen Kennzeichnungen für weibliche und männliche Personen, verzichtet. Mit allen im Text verwendeten Personenbezeichnungen sind stets beide Geschlechter gemeint.

Abstract

Ziel der Arbeit ist es herauszufinden, auf welche Institutionen der Alkoholabhängige aus Sicht eines anthropologischen Gesundheitssystemmodells zurückgreift, um seinen Abstinenzwunsch nachhaltig zu unterstützen.

Methodik: Im Rahmen einer qualitativen Querschnittstudie wurde eine problemzentrierte Gruppendiskussion mit sieben Teilnehmern einer Selbsthilfegruppe durchgeführt.

Ergebnisse: Neben dem Sektor der professionellen Hilfe zur Akut- und Krisenbehandlung, ist der Sektor der Laienhilfe bedeutsamer und wird vermehrt beansprucht. Oft wird dieser jedoch von den Erkrankten selbst in Bezug auf Vorhandensein und Nutzung nicht als solches wahrgenommen. Hier spielen die laienhafte Selbst- und Fremdhilfe eine zentrale Rolle.

Schlussfolgerung: Zur Behandlung der Sucht muss der Laiensektor stärker in jeweilige Behandlungskonzepte einbezogen werden. Im Sinne von Public Health Interventionen muss ein Augenmerk auf die Gesellschaft, die den Süchtigen umgibt, geworfen werden und gezielte Konzepte zu deren Einbeziehung in die primäre und sekundäre Prävention entworfen werden.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung 1
II. Theoretische Grundlagen 4
2.1. Alkoholabhängigkeit 4
2.1.1. Allgemeines 4
2.1.2. Forschungsstand 8
2.2. Anthropologie 14
2.2.1. Medizinische Anthropologie 14
2.2.2. Das Gesundheitssystem nach Kleinman 15
III. Methodisches Vorgehen 18
3.1. Design 18
3.2. Durchführung 26
3.3. Ergebnisse 28
3.4. Interpretation 37
IV. Zusammenfassung und Ausblick 44
Quellenverzeichnis 46
Anhang 51

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Weltweiter Pro-Kopf-Konsum Reinalkohol (WHO 2014, S. 29) 1
Abb. 2: Das Behandlungsnetz des Suchtversorgungssystems 7
Abb. 3: Gesundheitssystemmodell, in Anlehnung an Kleinman (1980, S. 50) 16
Abb. 4: Ablaufmodell der Gruppendiskussion (Mayring 2002, S. 79) 20
Abb. 5: Sprechzeit pro Teilnehmer in % 29
Abb. 6: Sektorenmodell der Suchthilfe 37
Abb. 7: Popular sector des Suchthilfesystems 39
Abb. 8: Gesundheitsorientierte Verhaltensangewohnheiten eines Alkoholkranken beim Abstinenzwunsch 43

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht über Institutionen des suchtspezifischen Versorgungssystems 13
Tab. 2: Übersicht der demographischen Daten der Diskussionsteilnehmer 29
Tab. 3: Kategorie "Auslöser / Gründe für die Sucht“ 35
Tab. 4: Kategorie „Institutionen“ 35
Tab. 5: Kategorie "Motivation für Abstinenz" 36

Abkürzungsverzeichnis

AA	Anonyme Alkoholiker
Abb.	Abbildung
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
bzw.	beziehungsweise
D	Deutschland
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
etc.	et cetera
e.V.	eingetragener Verein
f	folgende Seite
ff	folgende Seiten
GL	Gruppendiskussionsleiter
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	International Classification of Diseases
k. A.	keine Angabe
M	Männlich
MPU	Medizinisch-psychologische Untersuchung
psych.	psychiatrisch(e/r/s)
Rum.	Rumänien
S.	Seite
T1,…, T7	Teilnehmer 1 bis Teilnehmer 7
Tab.	Tabelle
u.a.	und andere
usw.	und so weiter
W	Weiblich
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

I. Einleitung

Alkohol ist eine psychoaktive Substanz mit abhängigkeitsfördernden Eigenschaften und wird seit Menschengedenken in jeglichen Kulturen konsumiert. Der Alkoholmissbrauch führt zu zahlreichen Schäden, sowohl gesundheitlich als auch sozial oder finanziell.

Im Jahr 2010 betrug der durchschnittliche weltweite Pro-Kopf-Konsum 6,2 Liter Reinalkohol. Eine weltweite Übersicht über den Pro-Kopf-Verbrauch pro Land bietet Abbildung 1. Rund 16 % der Trinker (im Alter über 15 Jahre) betreiben schweres episodisches Trinken. Es wird eine Assoziation zwischen dem Reichtum eines Landes und dem jeweiligen Alkoholkonsum festgestellt: je vermögender ein Land ist, desto mehr Alkohol wird konsumiert und umso geringer ist die Anzahl der abstinenten Personen. So weisen einkommensstarke Länder den höchsten Pro-Kopf-Konsum im Vergleich zu anderen auf. (WHO 2014, S. 29 ff)

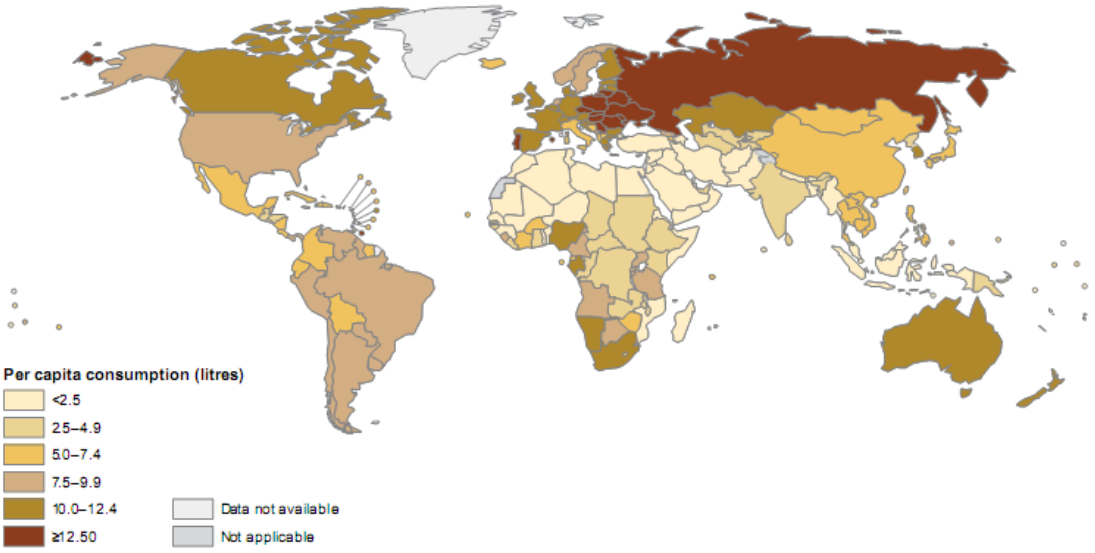

Abb. 1: Weltweiter Pro-Kopf-Konsum Reinalkohol (WHO 2014, S. 29)

Im Jahre 2012 konnten weltweit 3,3 Millionen Tote direkt auf den Konsum von Alkohol zurückgeführt werden. Der schädliche Gebrauch von Alkohol zählt zu den Top 5 der Risikofaktoren für Krankheit, Invalidität und Tod. Er ist verantwortlich für mehr als 200 Krankheiten. (WHO 2014, S. 46 ff)

Deutschland zählt mit einem Pro-Kopf-Konsum von 9,6 Litern Reinalkohol, im internationalen Vergleich, zu den Hochkonsumländern (Gaertner u.a. 2014, S. 39 ff). Die Anzahl der Alkoholabhängigen wird auf etwa 1,77 Millionen geschätzt. Das Trinkverhalten

weiterer 1,61 Millionen Männer und Frauen fällt in die Kategorie „Alkoholmissbrauch“. (Pabst 2013) In Deutschland sterben jedes Jahr schätzungsweise 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholkonsums (Lehner & Kepp 2014, S. 15). Die finanziellen Kosten des Alkoholkonsums, die zum Beispiel durch mit Alkohol in Bezug stehende Krankheiten oder Arbeitsausfälle entstehen, beliefen sich im Jahr 2007 auf zirka 26,7 Milliarden Euro (Adams & Effertz 2011, S. 57 ff).

Aufgrund dieser bundesweiten Problematik, einem anerkannten Public Health Problem, sind staatliche und private Einrichtungen gleichermaßen bestrebt, neben der Bereitstellung der professionellen Hilfe, effektive Programme zur Aufklärung und Prävention sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche zu entwickeln und durchzuführen. Da es bekannt ist, dass Menschen nicht nur längere Zeit benötigen um in die Sucht hineinzuwachsen, sondern auch längere Zeiträume und mehrerer Anläufe um sich dieser wieder zu entledigen (Soyka & Küfner 2008, S. 257 ff), versprechen das frühzeitige Erkennen und Vorbeugen der Erkrankung eine positive Auswirkung auf den Behandlungserfolg.

Die Literatur zur Alkoholsucht ist unerschöpflich. Es gibt zahlreiche Theorien und Studien über die Entstehung, den Verlauf, die Rückfallprävention, die Wirksamkeit der Therapien und deren Einrichtungen, die Prognosen, etc. Forschung und Literatur bieten jedoch trotz umfangreichen Wissens und vorhandener Möglichkeiten bisher keine optimalen Ansätze, um den Alkoholkranken dauerhaft in seinem Wunsch nach Abstinenz zu unterstützen. Aus dieser Tatsache lässt sich die Relevanz für diese Untersuchung ableiten.

Die Überlegung dazu ist, dass es eine erweiterte Blickrichtung auf das System, in dem sich der Kranke befindet und bewegt, benötigt, um dieses aktiv in die Behandlung mit einzubeziehen. Annahme ist, dass nach den ersten üblichen Anlaufstellen, wie z.B. dem Arzt, der Entgiftung und der Entwöhnung, der Alkoholkranke auf ein anderes Hilfssystem umsteigt, welches ihm den entsprechenden Halt bei der Verfolgung seines Abstinenzwunsches nach der Akutbehandlung gibt. Bei der systematischen Betrachtung dieses Hilfssystems soll ein anthropologisches Gesundheitssystemmodell herangezogen werden, um die Bedeutung von Krankheit und den Blick auf Institutionen, in denen Heilung stattfindet, in ein anderes Licht zu rücken.

Die Leitfrage, die sich für diese Arbeit daraus ergibt, ist: „Auf welche Institutionen, aus Sicht eines anthropologischen Gesundheitssystems, greift der Alkoholabhängige zur Förderung seiner Abstinenz zurück?“ Es wird eine Analyse der unterschiedlichen Institutionen und

Hilfesysteme, die der Alkoholabhängige unserer Gesellschaft in den verschiedenen Phasen seiner Erkrankung wahrnimmt, erfolgen. Eine anschließende Reflexion der präferierten Hilfsangebote nach der Akutphase soll dazu beitragen, dass Leitlinien sowohl für den Suchtkranken selbst als auch für Außenstehende entworfen werden können, die dem Kranken zielgerichtet zur erfolgreichen Unterstützung abstinent zu leben dienen.

Zunächst wird in dieser Arbeit ein gemeinsames Grundverständis im theoretischen Grundlagenteil geschaffen. Es wird der Begriff der Alkoholabhängigkeit definiert, die Entstehung von Sucht kurz skizziert, Abstinenz und Rückfall geklärt sowie das suchtspezifische Versorgungssystem mit seinen verschiedenen Behandlungsmethoden und Einrichtungen vorgestellt. Danach erfolgt die Darlegung zu den wichtigsten Erkenntnissen aus der Forschung. Im weiteren Verlauf werden die für diese Abhandlung wesentlichen Konzepte aus der medizinischen Anthropologie präsentiert und das von Kleinman verwendete Modell seines anthropologischen Gesundheitssytems erläutert. Im Teil methodisches Vorgehen werden das Design, die Durchführung, die Ergebnisse und die Interpretation wiedergegeben. Die abschließende Zusammenfassung diskutiert die Ergebnisse in Bezug auf deren Praxisrelevanz und ihrer möglichen Umsetzbarkeit.

II. Theoretische Grundlagen

Das folgende Kapitel wird in die zwei großen Themenbereiche „Alkoholabhängigkeit“ und „medizinische Anthropologie“ unterteilt.

2.1. Alkoholabhängigkeit

Als Erstes wird das theoretische Hintergrundwissen der Alkoholsucht im Allgemeinen beschrieben, einschließlich deren Definition, Entstehung, Verständnis für Abstinenz und Rückfall und dem suchtspezifischen Versorgungssystem. Dies stellt den Rahmen der Forschungsarbeit dar und ermöglicht eine gemeinsame (Verständnis-) Basis für Leser und Autor, da es im Bereich der Sucht eine Vielfalt an Definitionen und Uneinigkeiten für dieselben Begriffe gibt.

Im Anschluss wird der aktuelle Forschungsstand zum Thema Alkoholsucht dargelegt.

2.1.1. Allgemeines

Alkoholsucht – Begriffserklärung

Die Weltgesundheitsorganisation hat den Begriff „Sucht" durch den Begriff der „Abhängigkeit" ersetzt, wobei heute beide Begriffe häufig nebeneinander genutzt werden. Auch in dieser Arbeit werden „Sucht“ und „Abhängigkeit“ synonym verwendet.

Grundsätzlich ist eine Unterteilung der Suchtformen in substanz- bzw. stoffgebundene und/oder nichtsubstanz- bzw. nichtstoffgebundene Abhängigkeiten möglich. Die Alkoholabhängigkeit wird den substanzgebundenen zugeordnet. (Schlüter-Dupont 1990, S. 147)

Soyka und Küfner (2008, S. 258) postulieren, dass „die Alkoholabhängigkeit (...) aus klinischer Sicht eine chronische Krankheit mit in der Regel jahrelanger Dauer dar[stellt]“.

Die traditionell medizinische Vorstellung von Abhängigkeit ist in Jellineks Krankheitsmodell begründet. Er teilt die Suchtentwicklung in drei verschiedene Phasen ein und gibt für jeweilige entsprechend typische Merkmale an: die Prodromal-Phase, die kritische und die chronische Phase. Die voralkoholische Phase stellt er den drei genannten voran. Er klassifiziert konvergierend verschiedene Alkoholikertypen. (Jellinek 1960) Obwohl sein Modell mittlerweile als überholt gilt, wurde und wird es noch heute von vielen Medizinern und Forschern als Basis herangezogen und weiterentwickelt.

Zur Diagnostizierung der Alkoholabhängigkeit gibt es zwei anerkannte Klassifikationssysteme: die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ der WHO ICD-10, und das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ DSM-IV der American Psychiatric Association. Für die Abhängigkeitsdiagnose sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV zu verzeichnen (Schwoon 2008, S. 49). Bischof (2004, S. 16) erklärt, dass sich beide an das von Edwards und Gross beschriebene Abhängigkeitssyndrom anlehnen.

Nach der ICD-10 wird die Diagnose Alkoholabhängigkeit, auch mit dem Schlüssel F10.2 kodiert, nur gestellt, wenn bei einer betroffenen Person während des letzten Jahres mindestens drei der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, ein Suchtmittel zu konsumieren (Craving).
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums des Suchtmittels.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
4. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Mengen des Suchtmittels erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchtmittelkonsums und/oder erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, psychischer oder sozialer Art). (Dilling 2010, S. 99)

Entstehung

Die Gründe bzw. Risikofaktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung können vielfältig sein. Sie reichen von ethnischen Unterschieden über Kultur, Subkultur, Familie, Gruppendynamik oder Persönlichkeit bis hin zur Kognition. (Rommelspacher 1996, S. 42) Soyka und Küfner (2008, S. 20 ff) haben der Literatur drei große Faktorengruppen entnommen, die als Bedingungsfaktoren für Abhängigkeit wirksam werden können: die spezifische Wirkung der Substanzen, die spezifischen Eigenschaften des Individuums und die Besonderheiten des Umfelds.

Abstinenz und Rückfall

Die Begriffe Abstinenz und Rückfall stehen in unmittelbarem Zusammenhang. Während die Abstinenz bezeichnend ist für „keinerlei Konsum“, ist der Rückfall bereits mit dem Brechen der Abstinenz definiert. In der Suchtforschung gibt es jedoch einige Zwischenstufen zwischen der Totalabstinenz und dem schweren Rückfall. Hierzu wird sich am Trinkverhalten orientiert. Man kann unterscheiden zwischen: total abstinent, gebessertes, moderates und ungebessertes Trinkverhalten. Die letzten drei Kategorien werden unter rückfälligem Alkoholkonsum eingeordnet. Es ist darauf hinzuweisen, dass bei der Verwendung dieser Begriffe jedoch keine Einigkeit herrscht. (Körkel & Lauer 1988, S.16 f)

Körkel und Kruse (2005, S. 57) betonen, dass Abstinenz nicht als der Gradmesser für den Erfolg einer Suchtbehandlung ausschlaggebend ist. Der Erfolg sollte vielmehr an dem vom Betroffenen selbst gewählten Ziel gemessen werden.

Rückfälle sind das zentrale Phänomen in der Behandlung Alkoholabhängiger, denn sie gehören bei den Meisten zum Krankheits- und zum Genesungsprozess dazu. Dennoch gilt es zu versuchen, sie primär zu vermeiden. Rückfälle markieren kritische Punkte in der Bewältigung der Abhängigkeit und sollten als Entwicklungschance gesehen werden. (Schwoon 2008, S. 110 ff)

In der Literatur sind verschiedene Auffassungen vorhanden, wie ein Rückfall definiert ist. Es wird sich hier auf die gängigen Definitionen zur Veranschaulichung beschränkt.

Unter der „engen Rückfalldefinition“ wird jegliche Alkoholeinnahme nach einer Phase der Abstinenz bezeichnet. Es gibt des Weiteren auch die Unterscheidung zwischen Rückfall und Fehltritt bzw. Ausrutscher, welches einen kurzzeitigen, vereinzelten Alkoholkonsum darstellt. Die „weite Rückfalldefinition“ geht davon aus, dass nach einer Phase der Totalabstinenz oder des mäßigen Trinkens eine Menge Alkohol konsumiert wird, die eine zuvor festgelegte Menge und/oder Trinkdauer überschreitet. (Körkel & Lauer 1988, S. 11 ff) Zur Vereinfachung wird sich in dieser Arbeit auf die „enge Rückfalldefinition“ bezogen, wenn von Rückfall die Rede ist und auf die Totalabstinenz bei der Verwendung des Begriffs Abstinenz.

Körkel und Kruse (2005, S. 66 ff) beschreiben drei vorherrschende Bereiche die bei der Entstehung von Rückfällen aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung, differenziert zu

betrachten sind: die Merkmale der abhängigen Person, des sozialen Kontextes und des Suchthilfesystems.

Das suchtspezifische Versorgungssystem

In diesem Abschnitt wird das in Deutschland vorhandene Versorgungssystem für Suchtkranke vorgestellt und ein Überblick über die am häufigsten angewandten Therapien gegeben. Es bietet die Grundlage für den späteren Vergleich und der Einordnung mit den Ergebnissen der Gruppendiskussion.

Soyka und Küfner (2008, S. 330) unterteilen die Behandlung der Abhängigkeit in vier Phasen:

- Kontaktphase
- Entgiftungs- oder Entziehungsphase
- Entwöhnungsphase
- Weiterbehandlungs- und Nachsorgephase.

Auf die Phasen soll hier im Einzelnen nicht näher eingegangen werden. Dies kann bei Bedarf weiterführender Literatur entnommen werden (siehe z.B. Soyka & Küfner 2008). Da jede der Phasen ein unterschiedliches Therapieziel hat, werden sie meist in verschiedenen Institutionen behandelt. Daraus ergibt sich das Behandlungsnetz (Soyka & Küfner 2008, S. 333 ff), welches im Anschluss graphisch abgebildet ist (siehe Abb. 2; eine ähnliche Abbildung, welche die Behandlungskette für Alkoholkranke beschreibt, kann bei Soyka und Küfner 2008, S. 330 gefunden werden):

Abb. 2: Das Behandlungsnetz des Suchtversorgungssystems

Nachfolgend werden die verschiedenen Therapien aufgelistet, die in den unterschiedlichen Phasen der Behandlung des Alkoholkranken angeboten werden. Diese Aufzählung beschränkt sich auf die gängigsten Verfahren.

Als erste große Einheit ist die somatische (= medikamentöse) Therapie zu nennen, welche zum Beispiel zur Entgiftung oder auch zur Entwöhnungsbehandlung dient. Der nächste große Komplex umfasst die Psychotherapie, welche vielerlei Verfahren zur Auswahl hat: zum Beispiel Einzeltherapie, Gruppentherapie und Familientherapie. Des Weiteren gibt es die Verhaltenstherapie, die kognitive Therapie und die analytische oder die pragmatische Psychotherapie. Als letztes Gefüge sind sonstige Methoden zu nennen. Darunter fallen die Soziotherapie, die Arbeitstherapie, die Beschäftigungstherapie, die Sport- und Physiotherapie und die Musiktherapie. Für fast alle genannten Verfahren gibt es wiederum verschiedene therapeutische Ansätze. (Feuerlein 1989, S. 179 ff)

2.1.2. Forschungsstand

Wie bereits erwähnt, zählt Deutschland mit einem Pro-Kopf-Konsum von 9,6 Liter Reinalkohol, im internationalen Vergleich, zu den Hochkonsumländern (Gaertner u.a. 2014, S. 39 ff). Die durchschnittliche Prävalenz der Alkoholabhängigen, im Alter zwischen 18-64 Jahren, lag im Jahr 2012 bei 3,4 %, wobei 4,8 % Männer und 2,0 % Frauen betroffen waren. Einen Alkoholmissbrauch wiesen 3,1 % auf. Eine Hochrechnung auf Deutschlands erwachsene Gesamtbevölkerung ergibt somit zirka 1,77 Millionen Alkoholabhängige und 1,61 Millionen Alkoholmissbräuchige. (Pabst 2013) Jährlich sterben schätzungsweise 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholkonsums (Lehner & Kepp 2014, S. 15). So erklärt Bloomfield (2008) bezüglich Bühringers Erhebung, dass sich die eindeutig auf Alkohol zurückführbaren Todesfälle für das Jahr 1996 auf über 17.000 beliefen. Eine Studie zeigt, dass die an den Folgen des Alkoholkonsums Verstorbenen ein um etwa 20 Jahre niedrigeres Sterbealter haben im Vergleich zu denen, die an anderen Ursachen versterben (Bloomfield u.a. 2008). Die 2007 geschätzten direkten und indirekten Kosten der Auswirkungen des Alkoholkonsums, die zum Beispiel durch Krankheiten oder Arbeitsausfälle entstehen, betrugen zirka 26,7 Milliarden Euro. (Adams & Effertz 2011, S. 57 ff)

Ein Großteil alkoholkranker Menschen nimmt wenigstens einmal im Jahr ärztliche Hilfe im Bereich der medizinischen Basisversorgung in Anspruch. Diese findet meist bei einem niedergelassenen Arzt oder in einem Krankenhaus statt. (John u.a. 1996, S. 76)

So postuliert Hesse (1992, S. 142), dass „der Hausarzt (...) oft der erste Adressat für Hilferufe Abhängiger oder ihrer Angehörigen (...) [ist]. Bei weniger als 1 % [erkennen] (...) [Ärzte das Alkoholproblem des] Patienten (...) oder sprechen es an.“ Er kann dem Patienten auf zielgerichtetes Nachfragen verschiedene und passende Hilfsangebote aufzeigen und ihm bei der Einleitung der Therapie behilflich sein. Des Weiteren kann er bei dem Patienten auch den Prozess des Erkennens und Motivierens auslösen, falls dieser ihn selbst noch nicht erkannt hat. (Hesse 1992, S. 142 ff)

Zirka 16 bis 24 % der Abhängikeitskranken werden in den internistischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser behandelt, wobei nicht alle bereits als solche diagnostiziert sind. Manche von ihnen gehen auch bewusst in eine medizinische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses, um eine Auseinandersetzung mit ihrer Suchtproblematik zu vermeiden. (Schneider 1992, S. 114 ff) Obwohl die erste Kontaktphase bekanntermaßen in Arztpraxen und Krankenhäusern stattfindet, gilt deren Nutzung durch Suchtkranke als unzureichend (Schwoon 2008, S. 89).

Eine weitere wichtige Eingangspforte in das Suchthilfesystem sind die „Suchtberatungsstellen mit niederschwelligen Kontakt- und Informationsangeboten. Sie fungieren als Wegweiser im Suchthilfesystem, helfen bei der diagnostischen Abklärung und Problemeingrenzung sowie bei der Antragsstellung für Therapien.“ (Schwoon 2008, S. 88)

Allgemein bekannt ist, dass nur eine geringe Anzahl, etwa 5 % der Alkoholkranken, professionelle Hilfe des Suchthilfesystems in Anspruch nimmt (Gomes de Matos u.a. 2013). Eine weitere Gruppe schafft den Weg aus der Sucht auch ohne diese (Stetter & Axmann 1996, S. 255). Cuningham u.a. (2000) folgern aus ihrer Studie, dass Alkoholkranke, welche ohne formelle oder therapeutische Hilfe spontan remittieren, weniger stark abhängig sind, ihre Abhängigkeit eine kürzere Dauer aufweist und diese ihre Alkoholproblematik in einem viel jüngeren Lebensabschnitt bewältigen im Vergleich zu denen, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.

Ausschlaggebend für den Beginn der Spontanremission bei Selbstheilern sind nach Walters (2000) gesundheitliche Probleme, Druck von Freunden und Familie sowie außerordentliche Ereignisse. Für die Aufrechterhaltung sind jedoch soziale Unterstützung, ein suchtmittelfreier Freundeskreis, Willensstärke und die Entwicklung einer neuen Identität entscheidend. Vaillant (1989, S. 42 ff) postuliert, dass vier Faktoren für den Ausstieg aus der Sucht maßgeblich sind: die Ersatzabhängigkeit (ohne Suchtmittel), die dauerhaft aversiven Folgen

des Trinkens als Erinnerung an die Wichtigkeit der Abstinenz, neue soziale Beziehungen und die Wiederherstellung der Selbstachtung des Betroffenen.

Die Wichtigkeit des sozialen Umfelds, wie zum Beispiel das Vorhandensein eines Arbeitsverhältnisses und einer stabilen Partnerschaft sowie ein genügendes Einkommen sind begünstigende Faktoren für den Behandlungserfolg. Weitere entscheidende Faktoren sind die Therapiemotivation, die Krankheitseinsicht und der Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe. (Becker u.a. 1986; Süß 1988, S. 204 ff)

Gomes de Matos u.a. (2013) beschreibt bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfen durch Personen mit alkoholbezogener Störung, dass von denen, die mindestens ein Hilfsangebot aufsuchen, die Mehrheit auf Freunde, Partner oder die Familie (n= 45/56) zurückgreift. Danach folgen der Hausarzt (n= 12/56) und die Psychotherapie (n= 10/56). Nach Schlösser (1989) ist die Arbeit mit Angehörigen infolgedessen unverzichtbar.

Die ersten ein bis drei Monate nach Erreichen der Abstinenz gelten als die kritische Zeit, in der es zu Rückfällen kommt (John 1996, S. 81 ff; Veltrup 1995, S. 81; Förster 1993, S. 144; Süß 1988, S. 167). Mann und Mundle (1996, S. 317 f) erachten es somit als besonders wichtig, dass in den ersten Monaten nach Entzug das Verlangen nach Alkohol verringert wird. So belegen sowohl Stetter und Axmann (1996, S. 255 ff) als auch John (1996), dass motivationsfördernde Interventionen, die in eine Entwöhnungsbehandlung nach dem Entzug führen, bedeutend bessere katamnestische Ergebnisse aufweisen.

So beschreibt Wienberg (1994, S. 24), dass Mellers u.a. in ihrer Studie belegen, dass in einem Fünfjahreszeitraum nur 13,2 %, das entspricht ungefähr einem von sieben, der behandlungsbedürftigen Abhängigkeitskranken von einem psychiatrischen oder psychosozialen Fachdienst erreicht werden und somit eine deutlich unterversorgte Gruppe darstellen.

Körkel fasst 2003 (S. 6 ff) eine Vielzahl durchgeführter katamnestischer Studien, welche von 1986 bis 2001 durchgeführt wurden, zusammen. Daraus geht hervor, dass nach einer stationären Entgiftungstherapie das Verhältnis der abstinent Gebliebenen zwischen 50 und 58 % nach einem Zeitraum von einem Monat nach abgeschlossener Behandlung liegt. Nach einem Jahr sind noch 16 % abstinent. Nach einer stationären Entwöhnungstherapie sind zwischen 43 und 47 % der Behandelten nach einem Jahr noch abstinent. Nach einem Vierjahreszeitraum sind es 37 % und nach einem Zehnjahreszeitraum zwischen 21 und 27 %.

Deutlich ist, dass sowohl nach der Entgiftung als auch nach der Entwöhnung, ein Rückgang der Abstinenz mit der verstrichenen Zeit seit Behandlungsende zu verzeichnen ist. Aus dem Bereich der ambulanten Entwöhnungsbehandlung liegt die Abstinenz zwischen 48 und 49 % nach einem Zeitraum von zirka 1 ¾ Jahren.

Aus diesen Daten kann abgeleitet werden, dass der Rückfall ein Teil der Erkrankung ist. Auch Körkel und Lauer (1995, S. 160) geben an, dass „Rückfälligkeit, im Sinne der „engen Rückfalldefinition“ (...) die Regel und nicht die Ausnahme ist.“ Feuerlein beschreibt (1987, S. 51 f), dass bei längerer Abstinenz „gelegentliche kleine Rückfälle vom Patienten [selbst] (...) aufgefangen werden“, ohne in einen dauerhaften Rückfall übergehen zu müssen. Nach einem vierzigjährigen Beobachtungszeitraum beschreiben Vaillant und Hiller-Sturmhöfel (1996) zirka ein Drittel der jemals als alkoholkrank eingestuften als abstinent.

Küfner u.a. beschreiben in ihrer Studie 1988, dass bei Alkoholabhängigen, welche über einen Zeitraum von mindestens vier Jahren eine Selbsthilfegruppe im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung regelmäßig besuchen, die Abstinenz bei Männern 71 % bzw. bei Frauen 45 % beträgt. Bei unregelmäßiger Teilnahme sinkt die Abstinenzquote auf 46 % bei Männern und 35 % bei Frauen. Die Kontaktherstellung zu Selbsthilfegruppen während der stationären Therapie ist daher umso wichtiger, da sie die Bereitschaft zur Teilnahme an Nachsorgemaßnahmen erhöht (Schwoon 1996, S. 286).

Die regelmäßige Teilnahme an einer ambulanten Gruppentherapie, welche für die Dauer von 18 Monaten nach Ende der Therapie besucht wird, verhilft 65 % zur Abstinenz, während bei unregelmäßiger Teilnahme die Abstinenz auf 36 % sinkt (Küfner u.a. 1986).

Obwohl bezüglich der medikamentösen Rückfallprophylaxe anfängliche Studien (z.B. Gastpar u.a. 2002) ergeben, dass diese kaum zu einer nachhaltigen Verringerung der Rückfallquote oder sogar zu deren Erhöhung führen, kann ein Abstinenz verlängernder Effekt von Acomprosat mehrfach nachgewiesen werden (Mann u.a. 2004; Rösner u.a. 2008). Unter einer Therapie mit Naltrexon ist eine Erhöhung der Abstinenzrate nicht signifikant nachgewiesen, im Gegensatz zur Verringerung der Trinkmenge und Rückfallrate (Bouza u.a. 2004). Die Therapie mit Disulfiram, welches alkoholaversiv wirkt, ist aufgrund verschiedener Studienergebnisse umstritten (Fuller u.a. 1986; Soyka & Rösner 2006). Es ist jeoch essentiell, dass die medikamentöse Therapie von psychotherapeutischen Interventionen begleitet wird, um eine effektive Behandlung zu erzielen (Wiesbeck 2014, siehe Email Korrespondenz Anhang A).

Süß (1995) vergleicht die Effektivität der ambulanten mit der stationären Therapie und gibt eine Abstinenzquote für die ambulante Therapie von 37,3 % im Vergleich zu 39,3 % für die stationäre Therapie in einer Suchtfachklinik an. Die Abstinenzquoten nach einer Therapie in einem Allgemeinkrankenhaus (23,0 %) und einem psychiatrischen Krankenhaus (26,1 %) liegen deutlich darunter. Soyka u.a. (2003) stellen eine 56 %ige Abstinenzquote nach einem 12-Monats-Katamnese-Zeitraum nach ambulanter Therapie fest. Bei Welsch und Sonntag (2004, S. 151 ff) ist die Abstinenzquote 49,6 % für den ambulanten Bereich und 62,3 % für den stationären, was sowohl höher ist als auch einen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Therapieformen aufzeigt.

Nachfolgend ist eine Übersicht (siehe Tab. 1) der in Deutschland vorhandenen Institutionen des suchtspezifischen Versorgungssystems dargestellt, welche nach Leune (2014, S. 185 ff) zusammenfasst ist. Hier ist der Großteil der Behandlungsangebote für alkoholkranke Menschen, im Sinne des herkömmlich in Deutschland verstandenen Gesundheitssystems, anzusiedeln. Verfügbare Daten, welche sich auf Nürnberg und den Großraum beziehen, sind in der letzten Spalte zum Gesamtvergleich angefügt.

Tab. 1: Übersicht über Institutionen des suchtspezifischen Versorgungssystems

Art der Einrichtung	**Anzahl in Deutschland**	**Plätze / Fallzahlen in Deutschland (pro Jahr)**	**Anzahl in Nürnberg *)**
Niedergelassene Hausärzte	123.200		k. A.
Psychotherapeuten und psych. Fachärzte	26.479		k. A.
Psych. Institutsambulanzen	≈ 300	97.500	k. A.
Allgemeinkrankenhäuser, davon spezialisierte Abteilungen	462.457, > 300	> 7.500	k. A.
Psych. Kliniken	> 300	> 220.000	5 (Ansbach, Erlangen, Engelthal, Klinikum Nürnberg, Uniklinik Erlagen)
Substitutionsbehandlung		75.400	k. A.
Niederschwelliges Angebot	≈ 300		8 Angebote
Suchtberatungs- und -behandlungsstellen	≈ 1.300	≈ 500.000 Kunden	4 (davon 2 mit Schwerpunkt illegale Drogen)
Übergangswohnheime	kaum vorhanden		keine
Beratung			
• Gesundheitsämter	> 400		k. A.
• Sozialpsych. Dienste	≈ 460		4
• Beratung durch Rehabilitationsträger	493		k. A.
Soziale Reha			
• Stationäre Einrichtungen	268	>10.700	Kein Wohnheim explizit für den Personenkreis
• Teilstationäre Einrichtungen	112	> 1.200	2x externe Arbeitstherapie 2x Integrationsunternehmen 2x Tagesstätten 1x WfbM 5x Zuverdienstprojekte
• Ambulant betreutes Wohnen	460	> 12.000	3 Träger (Mudra, Lilith, Stadtmission)
Arbeits-, Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote	≈ 250	> 4.800	Siehe teilstationäre Einrichtungen
Sucht-Selbsthilfegruppen	8.700		k. A.
Qualifizierte Entzugseinrichtungen	190	> 2.000	k. A.
Ambulante medizinische Rehabilitation	≈ 400	11.000	k. A.
Stationäre medizinische Rehabilitation	320	13.200	k. A.
Adaptionseinrichtungen	≈ 115	> 1.200	k. A.

**) Angaben vom Bezirk Mittelfranken (2014, siehe Email Korrespondenz Anhang B)*

2.2. Anthropologie

In diesem Abschnitt wird ein Grundverständnis von medizinischer Anthropologie und den für diese Abhandlung wichtigsten Konzepten gegeben.

Anschließend erfolgt die Vorstellung eines kulturübergreifend anwendbaren Gesundheitssystems, dem sogenannten „Sektorenmodell“ von Kleinman, in welchem sich der theoretische Rahmen für das durchgeführte Forschungsprojekt begründet.

2.2.1. Medizinische Anthropologie

Anthropologie, die Wissenschaft vom Menschen, hat viele verschiedene Teilgebiete. In dieser Forschungsarbeit wird sich auf das Teilgebiet der medizinischen Anthropologie, auch als Ethnomedizin und Medizinethnologie bekannt, gestützt. So postulieren Uexküll und Wesiak (1988, S. VII), dass auch die Humanmedizin ein anthropologisches Konzept benötigt, welches „biologische, psychosoziale und kulturelle Konzepte (...) integriert.“ Dies bedeutet, dass der Mensch nicht auf seine physiologischen Symptome kausaler Ursache reduziert werden soll, sondern als ganzheitliches Wesen, eingebettet in die wechselseitigen Beziehungen zu seiner Umwelt, betrachtet werden muss. „Der Mensch [ist] eine Einheit von Leib, Seele und Geist [und somit] betrifft Krankheit alle drei Sphären seiner Existenz.“ (Bohlken & Thies 2009, S. 186)

Ein wichtiges Grundkonzept der Anthropologie im Allgemeinen ist das Menschenbild, aus welchem viel abgeleitet wird. Wer zum Beispiel ein sehr westlich biomedizinisches Menschenbild hat, wird Krankheit auf physische Funktions- oder Strukturstörungen beschränken. So erweiterte auch die WHO ihre Definition von Krankheit, nachdem sie erkannte, dass Gesundheit bzw. Krankheit mehr bedeutet.

Ein weiteres Grundbegriffspaar der Anthropologie ist Gesundheit und Krankheit. Es wird zwischen Krankheit (Englisch: disease) und Kranksein (Englisch: illness) unterschieden. Während die Krankheit „sich auf Störungen physiologischer Vorgänge [bezieht], (...) [welche meist] medikamentös oder chirurgisch behandelt werden [, bezeichnet das Kranksein] (...) die gesellschaftlich-kulturell geprägten Verhaltensweisen und Interpretationen, mit denen der Kranke auf Krankheit reagiert.“ (Uexküll & Wesiak 1988, S. 11) Während sich Krankheit als „Begriff der Biomedizin (...) [manifestiert, ist das Kranksein] als Konzept (...) der jeweiligen ethnischen Gruppe [zu verstehen]. Gesundheit ist als beständiger Prozess und nicht als ungestörter Zustand aufzufassen.“ (Bohlken & Thies 2009, S. 338)

Die Erkrankung der Alkoholabhängigkeit soll in dieser Studie unter dem anthropologischen Grundverständnis betrachtet werden, da sie in ihren Ursachen, der Entstehung und Therapie so vielschichtig und komplex ist, dass die Biomedizin sie bisher nicht vollständig erfassen konnte. Besonders im Bezug auf Krankheit und Kranksein wird häufig erlebt, dass der Alkoholabhängige keinerlei Krankheitsgefühl verspürt, obwohl bereits aufgrund des Alkoholkonsums physiologische Schädigungen pathologisch nachweisbar sind. Wie im Kapitel 2.1.2 bereits beschrieben wird, haben verschiedene Studien belegt, dass beispielsweise die alleinige medikamentöse Behandlung nur wenig bis gar nicht effektiv ist (siehe Email von Wiesbeck 2014, in Anhang A). Dies legt nahe, dass es für die Behandlung des Alkoholkranken eine Erweiterung des Verständnisses bedarf, als unser herkömmliches biomedizinisches Wissen zu bieten hat.

2.2.2. Das Gesundheitssystem nach Kleinman

In diesem Kapitel wird das anthropologische, von Kleinman entwickelte, Gesundheitssystem beschrieben. Der „Ausgangspunkt [für dieses] war die Überlegung, dass (...) Krankheitskonzepte über psychosomatische Zusammenhänge Krankheitserleben derart prägen, dass ohne ihre Berücksichtigung keine Heilung möglich ist.“ (Bohlken & Thies 2009, S. 338) In diesem Modell gibt es, über die biomedizinischen Angebote hinaus, auch Platz für traditionelle Heiler und das Laienwissen mit seinen Hausmitteln. (Bohlken & Thies 2009, S. 338)

Kleinman (1980, S. 49 ff) hat ein Modell für ein Gesundheitssystem (Englisch: health care system) entwickelt, welches er zwei verschiedenen Ebenen zuordnet. Die erste Ebene umfasst das Sektorenmodel (Englisch: sector model) und die zweite Ebene die verschiedenen Erklärungsmodelle (Englisch: explanatory models), die in jedem Sektor wirksam werden.

Das strukturell gliedernde Sektorenmodell besteht aus drei, sich stellenweise überlappenden, Sektoren (siehe vereinfachte Darstellung Abb. 3). Die drei Sektoren beschreibt Kleinman (1980, S. 49 ff) folgendermaßen:

1. Den Sektor allgemeiner Glaubenssätze und Vorstellungen (Englisch: popular sector), in welchem Krankheit/Kranksein als erstes identifiziert wird, und die ersten Schritte zur Genesung initiiert werden. Er ist anteilsmäßig der größte Sektor und interagiert mit den jeweils anderen Sektoren, wohingegen diese häufig voneinander isoliert sind. Noch wichtiger als die Selbstbehandlung ist hier die Familie als hauptsächlicher

Gesundheitsversorger. Im Allgemeinen werden diesem Sektor die Laien zugeordnet. Beispielsweise wird eine Person mit Erkältungserscheinungen zuerst auf frei verkäufliche Medikamente oder Tees zur Linderung zurückgreifen, bevor sie bei andauernden Beschwerden einen Arzt aufsucht.

2. Den Sektor der Volksmedizin (Englisch: folk sector), welcher sowohl geistliche als auch weltliche traditionelle Heiler beinhaltet. Darunter fallen beispielsweise Schamanen, rituelle Heiler, Kräuterspezialisten oder Astrologen.
3. Den Sektor der professionellen Medizin (Englisch: professional sector), welcher alle professionell ausgebildeten und zugelassenen Gesundheitsberufe umfasst. Darunter zählen neben Ärzten, Psychologen, usw. auch Homöopathen, Chiropraktiker, Osteopathen, Naturheilkundler und ähnliche.

Jeder Sektor erklärt und behandelt Gesundheitsprobleme auf verschiedene Art und Weise. Die Sektoren interagieren aufgrund der sich in ihnen bewegenden Patienten miteinander.

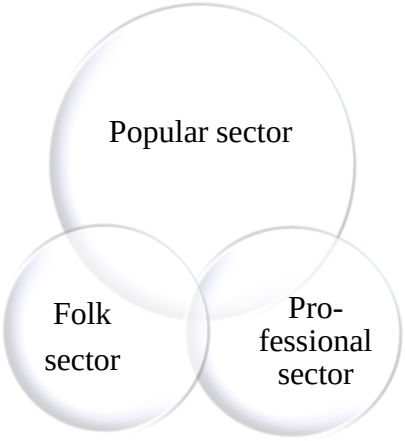

Abb. 3: Gesundheitssystemmodell, in Anlehnung an Kleinman (1980, S. 50)

Die zweite Ebene richtet den Blick auf Schlüsselfaktoren, wie die Erfahrungen des Krankseins, der Interaktionen zwischen Arzt und Patient und dem Heilungsprozess selbst. Eine wichtige Rolle spielen hier die Erklärungsmodelle. Sie sind Vorstellungen über Krankheit und Behandlung, die alle am klinischen Prozess Beteiligten innehaben. Jede Gruppe bzw. jedes Individuum hat ein oder mehrere Erklärungsmodelle, welche/s ihr bzw. ihm helfen, einer bestimmten Krankheitsepisode Sinn zu geben. Diese können auf bildungsspezifischem Wissen, Erfahrung und Umwelteinflüssen basieren und zwischen Laien- und Fachwissen variieren. (Kleinman 1980, S. 104 ff)

Der Heilungsprozess findet sowohl auf der sozialen, der kulturellen, der behavioristischen als auch auf der physiologischen Ebene statt.

Uexküll (1988, S. 248) äußert bezüglich des Modells, dass Kleinman verdeutlicht, dass es „keine eindeutige und homogene medizinische Wirklichkeit gibt (...) [, sondern diese] eine Sammlung heterogener Vorstellungen über Krankheit und Therapie enthalten.“

Da Kleinmans gesamtes Gesundheitssystemmodell sehr komplex und vielschichtig ist und im Rahmen dieser Bachelor-Arbeit nicht komplett beschrieben werden kann, wird sich zum Zweck dieser Forschung auf das Sektorenmodell beschränkt. Es soll vorerst genügen zu wissen, welche Institutionen dem Alkoholabhängigen während seiner Rekonvaleszenzphase wichtig sind. Überlegungen hierzu sind, dass bei bevorzugter Nutzung eines Sektors gegenüber den anderen, entsprechende Konzepte für die Einbeziehung jener entworfen werden, welche dem Alkoholkranken in seinem Wunsch nach Abstinenz gezielter unterstützen.

Das anthropologische Gesundheitsmodel von Kleinman wurde für diese Arbeit gewählt, weil es eine umfassende Betrachtung und ein erweitertes Verständnis auf ein Gesundheitssystem bietet, welches weltweit und kulturübergreifend angewandt werden kann. Es beinhaltet sowohl die professionelle Hilfe als auch die der Laien, welche für den Heilungsprozess eines Kranken ausschlaggebend sind. Es berücksichtigt die ganzheitliche Betrachtungsweise auf den Menschen in seiner Krankheit und bezieht sein Umfeld in dessen Genesung mit ein. Besonders im Bereich der Suchtbehandlung spielen soziale Institutionen eine zentrale Rolle. Mit Hilfe dieses Modells soll die Wichtigkeit der laienhaften Selbst- und Fremdhilfe in der Suchtbehandlung hervorgehoben werden und es soll erste Gedankenanstöße liefern, den Bereich des „popular sector“ in ein Behandlungskonzept einzugliedern. Später soll dieses Modell bei der Auswertung der gesundheitsorientierten Verhaltensgewohnheiten bei Menschen mit Alkoholkrankheit dienen.

Im Verlauf der Arbeit werden die einzeln benannten Sektoren des Gesundheitsmodells meist in ihrer englischen Bezeichnung beibehalten und in Anführungszeichen („...“) gesetzt, da die Übersetzung ins Deutsche als nicht treffend empfunden wird. Ansonsten finden sich Schlüsselbegriffe in Originalsprache aus der verwendeten Literatur, die ins Deutsche übersetzt werden, wenigstens einmal in Klammern dahinter wieder.

III. Methodisches Vorgehen

3.1. Design

Im Abschnitt Design werden zuerst allgemeine Überlegungen zur Sozialforschung dargelegt, bevor es in die für diese Forschungsarbeit ausgewählten Methoden übergeht: problemzentrierte Gruppendiskussion, Fragestellung, Vorannahmen zur Interviewsituation, Auswahl der Teilnehmer, Gütekriterien, Forschungsethik und Auswertungsmethode.

Allgemeines

Während die quantitative Forschung primär die Überprüfung von Theorieaussagen mittels deduktiv-nomologischer Vorgehensweisen zum Ziel hat und Erkenntnis durch Falsifikation oder Verifikation gewinnt, ist bei der qualitativen Forschung die Entdeckung von Theorieaussagen, welche induktiv abgeleitet werden, von Bedeutung. Die gesellschaftliche Konstruktion der Realität ist hier vordergründig. (Bortz & Döring 2006, S. 16 ff & S. 298 ff)

Sowohl die qualitative als auch die quantitative Forschung haben ihre Vorzüge und zugleich ihre Grenzen in dem, was sich erforschen lässt. Während es bei der quantitativen Forschung um Vermessen oder die Definition von Größenverhältnissen geht, steht in der qualitativen Forschung die Aufdeckung von Wirkungszusammenhängen und die Rekonstruktion von Sinn im Mittelpunkt. (Kühn & Koschel 2011, S. 49)

Das Thema „Institutionen, aus Sicht eines anthropologischen Gesundheitssystems, auf die der Alkoholabhängige zur Förderung seiner Abstinenz zurückgreift“, wird im Rahmen einer Querschnittstudie qualitativ exploriert, da es um die Auseinandersetzung mit subjektiven Sichtweisen zu einem bestimmten Zeitpunkt geht. Hierbei kommen die von Kühn und Koschel (2011, S. 50) genannten Grundzüge der qualitativen Forschung zur Geltung und Anwendung: Verstehen, Offenheit, Alltagsorientierung, Prozessorientierung und Reflexivität. Auf dem Gebiet der Sucht sind viele verschiedene Therapiemöglichkeiten und deren nachhaltige Wirkung auf den Suchtkranken erforscht, jedoch soll hier sowohl die individuell gefühlte Wirkung im Vordergrund stehen als auch Institutionen, die über das herkömmlich westliche Gesundheitssystem hinausgehen.

Problemzentrierte Gruppendiskussion

Als Erhebungsmethode wird die problemzentrierte Gruppendiskussion gewählt. Die problemzentrierte Gruppendiskussion wurde von Kühn und Koschel (2013, S. 28) in Anlehnung an Witzels begründetem problemzentrierten Interview entwickelt.

Lamnek (2005, S. 27) beschreibt die Gruppendiskussion als eine Erhebungsmethode, die Daten durch die Interaktionen der Gruppenmitglieder gewinnt. Laut Kühn und Koschel (2011, S. 33) eignen sich Gruppendiskussionen besonders, um komplexe Einstellungs-, Wahrnehmungs-, Gefühls-, Bedürfnis-, Orientierungs- und Motivationsgeflechte aus bestimmten sozialen Kontexten zu explorieren.

Die Problemzentrierung, welche Daten im Hinblick auf ein bestimmtes Problem thematisiert, ist in der vorliegenden Gruppendiskussion das Gesundheitssystem mit seinen Institutionen, welches dem Alkoholkranken bei dem Wunsch nach Abstinenz unterstützt. (Flick 2011, S. 210). Auch Mayring (2002, S. 35) erklärt, dass humanwissenschaftliche Untersuchungen direkt an praktischen Problemstellungen ihres Gegenstandsbereiches ansetzen und ihre Ergebnisse wieder auf die Praxis beziehen. Der Forscher hat die wesentlichen Aspekte, die an der gesellschaftlichen Problemstellung ansetzen, bereits vor der Durchführung erarbeitet und in einem Interviewleitfaden zusammengestellt (Mayring 2002, S. 67 ff).

Die Gruppendiskussion zum Thema „Institutionen, aus Sicht eines anthropologischen Gesundheitssystems, auf die der Alkoholabhängige zur Förderung seiner Abstinenz zurückgreift“, soll zum einen die individuellen, subjektiven Meinungen und Einstellungen der Teilnehmer explorieren, und zum anderen, aufgrund der durch Interaktion hervorgerufenen Gedankenassoziationen des Einzelnen, dem Thema mehr Tiefe geben. Die Gruppendiskussion entspricht der Situation wie Meinungen im Alltag gebildet, geäußert und ausgetauscht werden. Die Teilnehmer können bei gleichen, nicht geteilten oder extremen Ansichten diese diskutieren und gegebenenfalls auch gegenseitig validieren. (Flick 2011, S. 251)

Nachfolgend wird das Ablaufmodell einer Gruppendiskussion nach Mayring (2002, S. 79) abgebildet (Abb. 4). Es verdeutlicht wie die Gruppendiskussion im Rahmen des Forschungsprojektes in ihrem Ablauf strukturiert wird.

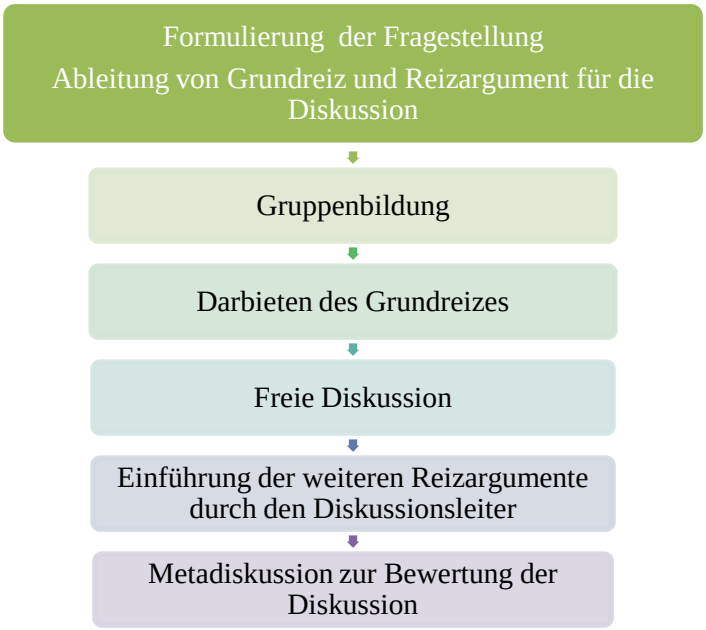

Abb. 4: Ablaufmodell der Gruppendiskussion (Mayring 2002, S. 79)

Fragestellung

Wie bereits in Abschnitt 2.1. beschrieben, gibt es in unserem westlichen Gesundheitssystem verschiedene Formen und Ansätze zur Behandlung der Sucht. Nach Kleinman (1980, S. 49 ff) besteht das Gesundheitssystem, in dem sich der Alkoholkranke bewegt, aus mehreren Sektoren, wobei soziale Konstrukte, im Vergleich zu den institutionellen Konstrukten, eine größere und wichtigere Rolle im Genesungsprozess spielen. Der Erkrankte soll hier mit seinen Vorstellungen im Mittelpunkt stehen und nicht der neueste Stand der biomedizinischen Forschung.

Die Leitfrage dieser Arbeit „Auf welche Institutionen, aus Sicht eines anthropologischen Gesundheitssystems, greift der Alkoholabhängige zur Förderung seiner Abstinenz zurück?“, soll eine andere Blickrichtung auf das System, in dem sich der Kranke befindet und bewegt, aufzeigen und erweitern. Die Grundüberlegung hierzu ist, dass der Alkoholkranke nach den ersten üblichen Anlaufstellen wie z.B. dem Arzt, der Entgiftung und der Entwöhnung auf ein anderes Hilfssystem umsteigt, welches ihm dauerhaft den entsprechenden Halt bei der Verfolgung seines Abstinenzwunsches nach der Akutbehandlung gibt.

Besonders in der Behandlung von Suchtkranken ist es wichtig eine ganzheitliche Betrachtungsweise zu haben, die sich gleichermaßen in der Therapie widerspiegelt. Ziel ist es

deshalb herauszufinden, auf welchen Sektor der Alkoholkranke am ehesten zurückgreift und wie dieser mit den anderen Sektoren verflochten ist oder werden kann.

Anhand der Ergebnisse können Leitlinien sowohl für den Suchtkranken selbst als auch für Außenstehende entworfen werden, auf die zurückgegriffen werden kann, zur erfolgreichen Unterstützung suchtmittelfrei zu leben. Sie können als zusätzliche Hilfe verstanden werden, nicht als Therapiesubstitution.

Aus diesen Überlegungen zur Leitfrage ergeben sich folgende Unterfragen:

1. Welche unterschiedlichen Institutionen und Hilfssysteme werden von dem Alkoholabhängigen in den verschiedenen Phasen der Suchterkrankung wahrgenommen?
2. In welchem Sektor findet der Suchtkranke vorrangig die stützende Struktur, wenn er nicht in der Akutphase ist?
3. An wie vielen Hilfsmechanismen bzw. Hilfesystemen bedient sich der Alkoholabhängige zu einem Zeitpunkt, um abstinent zu bleiben?
4. Welches sind die Unterschiede für Männer und Frauen im Bezug auf die Unterstützung, die sie sich suchen?

Vorannahmen zur Interviewsituation

Wie auch in Flick (2011, S. 73) beschrieben ist, soll hiermit darauf hingewiesen werden, dass zur Durchführung der qualitativen Forschung „theoretische Literatur zum Untersuchungsgegenstand, Veröffentlichungen zum Stand der Forschung, methodische Literatur zur Umsetzung qualitativer Forschung und insbesondere der gewählten Methode sowie theoretische Literatur und empirische Ergebnisse, um die eigenen Resultate zu kontextualisieren, zu vergleichen und zu generalisieren“, herangezogen wurde.

Die Rolle des Forschers (= Gruppendiskussionsleiter) hat in der qualitativen Forschung eine besondere Bedeutung. Der Forscher und die Diskussionsteilnehmer stehen in einer wechselseitigen Beziehung, auch wenn diese nicht expliziert wird. Somit nimmt der Forscher immer Einfluss auf die Teilnehmer und muss dies in seiner Auswertung der Daten berücksichtigen und einbeziehen. Der Diskussionsleiter fungiert vorrangig als stiller Beobachter und soll die Teilnehmer offen und frei über das Thema reflektieren und berichten lassen. Er greift nur ein, wenn sich vom thematischen Inhalt zu weit entfernt wird. Er macht sich Notizen zum non-verbalen Geschehen, welches vor, während und nach Abschluss der

Diskussionsrunde zum Ausdruck zwischen den Teilnehmern kommt. (Flick 2011, S. 543 f; Kühn & Koschel 2010, S. 139 ff)

Auswahl der Teilnehmer

Die Teilnehmer sollen einer natürlichen Gruppe entspringen, einer sogenannte Realgruppe, da bei dieser „von einer gemeinsamen Interaktionsgeschichte in Hinblick auf den gemeinsamen Diskussionsgegenstand und damit von schon entwickelten Formen gemeinsamen Handelns und ihnen zugrunde liegender Bedeutungsmuster aus[zu]gehen“ ist (Flick 2011, S. 252). Weiterhin soll die Gruppe homogen sein. Die Homogenität bezieht sich auf die Alkoholabhängigkeit, welche primäres Kriterium für die Diskussionsrunde angesichts der kollektiv geteilten Erfahrungsbasis darstellt.

Die Auswahl der Teilnehmer erfolgt schrittweise nach dem Prinzip des theoretischen Samplings. Hierbei geht es „weder darum, die Repräsentativität der Stichprobe durch Zufallsauswahl ihrer Mitglieder zu gewährleisten, noch um ihre geschichtete Zusammensetzung. Vielmehr werden Personen, Gruppen etc. nach ihrem [zu erwartenden] Gehalt an Neuem für die zu entwickelnde Theorie aufgrund des bisherigen Standes der Theorieentwicklung in die Untersuchung einbezogen.“ (Flick 2011, S. 159)

Eine Selbsthilfeeinrichtung für Suchtkranke aus Nürnberg wird für das theoretische Sampling als zielführend erachtet, da sich dort sowohl Menschen mit verschiedenen Suchterkrankungen als auch Co-Abhängige regelmäßig treffen. Bei dieser Gruppe von Menschen ist davon auszugehen, dass sie sich in einem Stadium ihrer Erkrankung befinden, in dem sie bereits Erfahrungen im Umgang mit ihrer Suchterkrankung gesammelt haben und sich bereitwillig austauschen können. Des Weiteren ist ein großer „Fundus an Wissen über die Erkrankung, über die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten und darüber, wie man sie am besten für sich nutzen kann“, zu erwarten (Schwoon 2008, S. 106).

In der Fachliteratur gibt es unterschiedliche Empfehlungen betreffend der Größe einer Gruppe. Kühn und Koschel (2011, S. 86) erklären, dass der Arbeitskreis für qualitative Forschung des Berufsverbands Deutscher Markt- und Sozialforscher als optimale Größe für eine Gruppendiskussion acht Teilnehmer empfiehlt, wohingegen Lamnek von einer idealen Gruppengröße von neun bis zwölf Teilnehmern ausgeht. Für diese Forschung soll sich auf sechs Teilnehmer beschränkt werden, da den einzelnen Teilnehmern dadurch mehr Raum gegeben wird, eigene individuelle Erfahrungen und Haltungen ausführlich darzulegen. Im

Vordergrund steht das Bemühen, eine konzentrierte und tiefgehende Diskussion sicherzustellen. (Kühn & Koschel 2011, S. 277)

Die Gruppenteilnehmer sollen geschlechtlich gemischt sein, um eventuelle Unterschiede herauszufiltern. Alle weiteren Kriterien bleiben unbenannt.

Gütekriterien

Die Gütekriterien für die qualitative Forschung sind im Vergleich zur empirisch-statistischen Forschung weniger greifbar und infolgedessen umstrittener. „Einigkeit herrscht (...) dahingehend, dass die an das naturwissenschaftliche Ideal angelehnten Kriterien der Objektivität, Validität und Reliabilität nicht in gleicher Form auf die interpretativen Verfahren angewandt werden können“ (Kühn & Koschel 2011, S. 184).

Mayring (2002, S. 144 ff) beschreibt sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung:

1. Verfahrensdokumentation
2. Argumentative Interpretationsabsicherung
3. Regelgeleitetheit
4. Nähe zum Gegenstand
5. Kommunikative Validierung
6. Triangulation

Nachfolgend wird anhand der von Mayring (2002, S. 144 ff) beschriebenen Gütekriterien dargelegt, wie diese in der Studie berücksichtigt werden.

Bei der Verfahrensdokumentation ist es wichtig, dass alles genau dokumentiert wird. Wie bereits im Abschnitt „Design“ beschrieben ist, wird vor der Forschungsdurchführung Literatur zum Vorverständnis, zu den Analyseinstrumenten, zur Durchführung und zur Auswertung der Datenerhebung recherchiert. Der Wissensstand, das Vorgehen und die Entscheidungen sind in den einzelnen Unterpunkten der Forschungsarbeit expliziert.

Die argumentative Interpretationsabsicherung spiegelt sich im Interpretationsteil wider. Die Interpretation ist argumentativ begründet und das Vorverständnis mit einbezogen. Das erarbeitete Vorverständnis findet sich in Teil II., theoretische Grundlagen, wieder. Trotz der Theoriegeleitetheit wird die Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand, als einer der wichtigsten Bestandteile qualitativer Forschung, stets im Auge behalten. Es wird darauf

geachtet, dass die Interpretation in sich schlüssig ist und Alternativdeutungen gesucht und überprüft werden.

Die Regelgeleitetheit zeigt sich im Abschnitt III., methodisches Vorgehen. Obwohl die Offenheit in der qualitativen Forschung bedeutend ist, muss sich der Forscher im Vorfeld auf sein Vorgehen systematisch festlegen, um den Analyseprozess professionell und entsprechend empirischer Forschungsstandards durchführen zu können. Modifizierungen sind möglich, müssen aber bei der Auswertung einbezogen werden.

Die Nähe zum Gegenstand, ein weiterer Leitgedanke der qualitativen Forschung, wird erreicht, indem das Forschungssetting in der für die Teilnehmer üblicherweise besuchten Einrichtung des Blauen Kreuz Nürnberg e.V. stattfindet. Die Diskussion wird innerhalb der üblichen Gruppenzeiten und mit den üblichen Gruppenmitgliedern durchgeführt. Die Thematik der Gruppendiskussion ist den Teilnehmern vertraut und könnte einer normalen Gruppensitzung entspringen.

Kommunikative Validierung findet durch die Gruppendiskussionsteilnehmer teilweise während der Diskussion statt, indem sie ihre Aussagen gegenseitig bestätigten oder kritisch hinterfragen. Auf weitere Dialoge zur Interpretationsabsicherung mit den Teilnehmern wird verzichtet.

Triangulation meint das Heranziehen verschiedener Datenquellen, Theorieansätze oder Methoden um die Forschungsergebnisse zu vergleichen. Dabei geht es nicht um die völlige Übereinstimmung, sondern vielmehr um den Vergleich verschiedener Perspektiven. So wird zu den Diskussionsergebnissen vorliegende Literatur (siehe Teil II.) zum Vergleich herangezogen.

Forschungsethik

Rechtsgrundlage für jeglichen Umgang mit Daten ist das Bundesdatenschutzgesetz. Gesondert wird in § 40 auf die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch Forschungseinrichtungen eingegangen (BDSG, 2014).

Flick (2011, S. 56 ff) beschreibt in seinem Kapitel über Ethik in der qualitativen Forschung, dass die Teilnehmer über die Forschung, deren Ziele und die Erwartungen des Forschers angemessen informiert werden sollen bevor sie ihre Einwilligung geben (siehe §4, BDSG). Es gilt darüber hinaus das Prinzip der Nicht-Schädigung der Teilnehmenden. Dies wird durch die

vertrauliche Behandlung der Daten und ihrer Anonymisierung gewährleistet. Helfferich (2011, S. 190 ff) nennt zusätzlich das Trennungs- und Löschgebot und die Verpflichtung des Forschers auf die Wahrung des Datengeheimnisses als grundsätzliche Bestandteile.

Auswertungsmethode

Während Flick (2011, S. 258) zur Auswertung von Gruppendiskussionen eine sequenzielle Analyse empfiehlt, stellt Mayring (2002, S. 103 ff) sieben verschiedene Auswertungsverfahren vor (z.B. gegenstandsbezogene Theorienbildung, qualitative Inhaltsanalyse, typologische Analyse, etc.). Mayring betont, dass die Auswahl von Untersuchungsplan und Techniken der Erhebung, Aufbereitung und Auswertung auf den Gegenstand und die Fragestellung der Untersuchung bezogen und nicht durch persönliche Vorlieben oder Schulendenken des Forschers vorwegbestimmt sein sollen. Er spricht sich für die Vielfalt der Methoden und die Gegenstandsbezogenheit aus.

Für die Auswertung der vorliegenden Forschungsarbeit wird ein kodiertes Verfahren, nämlich die qualitative Inhaltsanalyse, gewählt, da sie sich für die systematische, theoriegeleitete Bearbeitung von Textmaterial eignet. Eine explorative-interpretative Erschließung des Materials wird nicht angestrebt. Die qualitative Inhaltsanalyse analysiert sprachliches Material und Texte systematisch, indem sie das Material zergliedert und schrittweise bearbeitet. Sie entwickelt theoriegeleitet ein Kategoriensystem anhand des Materials, welches die Analyseaspekte festlegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen. Mayring (2002, S. 114 ff) unterscheidet drei voneinander unabhängige Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung.

Für diese Studie wird im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse eine inhaltliche Zusammenfassung als Technik angewandt. Bei der Zusammenfassung ist das Ziel der Analyse, das Material so auf die wesentlichen Inhalte zu reduzieren, dass trotz des Abstraktionsniveaus immer noch ein Abbild des Grundmaterials erhalten ist. (Mayring 2010, S. 65)

Mayring (2010, S. 68 ff) beschreibt den Ablauf einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse folgendermaßen in sieben Schritten, wobei Schritt zwei bis einschließlich fünf die vier Regeln der Zusammenfassung enthalten:

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten
2. Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen
3. Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus
4. Schritt: Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen
5. Schritt: Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau
6. Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
7. Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

3.2. Durchführung

Es wurde Kontakt zum Blauen Kreuz Nürnberg e.V. hergestellt, da diese Einrichtung bereits Erfahrungen mit Studenten der Evangelischen Hochschule Nürnberg hat. Das Einzugsgebiet dieser Einrichtung erstreckt sich über den gesamten Nürnberger Raum und betreut somit eine große Anzahl an suchtkranken Menschen und Co-Abhängigen, welche hier Hilfe suchen und das Angebot wahrnehmen.

Dem Blauen Kreuz Nürnberg e.V. wurde das Vorhaben, die Durchführung und der Zweck der Forschung zirka drei Monate vor geplanter Durchführung vorgestellt. Des Weiteren wurde über die Anonymität, Vertraulichkeit der Daten und das Trennungs- und Löschgebot aufgeklärt, bevor die Einrichtungsleitung schriftlich ihre Einwilligung zur Durchführung der Forschung gab. Die Teilnehmer der Selbsthilfegruppe wurden zirka zwei Monate vor der geplanten Durchführung durch den Einrichtungsleiter über die stattfindende Diskussionsrunde informiert.

Vor der Durchführung des Interviews wurde ein Interviewleitfaden (siehe Anhang E) entworfen, um eine grobe Struktur für die Gruppendiskussion zu haben. Dieser fungierte als Richtschnur und inhaltliche Orientierungshilfe für die Diskussion und für den Fall, dass die Teilnehmer beim Erzählen ins Stocken geraten. Es wurden die Schwerpunkte, welche es zu erforschen gilt, kurz zusammengefasst.

Die Gruppendiskussion fand am 15. Oktober 2014 in den Räumlichkeiten des Blauen Kreuz Nürnberg e.V. in Steinbühl statt. Diese Räumlichkeiten sind von der Organisation gemietet und werden zu den wöchentlichen Treffen der Selbsthilfegruppe genutzt. Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen ein zeitgleiches Stattfinden von drei Selbsthilfegruppen.

Die Diskussionsrunde wurde an einem Abend durchgeführt, an dem die Betroffenen üblicherweise ihre Treffen haben. Es wurde, nach kurzer Information, aus der großen Gruppe aller Besucher die Kleingruppe zur Gruppendiskussion unter der Prämisse der Freiwilligkeit und der zugrunde liegenden Alkoholerkrankung gewählt. Die anderen Anwesenden teilten sich auf ihre Gruppen auf. Es fanden sich sieben Teilnehmer für die Gruppendiskussion, welche zusammen mit dem Gruppendiskussionsleiter in einen separaten Raum gingen. Obwohl ursprünglich nur sechs Teilnehmer geplant waren, wurde der siebte Freiwillige willkommen geheißen. Es wurden Stühle im Kreis aufgestellt und in die Mitte ein Tisch für die Ablage der Aufnahmegeräte gestellt.

Im Anschluss erfolgte für die endgültig feststehenden Teilnehmer nochmals eine etwas umfangreichere Aufklärung über den Zweck der Studie, den Ablauf und den Umgang mit den gewonnen Daten (wie auch im Interviewleitfaden in Anhang E beschrieben), bevor sie die Einwilligungserklärung (siehe Anhang C) unterschrieben. Im Anschluss füllten sie einen Kurzfragebogen (siehe Anhang D) zur Erfassung der demographischen Daten aus. Um eine genaue und nachvollziehbare Analyse der Diskussion zu ermöglichen, wurden zwei Aufnahmegeräte (iPod touch und OLYMPUS Digital Voice Recorder VN-8600PC) auf dem in der Mitte platzierten Tisch gelegt und gestartet. Erst danach wurde mit der Diskussion begonnen. Es wurden zusätzliche Notizen durch den Gruppendiskussionsleiter zur Erfassung der Gestik, Mimik und nichtsprachlichen Vorgänge angefertigt.

Nach Durchführung der Diskussionsrunde fand die Transkription zur Aufbereitung der verbal aufgenommenen Daten statt. Es wurden folgende vereinfachte Transkriptionsregeln in Anlehnung an Mayring (2002, S. 89 ff) und Kuckartz u.a. (2007, S. 27 f) verwendet:

1. Es wurde wörtlich transkribiert, wobei die Übertragung in normales Schriftdeutsch erfolgte. Die Niederschrift ist ohne vorhandene Dialekte, jedoch ansonsten Wortgetreu.
2. Die Sprache und Interpunktion wurden leicht geglättet.
3. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf einen Gruppenteilnehmer zulassen, wurden anonymisiert.
4. Deutlich längere Pausen wurden durch Auslassungspunkte „...“ markiert.
5. Lautäußerungen, sowie Gestiken oder Mimiken des sprechenden Teilnehmers wurden in Klammern gesetzt.

6. Nicht verstandene Wörter wurden mit in Klammern gesetzten Auslassungspunkte gekennzeichnet „(...)“
7. Der Gruppendiskussionsleiter wurde mit „GL“, und die Gruppendiskussionsteilnehmer mit einem „T“ mit fortlaufender Nummerierung (T1 bis T7) gekennzeichnet.

Nach Beendigung der Transkription wurden die Daten von den Datenspeichern gelöscht. Die Einwilligungserklärungen werden getrennt von den anderen Forschungsunterlagen, wie z.B. den Kurzfragebögen, aufbewahrt.

Eine Woche nach Durchführung der Gruppendiskussion fand ein Reflexionsgespräch mit dem Leiter des Blauen Kreuz Nürnberg e.V. statt.

3.3. Ergebnisse

Allgemeines

Zunächst soll die Rolle des Forschers reflektiert werden, da diese aufgrund des wechselseitigen Prozesses während der Diskussionsrunde in unmittelbarem Zusammenhang zu den Ergebnissen steht. Die Rolle des Forschers sollte als Beobachter fungieren, wurde von der Gruppe jedoch als zentrales Element in den Raum gestellt. Die Teilnehmer hatten den Blick stets auf den Diskussionsleiter gerichtet und warteten meist auf ein zustimmendes Nicken oder ähnliches, bevor sie das Wort ergriffen. Die Teilnehmer berichteten reihum, sprich einer nach dem andern, von ihren Erfahrungen. Eine Diskussionsrunde, im Sinne von gegenseitigem Triggern und Austausch von Erfahrungen fand kaum statt. Erst gegen Ende der Runde kam es zu vermehrten Wortwechseln zwischen den Teilnehmern. Die Reflexion mit dem Einrichtungsleiter nach der Diskussion ergab, dass die Besucher der Selbsthilfegruppe üblicherweise durch einen Gruppenleiter gelenkte Gesprächsrunden führen. Sowohl das kann zum Teil für die Rigidität und Fixiertheit auf den Diskussionleiter während der Gruppendiskussion verantwortlich gemacht werden als auch die Fremdheit des Gruppendiskussionsleiters selbst. Desweiteren kann ein Informationsbias nicht ausgeschlossen werden, mit anderen Worten, die Teilnehmer versuchen das zu sagen, wovon sie glauben, das dem Forscher dienlich ist.

Demographische Daten

Die nachfolgende Tabelle (Tab. 2) zeigt die Übersicht der demographischen Daten der sieben Teilnehmer, welche an der Gruppendiskussion teilnahmen.

Tab. 2: Übersicht der demographischen Daten der Diskussionsteilnehmer

	Ge-schlecht	Alter	Familien-stand	Kinder	Her-kunft	Problem erkannt vor… Jahren	Derzeitige Tätigkeit
T1	W	39	Verheiratet	k. A.	D	10 Jahren	Studentin
T2	M	49	Partner	Ja	D	15 Jahren	Beamter
T3	M	63	Partner	k. A.	D	20 Jahren	Fahrer
T4	M	53	Partner	Nein	D	19 Jahren	Rentner
T5	M	68	Verheiratet	Ja	D	12 Jahren	Rentner
T6	W	55	Verheiratet	Nein	D	25 Jahren	Betriebswirtin
T7	W	61	Geschieden	k. A.	Rum.	5 Jahren	Sekretärin

Sprechzeit pro Teilnehmer

Die Gruppendiskussion dauerte insgesamt 1:04 Stunden. Die Sprechzeit, die jeder einzelne Teilnehmer zur Verfügung hatte, zeigt die nachstehende Graphik (Abb. 5), wobei die Zeit des Diskussionsleiters und der entstandenen Sprechpausen nicht enthalten sind. Während T1 und T2 am wenigsten Sprechzeit behaupten, beanspruchen T4 und T5 die meiste Zeit der Gruppendiskussion.

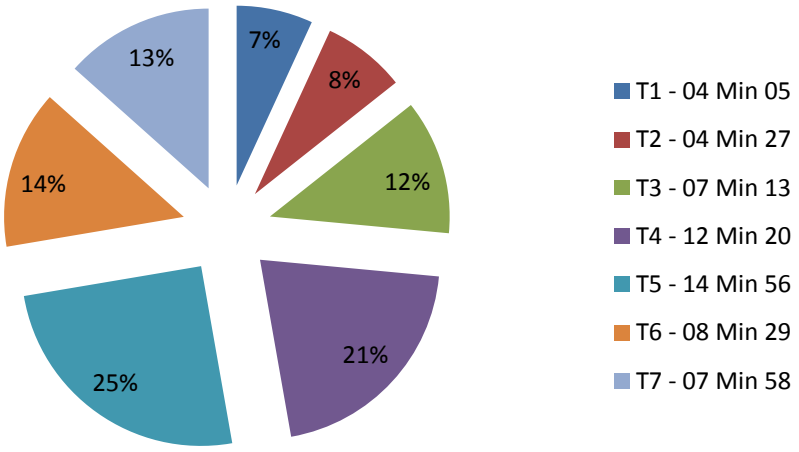

Abb. 5: Sprechzeit pro Teilnehmer in %

Sequenzielle Zusammenfassung

Das Transkript der Diskussionsrunde (Anhang F) wurde inhaltlich und thematisch in Sequenzen je Sprecher zusammengefasst und ist im nachfolgenden Text wiedergegeben:

Sequenz 1 (Z. 9-15): T1 ging zuerst ins Krankenhaus zur Entgiftung. Danach folgte die Suchtberatung der Caritas, welche sie an die Selbsthilfegruppe des Blauen Kreuz empfahl. Seither ist sie dort. T1 hatte auch schon viele andere Selbsthilfegruppen vorher ausprobiert, war aber nirgends geblieben.

Sequenz 2 (Z. 19-25): T2 ging über den Hausarzt zur stationären Entgiftung. Dann folgte die Suchtberatungsstelle der Stadtmission, welche anschließend die Therapie in einer Fachklinik (Friedrichsdorf, Saulus Klinik) organisiert hatte. Nach der Therapie war T2 wieder bei der Stadtmission und zeitgleich beim Psychologen. Der Psychologe hat T2 zur Selbsthilfegruppe des Blauen Kreuz überzeugen können.

Sequenz 3 (Z. 29-31): T2 vermerkt, dass er trotz des anfänglichen Widerwillen in eine Selbsthilfegruppe zu gehen froh ist bei einer zu sein, da er dadurch wieder zur Musik gefunden hat, was ihm heute ein Anker in seiner Abstinenz ist und ihn sinnvoll beschäftigt.

Sequenz 4 (Z. 35-62): Der zweimalige Führerscheinverlust und das Nicht-Bestehen der MPU führten dazu, dass T3, über Literatur, sich seines Alkoholproblems bewusst wurde. Daraufhin wurde er aktiv und landete durch Zufallsauswahl aus dem Telefonbuch beim Blauen Kreuz. T3 schaffte es alleine trocken zu werden, ohne Therapie.

Sequenz 5 (Z. 63-67): T3 hat sich der Musikgruppe und der Wandergruppe des Blauen Kreuz angeschlossen, da ihm das einen Sinn im Leben gibt.

Sequenz 6 (Z. 69-77): Bei T4 führte der Führerscheinentzug und gesundheitliche Gründe zum großen räumlichen Umzug und Arbeitsplatzwechsel. Er erkannte sein Alkoholproblem und wollte es zunächst selbst lösen.

Sequenz 7 (Z. 80-84): T4 fand den Weg zur Abstinenz über die Hausärztin. Er machte Entgiftung und ambulante Therapie, hatte mehrere stationäre Aufenthalte in psychosomatischen Kliniken und schloss sich schließlich der Selbsthilfegruppe des Blauen Kreuz an.

Sequenz 8 (Z. 86-93): T4 sieht die Ursache für das Trinken in einer frühen Traumatisierung.

Sequenz 9 (Z. 95-104): T4 nennt weitere Einrichtungen des Suchthilfesystems, die ihm einfallen: das Krisenzentrum, Bezirkskrankenhäuser, Entgiftungsstationen in Krankenhäusern, Hausärzte, Neurologen, Psychologen, die Münchner Insel bzw. in Nürnberg die Bahnhofsmission und die TelefonSeelsorge.

Sequenz 10 (Z. 117-124): Gründe für T5s Suchtentwicklung: Beruflicher Wechsel (mehr Verantwortung, Schichtdienst, Schlafentzug) und Scheidung. Er konnte infolgedessen nicht mehr abschalten.

Sequenz 11 (Z. 126-161): T5 ging zum Hausarzt, welcher ihn jedoch nicht als alkoholkrank einstufte. Dies tat er dann selbst. Daraufhin ging er freiwillig zum Blauen Kreuz, wo seine Frau bereits Hilfe als Angehörige erfuhr. Der Wille zur Abstinenz, klare und feste Regeln über ein suchtmittelfreies Umfeld und die ständige Selbstreflexion sind ihm eine große Hilfe.

Sequenz 12 (Z. 172-210): Bei T6 führte ein Zusammenbruch zur stationären Entgiftung durch Einweisung ihrer Neurologin. Danach ging sie zur Suchtberatung der Caritas, welche auch die stationäre Entwöhnung in die Wege leitete. Im Anschluss an die Entwöhnung gab es noch weiterführende Gespräche bei der Caritas, bevor sie schließlich zum Blauen Kreuz hinzukam, was ihr heute immer noch sehr hilft. Es folgte insgesamt eine Neugestaltung des Lebens, z.B. durch Sport und andere Ablenkung.

Sequenz 13 (Z. 211-259): T7 kam über einen Zusammenbruch am Arbeitsplatz zur stationären Entgiftung durch Einweisung des Notarztes. Sie ging nach der stationären Entgiftung zum Neurologen und zur Suchtberatungsstelle, über welche sie zum Blauen Kreuz kam.

Sequenz 14 (Z. 260-287): T7 nennt als Auslöser für die Suchterkrankung die Trennung vom Mann und Überforderung. Sie sagt, ihre Mutter hat sie „aufgefangen“. Heute helfen ihr die Kirche, der Wanderkreis und die Gruppe um abstinent zu bleiben. Sie hat wieder andere Dinge im Leben gefunden, die ihr Freude bereiten.

Sequenz 15 (Z. 292-304): T1 bleibt abstinent, indem sie auslösende Faktoren oder Situationen, in denen sie rückfällig werden könnte, vermeidet, und dadurch, dass sie sich wieder ein Leben aufgebaut hat wofür es sich lohnt trocken zu bleiben. Die Angst zu sterben motivierte T1 überhaupt, um abstinent zu werden.

Sequenz 16 (Z. 305-323): T4 findet Stabilität beim regelmäßigen Besuch der Gruppe. Ebenso in dem Wissen, dass er sich frühzeitig Hilfe holen kann, wenn er es nicht alleine schafft, und dem Wissen, dass der Alkohol keine Probleme löst. Die vielen positiven Erlebnisse der letzten Jahre und das Gefühl, ein Teil der Gesellschaft zu sein, geben ihm Halt.

Sequenz 17 (324-335): T6 stärkt seinen Abstinenzwunsch, indem sie sich daran erinnert wie es ihr ging, als sie noch trank. Das möchte sie nie mehr erleben. Die gesundheitliche Schädigung und die Angst sterben zu können half auch ihr trocken zu werden.

Sequenz 18 (Z. 336-339): T1 hilft auch die Erinnerung an ihre schlimme Trinkzeit, und dass sie das nie mehr erleben möchte.

Sequenz 19 (Z. 340-354): T2 tut es gut, dass er viele Außenstehende hat, die wissen, dass er trockener Alkoholiker ist und somit ein Auge auf ihn haben, z.B. seine Arbeitskollegen, die Gruppe, die Band, sein Arzt.

Sequenz 20 (Z. 364-419): T3 hilft die mit negativen Gefühlen besetzte Erinnerung nichts mehr zu Trinken und wird durch die positiven Erinnerungen, was alles besser geworden ist seit seiner Abstinenz, posititiv verstärkt. Wichtig für ihn war, aus eigener Motivation mit dem Trinken aufzuhören und nicht auf Forderung anderer. Der Tod anderer Alkoholiker aus seinem Bekanntenkreis ist auch Motivation für ihn.

Sequenz 21 (Z. 429-446): T4 merkt, dass er sich ohne Alkohol wieder für andere Dinge interessieren kann, die ihm Sinn geben, z.B. die Natur entdecken.

Sequenz 22 (Z. 447-460): T6 beschreibt das positive Gefühl als Halt gebend, und dass sie wieder Menschen und andere Dinge wahrnehmen und sich daran erfreuen kann.

Sequenz 23 (Z. 463-464): T3 bekam wieder Gefühl für andere Menschen in seiner Umwelt.

Sequenz 24 (Z. 465-485): T1 gibt die Gruppe Halt beim Abstinenzwunsch ebenso wie das suchtmittelfreie Umfeld der Musik- und Wandergruppe. Ein weiterer wichtiger Faktor ist für sie, dass sie ihrem Umfeld erzählt, dass sie trockener Alkoholiker ist.

Sequenz 25 (Z. 491-566): T5 konnte sein Umfeld ebenfalls nicht mehr wahrnehmen. Er gibt an, dass er aufgrund des vielen Stresses getrunken hatte. Die jetzige Ehefrau und der Sohn waren ihm eine große Hilfe im Abstinent bleiben ebenso wie eine klare Struktur und Regeln

über ein suchtmittelfreies Leben und Umfeld. Sein Leidensdruck motivierte ihn zum Trocken werden.

Sequenz 26 (Z. 567-583): T4 hilft es suchtdruckfördernde Situationen zu vermeiden.

Sequenz 27 (Z. 589-595): T4 nennt als abstinenzfördernde Institutionen den Arzt, die stationäre Entgiftung, Selbsthilfeorganisationen, die Langzeittherapie, psychosomatische Kliniken und den Krisendienst.

Sequenz 28 (Z. 596-598): T7 erachtet die Selbsterkenntnis als ersten wichtigen Schritt zur Abstinenz.

Sequenz 29 (Z. 599-605): T3 stimmt der Selbsterkenntnis zu.

Sequenz 30 (Z. 609-634): T5 würde einem anderen Hilfesuchenden den Arzt als erste Anlaufstelle empfehlen, welcher dann über die weitere Behandlung wie z.B. Entgiftung oder Therapie entscheiden kann. Er betont auch, dass die Selbsterkenntnis das Wichtigste ist. Er würde auch eine Suchtberatungsstelle empfehlen.

Sequenz 31 (Z. 635-662): T6 fand die Suchtberatungsstelle als erste Anlaufstelle sehr hilfreich, welche ihr riet, sich bei Suchtdruck abzulenken. Die weiterführende Therapie war hilfreich und notwendig in ihren Augen.

Sequenz 32 (Z. 663-678): T2 hält die Suchtberatungsstellen für gute Anlaufstellen und Einstieg in das Suchthilfesystem. Ein Hausarzt, der sich etwas mit Sucht auskennt, ist zu empfehlen.

Sequenz 33 (Z. 683-691): T6 erklärt die Situation der Nürnberger Tagesklinik, welche sie gern in Anspruch genommen hätte.

Sequenz 34 (Z. 692-696): T5 berichtet, dass er bei der Vorstellung der Suchtberatungsgruppe des Blauen Kreuz in der Tagesklinik feststellte, dass viele Patienten bereits an eine Gruppe angegliedert waren.

Sequenz 35 (Z. 706-712): T1 findet Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen als unumgänglich um Abstinent zu werden bzw. zu bleiben, neben der Arbeit an und mit sich selbst. Psychologische Betreuung ist auch eine Möglichkeit.

Sequenz 36 (Z. 713-718): T2 erachtet das Hinzuziehen eines Psychologen als sinnvoll, besonders wenn suchtauslösende Faktoren, wie Kindheitstraumabewältigung, im Raum stehen.

Sequenz 37 (Z. 719-729): T4 empfindet die Beratung, besonders unter seinesgleichen, zum Einstieg als wichtig, da dies authentischer oder motivierender ist für einen Hilfesuchenden. Dies kann sowohl privat als auch in Suchtberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen stattfinden.

Kategorienbildung

Aus den einzelnen Sequenzen erfolgt die Kategorienbildung. Zunächst werden wichtige Oberbegriffe, die im Zusammenhang mit dem Suchthilfesystem oder für die Sucht typische Themen stehen, herausgefiltert. Diese finden sich ebenso immer wiederkehrend in verschiedenster Suchtliteratur. Aufgrund der Vielzahl der genannten Begriffe, wird festgelegt, dass diese als Unterkategorien fungieren sollen. Die Unterkategorien werden thematisch nochmals gebündelt. Somit ergeben sich drei große Themenschwerpunkte, welche die Oberkategorien bilden:

- die Gründe bzw. Auslöser der Suchterkrankung: hier als „Auslöser/Gründe für die Sucht“ (Tab. 3) betitelt,
- das unserer Gesellschaft bekannte Versorgungssystem der Suchtkrankenhilfe: hier unter dem Oberbegriff „Institutionen“ (Tab. 4) zusammengefasst und
- die Motivatoren und unterstützenden Faktoren des Umfelds, um abstinent zu werden und zu bleiben: hier benannt mit „Motivation für Abstinenz“ (Tab. 5).

Es erfolgt eine Rücküberprüfung der Kategorien am Ausgangsmaterial, welche eine zufriedenstellende Übereinstimmung ergibt.

Die Ergebnisse der Kategorienbildung sind in den nachfolgenden drei Tabellen dargestellt. Die Zahlen in den Tabellen beziehen sich auf die Zeilenangaben aus dem Transkript (siehe Anhang F), in welcher die jeweils genannte Unterkategorie wiederzufinden ist.

Tab. 3: Kategorie "Auslöser / Gründe für die Sucht“

Kategorie	Teilnehmer						
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Auslöser / Gründe für die Sucht							
frühe Traumatisierung		715		87			
Umfeldwechsel					117, 119		272
Stress					119, 512		264

Tab. 4: Kategorie „Institutionen“

Kategorie	Teilnehmer						
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Institutionen							
Hausarzt, Notarzt		19, 671		80, 99, 590	126, 610		219
Krankenhaus	9			84, 96, 591, 594			219
Stationäre Entgiftung	10	19		83, 97, 590	613	176	234
Stationäre Entwöhnung		21		593	613	178, 662	
Ambulante Therapie				82	693	684	
Psychologe	711	23, 714, 719		99		199	
Facharzt				99		174	235, 253
Sucht-beratungsstelle	11, 707	20, 664, 679		727	619	177, 184-185, 637	253
Selbst-hilfegruppe, -organisation	13, 708	25	47	81, 592, 727	131, 135	200, 202	254, 255-256
Münchner Insel				101			
Bahnhofsmission				102			
TelefonSeelsorge				104			
Krisendienst				95, 595			

Tab. 5: Kategorie "Motivation für Abstinenz"

Kategorie	Teilnehmer						
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Motivation für Abstinenz							
Selbst (-erkenntnis)	710	674	42, 46, 58, 368-369, 379, 605	72, 73, 446	128, 153, 541-542, 610, 632, 635	330-331, 334-335	599, 232
Motivation abstinent zu werden	302		35	69, 70, 721	533	325, 327	
Negative Erinnerung an Trinkzeit	336		364			324	
Selbsthilfegruppe	465	29, 352	62-63	305	155- 156	208-210	260-262, 287
Leben neu aufgebaut, strukturiert	299			71, 317, 322		187-189	
Musikgruppe	475	30, 353	63				
Wandergruppe	477		66				284
Sportliche Aktivität						192	
Kirche							285
Familie					507-508, 523-524		273-274
Wissen, Leben ohne Alkohol ist besser; Hilfe annehmen			367, 373-375, 399, 412, 463-464	312, 315, 317, 433-434, 445	491, 505, 506-507, 514, 532, 548, 562	451, 455, 459	286
Mitwisser (Arbeitgeber, Freunde,...)	483	346, 352-353			551-552		
feste Regeln & Struktur, Trigger vermeiden, ablenken	295, 476			311, 583-584	139, 153, 159, 161, 528-529, 555, 559, 565, 567	640, 647	

3.4. Interpretation

Die Leitfrage dieser Studie beschäftigt sich damit herauszufinden, auf welche Institutionen, aus Sicht eines anthropologischen Gesundheitssystems, der Alkoholabhängige zur Förderung seiner Abstinenz zurückgreift.

Die unter 3.3. genannten Ergebnisse können nun mit dem von Kleinman beschriebenen Sektorenmodell verknüpft werden, um die einzelnen Unterfragen zu beantworten.

Auf die Frage, welche unterschiedlichen Institutionen und Hilfssysteme von dem Suchtkranken in den verschiedenen Phasen der Suchterkrankung wahrgenommen werden, lässt sich zusammenfassend sagen, dass nur der Sektor der professionell ausgebildeten Hilfe (professional sector) und der Sektor der Laienhilfe (popular sector) in Anspruch genommen wird. Die folgende Abbildung (Abb. 6) gibt einen Überblick über die Ergebnisse aus der Gruppendiskussion. Für den „folk sector“ typische Inhalte werden nicht genannt, was eventuell darauf zurückzuführen ist, dass diese unserer Kultur nicht geläufig oder akzeptiert sind.

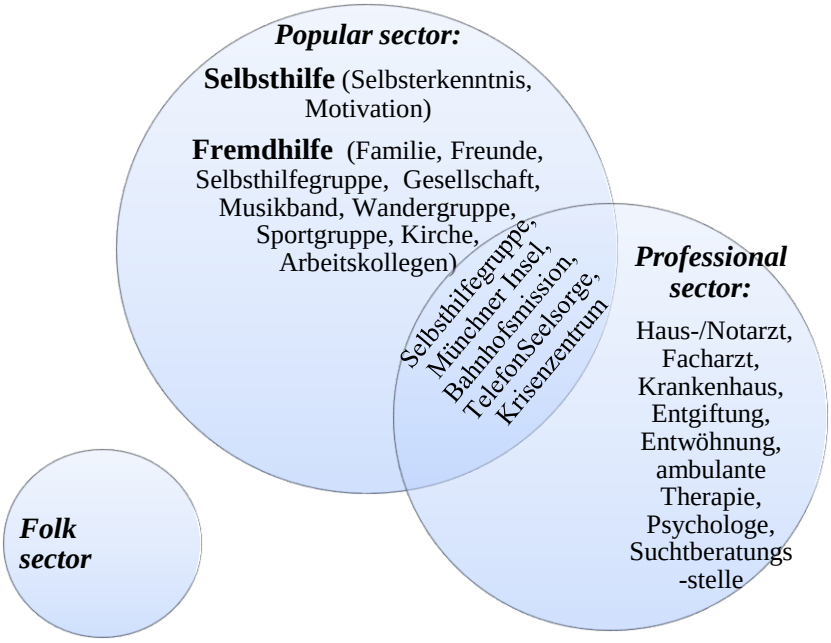

Abb. 6: Sektorenmodell der Suchthilfe

Insgesamt auffällig ist, dass die Teilnehmer Institutionen des „professional sector“ ohne jede Mühe benennen können. Der „professional sector“ wird als helfende Stütze in Akut- und Krisensituationen bezeichnet. Der Suchtkranke erfährt an den genannten Anlaufstellen die

professionelle Unterstützung, die ihm dabei hilft, *abstinent zu werden*. Beim benennen expliziter Hilfsstrukturen, um nachhaltig *abstinent zu bleiben*, tun sich die Gruppenteilnehmer schwer, umschreiben sie jedoch.

Die von den Diskussionsteilnehmern benannten Institutionen des Suchthilfesystems, welche dem von Kleinman beschriebenen „professional sector“ direkt zugeordnet werden können, sind: der Hausarzt oder Notarzt, der Facharzt (entweder Psychiater oder Neurologe), der Psychologe, Krankenhäuser, die stationäre Entgiftung, die stationäre und ambulante Entwöhnungstherapie und die Suchtberatungsstellen. Diese basieren größtenteils auf ihren eigenen Berührungspunkten mit dem Leben. Es gibt natürlich noch weitere, welche der Literatur entnommen werden können. Da diese jedoch nicht genannt werden, liegt die Vermutung nahe, dass sie auch nicht zu den vorrangig Genutzten des Suchthilfesystems gehören.

Vergleicht man die vorliegenden Ergebnisse mit der Suchtliteratur, so stellen auch Schwoon (2008, S. 88 f) und Hesse (1992, S. 142 ff) fest, dass sowohl der Hausarzt als auch die Suchtberatungsstellen, wichtiger Bestandteil und Eingang in das Suchthilfesystem sind. Die Gruppenteilnehmer spiegeln dies ebenso in ihren Aussagen wider:

> *„(...) über meine Hausärztin (...), den Weg zum Blauen Kreuz (...)“* T4 (Z. 80-81)
>
> *„(...) ich würde sagen „gehe einmal zu deinem Arzt...“* T5 (Z. 608-609)
>
> *„Von daher finde ich den Einstieg über die Suchtberatung irgendwo... auch gut.“* T2 (Z. 677-678)
>
> *„(...) aber wenn einem der Arzt das einem dreimal sagt (...), dann glaubt man es vielleicht ein bisschen eher.“* T2 (Z. 673-675)
>
> *„(...), ich denke auch, dass diese Suchtberatungsstellen die erste Anlaufstelle sein könnten, oder sollten.“* T1 (Z. 706-707)

Von den Diskutierenden benannte Institutionen, die sowohl dem „professional sector“ als auch dem „popular sector“ zugeordnet werden können, je nach Angebot und personeller Ausprägung, sind: die Münchner Insel, die Bahnhofsmission, die TelefonSeelsorge und der Krisendienst Mittelfranken (in der Gruppendiskussion als Krisenzentrum benannt). Diese semiprofessionellen Anlaufstellen können als Ein- und Übergang in das professionelle Suchtkrankenhilfesystem dienen. Aus dem Bereich des „popular sector“ betrachtet, bieten sie

Beratung, an die sich der Suchtkranke mit jeglichen Problematiken hinwenden kann, psychische Unterstützung erfährt und gegebenenfalls direkte Hilfestellung bei der Weiterleitung an entsprechende Stellen bekommt.

Eine grundlegende Überlegung, die sich in der Frage „In welchem Sektor findet der Suchtkranke vorrangig die stützende Struktur, wenn er nicht in der Akutphase ist?“, widerspiegelt, kann anhand des „popular sector“ beantwortet werden. Entgegen der Schwierigkeiten der expliziten Benennung während der Diskussionsrunde wird deutlich, dass dieser Sektor einen großen Raum in Anspruch nimmt. Wie auch Kleinman (1980, S. 50) postuliert, ist der „popular sector“ größer und bedeutender in der Behandlung Kranker als die restlichen Sektoren. Die Beschreibungen der Teilnehmer, die dem „popular sector“ zugeordnet werden können, lassen sich zunächst einmal in die Selbsthilfe und Fremdhilfe untergliedern (eine Übersicht über die Ergebnisse gibt Abb. 7).

Zur Fremdhilfe lassen sich die Familie, die Selbsthilfegruppe, die Arbeitskollegen, die Wandergruppe, die Musikband, die Freunde, die Sportgruppe, die Gesellschaft und die Kirche zuordnen. Die Unterstützung, die diese Institutionen leisten, werden unterschiedlich wahrgenommen: vorrangig als Beschäftigungs- oder Sinngebend.

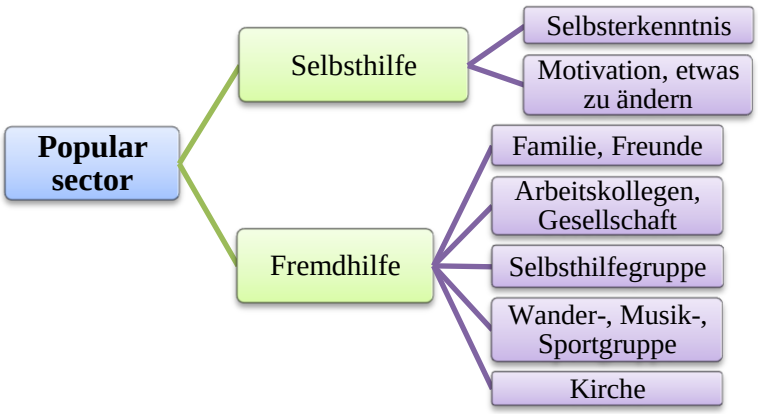

Abb. 7: Popular sector des Suchthilfesystems

Menschen, bzw. das soziale Umfeld im Allgemeinen (egal ob Familie, Wander- oder Musikgruppe) sind also ein essentieller Bestandteil bei der Verfolgung des Abstinenzwunsches. Sowohl Becker u.a. (1986) als auch Walters (2000) machen für die Aufrechterhaltung der Abstinenz unter anderem die soziale Unterstützung und einen suchtmittelfreien Freundeskreis verantwortlich.

„*(...) hier..., in der Gruppe (...) das liegt auch an den Leuten natürlich, an gewissen... netten Menschen (...)*“ T6 (Z. 208-209)

„*(...) da stehe ich also heute (...) doch (...) ein bisschen mehr in der Gesellschaft.*“ T4 (Z. 321-322)

„*(...) nicht bloß die Gruppe, ich habe nicht bloß den Arzt, ich habe auch den Kollegenkreis..., oder meine Band zum Beispiel*.“ T2 (Z. 352-353)

Eine von jedem Teilnehmer genannte Institution des „popular sector“ ist die Selbsthilfegruppe.

„*(...) ich fühle mich hier wohl. Es sind (...) liebe Menschen (...) das tut mir gut*.“ T7 (Z. 260-261)

„*(...) das Blaue Kreuz ist (...) wirklich das Wahre*.“ T6 (Z. 200)

„(...) *was mich stabilisiert (...), dass ich (...) regelmäßig (...) zur Gruppe gehe.*“ T4 (Z. 305)

„*Also, ich hatte zuerst bloß die Gruppe als Halt.*“ T1 (Z. 465)

„*(...) die hat mir gereicht (...), die Anlaufstelle, das Blaue Kreuz.*“ T3 (Z. 61-62)

Die Selbsthilfegruppe wird als ein effektiver, wichtiger, stützender Punkt für den Wunsch nach Abstinenz beschrieben, und dies kann auch in Küfners Studie 1988 belegt werden.

Ein Vergleich zu Nicht-Besuchern einer Selbsthilfegruppe konnte in diesem Rahmen nicht durchgeführt werden. Es soll hier kritisch angemerkt werden, dass die Teilnehmer aufgrund ihrer Besuche bei der Selbsthilfegruppe zum Interview ausgesucht wurden, was eine gewisse Voreingenommenheit (Selektionsbias) nicht ausschließen lässt.

Die Selbsthilfe wird in der Gruppendiskussion meist in Form von Motivatoren beschrieben wie z.B. Erinnerung an negative oder positive Gefühle, Festhalten an ein neu aufgebautes Leben,... und wird durch gezielte Maßnahmen wie Trigger vermeiden, Bereitschaft Hilfe anzunehmen, feste Regeln und Strukturen umgesetzt. Das Wichtigste und Grundlegende einer jeden Suchtbehandlung ist jedoch die Selbsterkenntnis, dass man alkoholkrank ist und der Wille bzw. die Motivation, dies zu ändern.

„*(...) ich habe ein Problem mit dem Alkohol.*“ T4 (Z. 72)

„*(...) ich werde nie mehr so tief sinken.*“ T7 (Z. 232)

„*(...) man muss auch an sich arbeiten.*“ T1 (Z. 709)

Als entscheidungsträchtige Motivatoren, überhaupt mit dem Trinken aufzuhören, werden gesundheitliche Schädigung, Angst vor dem Tod, Leidensdruck oder auch das Wiedererlangen des Führerscheins genannt. So beschreibt auch Walters (2000), dass gesundheitliche Probleme, Druck von Freunden und Familie, sowie außerordentliche Ereignisse ausschlaggebend sind für den Beginn der Spontanremission.

„*(...) ich will auch meinen Führerschein wieder haben.*“ T4 (Z. 72-73)

„*(...) sterben wollte ich doch nicht.*“ T1 (Z. 303)

Alle Teilnehmer beschreiben einen wahrnehmbaren, und vor allem positiven Unterschied von der Zeit der Abhängigkeit bzw. des Missbrauchs zu der Zeit der Abstinenz. Dies kann auch, wie bei Vaillant (1989, S. 42 ff) beschrieben wird, auf die Erinnerung an die Wichtigkeit der Abstinenz deuten. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Strategie des Einzelnen nur dazu dient um sich abzulenken oder dem Leben einen neuen Sinn zu geben. Die wieder erlangte Freude und das erneute Wahrnehmen der Umwelt werden als auffallend positiv beschrieben:

„*(...) dieses entdecken (...) der Natur (...) ist für mich (...) ein Ansporn trocken... zu bleiben.*“ T4 (Z. 438-440)

„*(...) ich beobachte (...) und freue mich am Leben. Und das (...) war mir durch den Alkohol (...) total verloren gegangen.*“ T6 (Z. 548-460)

„*(...) kann mich wieder erfreuen (...) an Kleinigkeiten (...)*“ T7 (Z. 286)

Wie bereits erwähnt, haben die Diskussionsteilnehmer Schwierigkeiten, explizit Hilfsstrukturen der Laienhilfe zu benennen, obwohl sie diese deutlich umschreiben und auch nutzen. Die Hilfe von anderen wird als solche meist nicht wahrgenommen. Eine Aussage auf die Frage der GL, ob es die Familie sei, die ihm Halt gibt, macht dies deutlich:

„*Nein, nein, das bin schon ich selber*.“ T3 (Z. 380)

Eine Erklärung dafür kann sein, dass das Bewusstsein fehlt, dass Hilfe auch aus dem „popular sector“ kommen kann. Diese Hilfe wird eventuell nicht als solche wahrgenommen bzw. als

selbstverständlich erachtet, oder in bestimmten Phasen der Erkrankung kann diese weder gesehen noch angenommen werden. Einige Aussagen sprechen für diesen Schluss:

„*Was will die? Die soll mich in Ruhe lassen damit.*“ T6 (Z. 449-450)

„*Im Nachhinein weiß ich jetzt (...), dass ich mein Umfeld nicht wahrgenommen habe.*“ T5 (Z. 489-491)

Eine weitere Erklärung kann darin liegen, dass in Deutschland die Hilfemaßnahmen zur Gesundheitsversorgung im Allgemeinen im professionellen Bereich anzusiedeln sind. Das System der Laienhilfe wird, wenn häufig auch unbewusst, ausgiebig genutzt und in seiner tatsächlichen Wirkung unterschätzt. Das geht daraus hervor, dass einige Teilnehmer im Zusammenhang mit ihrer Suchtgeschichte von Stützen aus dem „popular sector“ berichten, diese aber nicht auf gezieltes Fragen betiteln:

„*(...) meine Mutter (...) hat mich dann aufgefangen (...)*“ T7 (Z. 273-274)

„*(...) hab ich meine jetzige Frau kennengelernt (...) war mir auch eine große Hilfe (...).*“ T5 (Z. 507-508)

Die Frage „An wie vielen Hilfsmechanismen bzw. Hilfesystemen bedient sich der Suchtkranke zu einem Zeitpunkt um abstinent zu bleiben?“, kann anhand der Ergebnisse der Gruppendiskussion nicht direkt beantwortet werden. Es lässt sich jedoch aus einzelnen Passagen schließen, dass häufig mehr als nur eine Hilfe zu einer Zeit in Anspruch genommen wird:

„*(...) gleichzeitig hab ich dann begonnen beim Psychologen...*“ T2 (Z. 23)

„*(...) das Blaue Kreuz (...) und durch das (...) wir haben ja dann eine Musikgruppe gegründet (...) Wandergruppe haben wir gegründet.*“ T3 (Z. 62-66)

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern können in dieser Gruppe ebenso wenig herausgefiltert, und die Frage diesbezüglich beantwortet werden. Die Erfahrungsberichte sind weitgehend deckungsgleich. Bemerkenswert ist, dass zwei der männlichen Teilnehmer, aus eigener Motivation heraus, den Weg in die Abstinenz ohne Therapie geschafft haben. Ob das auf das Geschlecht zurückzuführen ist oder die Persönlichkeit selbst, bleibt offen.

Zusammenfassend soll die nachfolgende Darstellung (Abb. 8) einen möglichen Verlauf zeigen, wie der Alkoholabhängige aus seiner Sucht herauskommen kann. Dabei wird Bezug

auf das Gesundheitssystem, im Sinne Kleinmans, genommen. Die Darstellung empfindet die Aussagen der Diskussionsteilnehmer nach. Es wird deutlich, dass beim nachhaltigen Verfolgen des Abstinenzwunsches, der „popular sector“ der am häufigste Frequentierte ist.

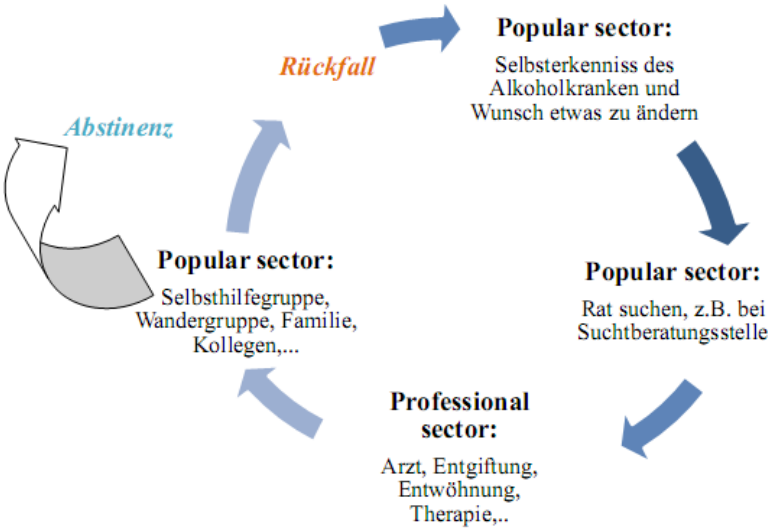

Abb. 8: Gesundheitsorientierte Verhaltensangewohnheiten eines Alkoholkranken beim Abstinenzwunsch

Als Gründe oder Auslöser für die Suchterkrankung, auch wenn nicht danach gefragt wurde, nennen die Teilnehmer eine frühe Traumatisierung, einen Wechsel im Umfeld (wie z.B. Scheidung, beruflicher Wechsel) und Stressbelastung. Diese sind, nach Kleinman, sogenannte Erklärungsmodelle, die den Teilnehmern dazu dienen, ihre Suchterkrankung zu erklären. Das zeigt einmal mehr, dass dieses Modell des Gesundheitssystems durchaus auf unsere Kultur und auch auf die Suchterkrankung anwendbar und ausdehnbar ist.

IV. Zusammenfassung und Ausblick

In dieser Arbeit wurde aufgezeigt, auf welche Institutionen aus Sicht eines anthropologischen Gesundheitssystemmodells, der Alkoholabhängige zurückgreift, um nachhaltig seinen Abstinenzwunsch unterstützen zu können.

Aus der durchgeführten Gruppendiskussion geht hervor, dass der alkoholkranke Mensch sich besonders in Akut- und Krisensituationen dem Sektor der professionellen Hilfe zuwendet. Dieser Teil unseres Gesundheitssystems ist dem Suchtkranken vertraut, und er kann ohne Mühe die für diesen Sektor wichtigsten Institutionen benennen.

Da die Krisenintervention oder Akutbehandlung jedoch nur einen geringen Teil der gesamten Suchtbehandlung ausmacht, stellt sich die Frage, was dem Kranken danach dauerhaft helfen kann. Die Teilnehmer können Institutionen des Laiensektors nicht explizit benennen, umschreiben sie jedoch treffend. Es lässt sich aus der Diskussionsrunde ableiten, dass die Laienhilfe ein nachhaltig stützender Faktor zur Verfolgung des Abstinenzwunsches des Betroffenen darstellt, und er auch ausgiebig auf diesen zurückgreift. Somit kann diesem Sektor mit seinen Institutionen eine viel bedeutendere und größere Rolle zugeschrieben werden. Die laienhafte Selbst- und Fremdhilfe sind zentrale Elemente, obwohl sie vom Süchtigen selbst nicht als Hilfsinstitution wahrgenommen und eher unbewusst genutzt werden.

Des Weiteren kann festgestellt werden, dass die verschiedenen Hilfssektoren sowohl überlappend als auch im Wechsel genutzt werden. Vermehrt und vorrangig genutzt wird jedoch der „popular sector“.

Insgesamt sind das soziale Umfeld und die Beziehungen wichtige und anerkannte Faktoren in der erfolgreichen Suchtbehandlung, aber es scheint kaum eine aktive Einbeziehung dieser Aspektes in langfristig unterstützende Maßnahmen zu geben, wie zum Beispiel gezielte und aktive Angebote.

Die Wichtigkeit des Laiensektors spiegelt sich selbst schon darin wider, dass es Alkoholkranke gibt, die den Weg aus der Sucht ohne die Inanspruchnahme jeglicher Institutionen des professionellen Hilfesystems schaffen. Es ist jedoch nicht zu vernachlässigen, dass auch diese Menschen entweder Selbst- und/oder Fremdhilfe benötigen und sich zu Nutze machen.

Zur Behandlung der Sucht sollte der Laiensektor stärker mit einbezogen werden. Es benötigt gezielte Konzepte, die sich im Sinne von Public Health der primären und sekundären Prävention annehmen und dabei das Augenmerk auf das den Süchtigen umgebende Umfeld haben. Auch die Gesellschaft hat eine Verantwortung gegenüber ihren Nächsten zu tragen.

Es lässt sich mutmaßen, dass das Umfeld und die Umwelt eines Alkoholkranken ihn in seiner dauerhaften Abstinenz gezielter unterstützen können, wenn ihnen durch bessere Aufklärung und intentionale Maßnahmen zur Hilfestellung, die Angst im Umgang mit den Betroffenen genommen wird. Sowohl Vorbehalte als auch Vorurteile müssen abgebaut werden.

Es sollten dazu weitere Studien durchgeführt werden, die sich mit dem Wissenstand und den potentiellen Fähigkeiten des Umfeldes beschäftigen, damit ein gezielter Einsatz und die Grenzen der Laien erörtert werden können. Auch benötigt es noch tiefgehendere Studien, welche anylysieren, was dem Alkoholkranken nun explizit aus den jeweiligen Institutionen des Laiensektors hilft, damit dies verstärkt in die Umsetzung einbezogen werden kann.

Das Forschungsfeld der Sucht bleibt weiterhin offen für alle Ideen und Möglichkeiten bis individuelle Mittel und Wege in der Therapie gefunden sind, die die Abstinenz von Alkoholkranken dauerhaft unterstützen.

Quellenverzeichnis

Adams, Michael; Effertz Tobias: *Die volkwirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums.* In: Singer, Manfred V. (Hrsg.), Batra Anil; Mann, Karl: *Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen; 87 Tabellen.* Stuttgart : Thieme, 2011, S. 57-62

Becker, Katrin; Leitner, N.; Schulz, W.: *Soziales Umfeld von Alkoholikern bei Klinikentlassung und sein Einfluß auf den Behandlungserfolg.* In: Psychiatrische Praxis (1986), Nr. 13 (4), S.121-127

Bischof, Gallus: *Ausstiegsprozesse aus der Alkoholabhängigkeit mit und ohne formelle Hilfe – Ein Geschlechtervergleich*. Freiburg : Lambertus, 2004

Bloomfield, Kim; Kraus, Ludwig; Soyka, Michael: *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen – Heft 40, Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin : Robert-Koch-Institut, 2008;
URL http://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/GBEDownloadsT/alkoholkonsum.pdf?__blob=publicationFile. – Abrufdatum: 02.12.2014

Bohlken, Eike; Thies, Christian: *Handbuch Anthropologie: Der Mensch zwischen Natur, Kultur und Technik*. Stuttgart : J.B. Metzler, 2009

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola: *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* 4. überarb. Aufl. Heidelberg : Springer, 2006

Bouza, Carmen; Magro, Angeles; Munoz Ana; Amate, Jose Maria: *Efficacy and safety of naltrexone and acomprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review.* In: Addiction (2004), Nr. 99 (7), S. 811-828

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit: *Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).* zuletzt geändert durch Gesetz vom 29.07.2009, URL http://www.bfdi.bund.de/cae/servlet/contentblob/409518/publicationFile/25234/BDSG.pdf – Abrufdatum 10.09.2014

Cunningham, John A.; Lin, E.; Ross, H. E.; Walsh, G. W.: *Factors associated with untreated remissions from alcohol abuse or dependence.* In: Addictive Behaviours (2000), Nr. 25 (2), S. 317-321

Dilling, Horst (Hrsg.): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien.* 7. überarb. Aufl. unter Berücks. der Änderungen entsprechend ICD-10-GM. Bern : Huber, 2010

Feuerlein, Wilhelm: *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung, Folgen, Therapie*. 4. Aufl. Stuttgart : Thieme, 1989

Feuerlein, Wilhelm: *Langzeitverläufe des Alkoholismus (mit Literaturübersicht aus dem europäischen Raum).* In: Kleiner, Dietrich (Hrsg.): *Langzeitverläufe bei Suchtkranken*. Berlin : Springer, 1987, S. 40-54

Flick, Uwe: *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung*. 4. Aufl. Hamburg : Rowohlt, 2011

Förster, Claudia: *Emotionales und körperliches Befinden sowie kognitive Faktoren als Rückfallprädikatoren nach Entlassung aus stationären Therapien.* In: Jong-Meyer, Renate, de; Heyden, Thomas (Hrsg.): *Rückfälle bei Alkoholabhängigen.* München : Roederer, 1993, S. 137-153

Fuller, Richard K.; Branchey Laure; Brightwell, Dennis R.; Derman, Robert M.; Emrick, Chad D.; Iber, Frank L.; James, Kenneth E.; Lacoursiere, Roy B.; Lee, Kelvin K.; Lowenstam, Isle; Maany, Iradj.; Neidhiser, Dewey; Nocks, James J.; Shaw, Spencer: *Disulfiram treatment of alcoholism: a Veterans Administration cooperative study*. In: Journal of the American Medical Association (1986), Nr. 256 (11), S. 1449-1455

Gastpar, Markus; Bonnet, Udo; Böning, Jobst; Mann, Karl; Schmid, Lutz G.; Soyka, Michael; Wetterling, Tilman; Kielstein, Volker; Labriol, Dominic; Croop, Robert: *Lack of efficacy of naltrexone in the prevention of alcohol relapse: Results from a German multicenter study*. In: Journal of Clinical Psychopharmacology, (2002), Nr. 22, S. 592 – 598

Gaertner, Beate; Meyer, Christian; John, Ulrich; Freyer-Adam, Jennis: *Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum.* In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2014.* Lengerich, Westf : Pabst Science Publishers, 2014, S. 37-63

Gomes de Matos, Elena; Kraus, Ludwig; Pabst, Alexander; Piontek, Daniela: *Problembewusstsein und Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen.* In: Sucht (2013), Nr. 59 (6); S. 355-366

Helfferich, Cornelia: *Die Qualität qualitativer Daten – Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Aufl. Wiesbaden : VS Verlag, 2011

Hesse, Eberhard: *Die Behandlung durch den niedergelassenen Arzt: Trägt er zur Lösung bei – oder ist er selbst Teil des Problems?* In: Wienberg, Günther (Hrsg.): *Die vergessene Mehrheit: Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen.* Bonn : Psychiatrie Verlag, 1992, S. 139-147

Jellinek, Elvin M.: *The disease concept of alcoholism.* New Haven : College & University Press, 1960

John, Ulrich; Hapke, Ulfert; Rumpf, Hans-Jürgen; Hill, Andreas; Dilling, Horst: *Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung (Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd.71)*. Baden-Baden : Nomos, 1996

Kleinman, Arthur: *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley : University of California Press, 1980

Körkel, Joachim; Kruse, Gunther: *Basiswissen: Rückfall bei Alkoholabhängigkeit*. Bonn : Psychiatrie Verlag, 2005

Körkel, Joachim; Schindler Christine: *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen – Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin : Springer, 2003

Körkel, Joachim; Lauer, Gernot: *Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und – trends.* In: Körkel, Joachim; Lauer, Gernot; Scheller, Reinhold (Hrsg.): *Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung.* Stuttgart : Ferdinand Enke, 1995, S. 158-185

Körkel, Joachim; Lauer, Gernot: *Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik*. In: Körkel, Joachim (Hrsg.): *Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht?* Berlin : Springer, 1988, S. 3-122

Kuckartz, Udo; Dresing, Thorsten; Rädiker, Stefan; Stefer, Claus: *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden : VS Verlag, 2007

Küfner, Heinrich; Feuerlein, Wilhelm; Huber, Manfred: *Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung.* In: Suchgefahren (1988), Nr. 34, S. 157-272

Küfner, Heinrich; Feuerlein, Wilhelm; Flohrschütz, Thomas.: *Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse.* In: Suchtgefahren (1986), Nr. 14, S. 174-178

Kühn, Thomas; Koschel, Kay-Volker: *Die problemzentrierte Gruppendiskussionen – Eine überraschend zeitgemäße Methode*. In: Planung und Analyse (2013), Nr. 02, S. 26-29. URL http://www.ipsos.de/assets/files/presse/2013/publikationen/Koschel_Kuehn_problemzentriertegD_Apr2013.pdf – Abrufdatum 18.09.2014

Kühn, Thomas; Koschel, Kay-Volker: *Gruppendiskussionen – Ein Praxis-Handbuch*. Wiesbaden : VS Verlag, 2011

Lamnek, Siegfried: *Gruppendiskussion – Theorie und Praxis*. 2. Aufl. Weinheim : Beltz UTB, 2005

Lehner, Birgit; Kepp, Jolanthe: *Daten, Zahlen und Fakten*. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2014.* Lengerich, Westf : Pabst Science Publishers, 2014, S. 9-36

Leune, Jost: *Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland*. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2014.* Lengerich, Westf : Pabst Science Publishers, 2014, S. 181-202

Mann, Karl; Lehert, Philippe; Morgan, Marsha Y.: *The Efficacy of Acamprosate in The Maintenance of Abstinence in Alcohol-Dependent Individuals: Results of a Meta-Analysis.* In: Alcoholism: Clinical And Experimental Research (2004), Nr.28 (1), S. 51-63

Mann, Karl; Mundle Götz: *Die pharmakologische Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigen – Bedarf und Prophylaxe.* In: Mann, Karl; Buchkremer, Gerhard (Hrsg.): *Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart : Gustav Fischer, 1996, S. 317-321

Mayring, Philipp: *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. 11. Aufl. Weinheim : Beltz, 2010

Mayring, Philipp: *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 5. Aufl. Weinheim : Belzt, 2002

Pabst, Alexander; Kraus, Ludwig; Matos, Elena Gomes de; Piontek, Daniela: *Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012.* In: SUCHT (2013), Nr. 59 (6), S. 321–333

Rösner, Susanne; Leucht, Stefan; Lehert, Philippe; Soyka, Michael: *Acamprosate supports abstinence, Naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes.* In: Journal of Psychopharmacol (2008), Nr. 22, S. 11-23

Rommelspacher, Hans: *Welche neurobiologischen Mechanismen erklären Aspekte süchtigen Verhaltens?* In: Mann, Karl; Buchkremer, Gerhard (Hrsg.): *Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart : Gustav Fischer, 1996, S. 41-52

Schlösser, Anton: *Ambulante und komplementäre Hilfen für chronisch Abhängigkeitskranke ind der Gemeinde.* In: Wienberg, Günther; Klemm, Hans-Jürgen (Hrsg.): *Chronisch Abhängigkeitskranke – Soziale Realität und Hilfsmöglichkeiten.* Münster : LV Westfahlen-Lippe, 1989, S. 145-169

Schlüter-Dupont, Lothar: *Alkoholismus-Therapie – Pathogenetische, psychodydamische, klassische und therapeutische Grundlagen*. Stuttgart : Schattauer, 1990

Schneider, Johannes: *Die Behandlung Abhängigkeitskranker im Allgemeinskrankenhaus: Ein Blick in die Dunkelzone.* In: Wienberg, Günther (Hrsg.): *Die vergessene Mehrheit: Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen.* Bonn : Psychiatrie Verlag 1992, S. 114-119

Schwoon, Dirk R.: *Umgang mit alkoholabhängigen Patienten*. Bonn : Psychologie Verlag, 2008

Schwoon, Dirk R.: *Nutzung professioneller Nachsorge und Selbsthilfegruppen durch Alkoholiker nach stationärer Kurzzeittherapie.* In: Mann, Karl; Buchkremer, Gerhard (Hrsg.): *Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart Jena New York, 1996, S. 281-287

Soyka, Michael; Küfner, Heinrich: *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung, Folgen, Therapie.* 6. Aufl. Stuttgart : Thieme, 2008

Soyka, Michael; Rösner, Susanne: *New pharmacological approaches for treatment of alcoholism.* In: Expert Opinion on Pharmacotherapy (2006), Nr. 7 (17), S. 2341-2352

Soyka, Michael; Hasemann S., Scharfenberg C.D., Löhnert B., Bottlender M.: *Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten.* In: Der Nervenarzt (2003), Nr. 74 (3), S. 226-234

Stetter, Friedhelm; Axmann-Krcmar, Detlef: *Psychotherapeutische Motivationsarbeit bei Alkoholkranken in der Entgiftungsphase.* In: Mann, Karl; Buchkremer, Gerhard (Hrsg.): *Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart : Gustav Fischer, 1996, S. 255-264

Süß, Heinz-Martin: *Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse.* In: Psychologische Rundschau (1995), Nr.46, S. 248-266

Süß, Heinz-Martin: *Evaluation von Alkoholismustherapie.* Bern : Huber, 1988

Uexküll, Thure von; Wesiak, Wolfgang: *Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns.* München : Urban & Schwarzenberg, 1988

Vaillant, Georg E.: *Was können wir aus Langzeitstudien über Rückfall und Rückfallprophylaxe bei Drogen- und Abhängigen lernen?* In: Watzl, Hans; Cohen, Rudolph (Hrsg.): *Rückfall und Rückfallprophylaxe.* Berlin : Springer, 1989, S. 29-52

Vaillant, Georg. E.; Hiller-Sturmhöfel, Susanne: *The natural history of alcoholism.* In : Alcohol Health & Research World (1996), Nr. 20 (3), S. 152-161

Veltrup, Clemens: *Abstinenzgefährdung und Abstinenzbeendigung bei Alkoholabhängigen nach einer umfassenden stationären Entzugsbehandlung.* Münster : Waxmann, 1995

Walters, Glenn D.: *Spontaneous Remission from Alcohol, Tobacco and Other Drug Abuse: Seeking Quantitative Answers to Qualitative Questions.* In: American Journal of Drug and Alcohol Abuse (2000), Nr. 26 (3), S. 443-460

Wienberg, Günther: *Die vergessene Mehrheit – Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik.* In: Jagoda, Bernhard; Kunze Heinrich (Hrsg.): *Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen: Tagungsbericht Bonn 4./5.5.1993 (Tagungsberichte / Aktion Psychisch Kranke Bd. 21).* Köln : Rheinland-Verlag, 1994, S.18-37
URL http://www.apk-ev.de/publikationen/Band__21.pdf – Abrufdatum 04.12.2014

World Health Organization (WHO): *Global Status Report on Alcohol and Health 2014.* Geneva : World Health Organization, 2014.
URL http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ – Abrufdatum 15.11.2014

Welsch, Karin; Sonntag, Dilek: *Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe.* In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch SUCHT 04*. Geesthacht : Neuland, 2004, S. 152-170

Anhang

Anhang A: Email Korrespondenz Prof. Dr. Wiesbeck 1
Anhang B: Email Korrespondenz Bezirk Mittelfranken 3
Anhang C: Einverständniserklärung der Forschungsteilnehmer 6
Anhang D: Kurzfragebogen 7
Anhang E: Interviewleitfaden 8
Anhang F: Transkript 10

Anhang A: Email Korrespondenz Prof. Dr. Wiesbeck

Betreff AW: AW: Bitte um zur Verfügungstellung eines Artikels
Absender Wiesbeck, Gerhard <Gerhard.Wiesbeck@upkbs.ch>
Empfänger tina.varga@stud.evhn.de <tina.varga@stud.evhn.de>
Datum 2014-11-20 09:14

Sehr geehrte Frau Varga

Meiner Meinung nach ist die medikamentöse Rückfallprophylaxe eine neue innovative Behandlungsmöglichkeit. Es handelt sich dabei um etwas qualitativ vollkommen Neues, ohne Beispiel in der Vorgeschichte. Die Wirksamkeit dieser Medikamente ist durch zahlreiche Studien und Metaanalysen mittlerweile gut belegt. Das Problem sind die noch niedrigen Effektstärken. Diese müssen verbessert werden.
Die medikamentöse Rückfallprophylaxe ist kein Ersatz für eine suchtspezifische Psychotherapie, aber eine sehr sinnvolle Ergänzung.

Mit freundlichen Grüssen
G. Wiesbeck
==========
Prof. Dr. med. Gerhard A. Wiesbeck
Ärztlicher Zentrumsleiter
Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

Tel: +41 61 325 51 30
Fax: +41 61 325 5583
Email: gerhard.wiesbeck@upkbs.ch

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4012 Basel

-----Ursprüngliche Nachricht-----
Von: tina.varga@stud.evhn.de [mailto:tina.varga@stud.evhn.de]
Gesendet: Mittwoch, 19. November 2014 08:22
An: Wiesbeck, Gerhard
Betreff: Re: AW: Bitte um zur Verfügungstellung eines Artikels

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Wiesbeck,

Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Ich weiß es sehr zu schätzen.

Können Sie vielleicht die Aussage bestätigen, dass die medikamentöse Rückfallprophylaxe bisher kaum zu einer nachhaltigen Verringerung der Rückfallquote oder sogar zu deren Erhöhung führen?

Mit einem kurzen Statement Ihrerseits wäre mir dann diesbezüglich auch sehr geholfen.

Mit freundlichen Grüßen,
Tina Varga

Anhang B: Email Korrespondenz Bezirk Mittelfranken

Betreff AW: AW: Bitte um Hilfe bzgl. Daten zur Sucht
Absender Henter, Michael <Michael.Henter@bezirk-mittelfranken.de>
Empfänger tina.varga@stud.evhn.de <tina.varga@stud.evhn.de>
Datum 2014-11-14 10:39

Betreff: Übersicht der Zahlen der Alkoholkranken und dem Suchthilfesytem in Deutschland.doc (83 KB)

Sehr geehrte Frau Varga,

im Anhang sende ich Ihnen Ihre Übersicht zurück mit einigen Anmerkungen von mir.
Ergänzend hier noch weitere Onlinequellen, bei denen Sie weiter recherchieren können.

http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen-_und_Suchtbericht_2014_Gesamt_WEB_07.pdf
https://www.gbe-bund.de
http://www.dhs.de

Mit freundlichen Grüßen

M. Henter
Psychiatriekoordinator
Master of social management (M.S.M.)
Dipl.-Sozialpädagoge (FH)

Bezirk Mittelfranken
Danziger Str. 5
91522 Ansbach
Tel.: 0981/4664-2021
Fax: 0981/4664-2099
Email: michael.henter@bezirk-mittelfranken.de
Homepage: www.bezirk-mittelfranken.de

Anhang:

Art der Einrichtung	**Anzahl in Deutschland**	**Plätze / Fallzahlen in Deutschland (pro Jahr)**	**Anzahl in Nürnberg*)**
Alkoholmissbräuchige (DHS, 2014)	1,77 Mio.		
Alkoholabhängige (DHS, 2014)	1,61 Mio.		
Niedergelassene Hausärzte	123.200		An KVB**) wenden
Psychotherapeuten und psych. Fachärzte	26.479		An KVB wenden
Psych. Institutsambulanzen	≈ 300	97.500	An KVB wenden

Allgemeinkrankenhäuser, davon spezialisierte Abteilungen	462.457, > 300	> 7.500	An KVB wenden
Psych. Kliniken	> 300	> 220.000	5 -Ansbach -Erlangen -Engelthal -Klinikum Nbg. -Uniklinik Erlagen
Substitutionsbehandlung		75.400	An KVB wenden
Niederschwelliges Angebot	≈ 300		8 Angebote
Suchtberatungs- und -behandlungsstellen	≈ 1.300	≈ 500.000 Kunden	4 PSB (davon 2 mit Schwerpunkt illegale Drogen)
Übergangswohnheime	kaum vorhanden		/
Beratung			
• Gesundheitsämter	> 400		
• Sozialpsych. Dienste	≈ 460		4 SpDi
• Beratung durch Rehabilitationsträger	493		
Soziale Reha			
• Stationäre Einrichtungen	268	>10.700	Kein Wohnheim explizit für den Personenkreis
• Teilstationäre Einrichtungen	112	> 1.200	2x externe Arbeitstherapie 2x Integrationsunternehmen 2x Tagesstätten 1x WfbM 5x Zuverdienstprojekte
• Ambulant betreutes Wohnen	460	> 12.000	3 Träger (mudra, lilith, Stadtmission)
Arbeits-, Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote	≈ 250	> 4.800	Siehe Teilstat. Einr.
Sucht-Selbsthilfegruppen	8.700		An KISS e.V. wenden
Qualifizierte Entzugseinrichtungen	190	> 2.000	
Ambulante medizinische Rehabilitation	≈ 400	11.000	
Stationäre medizinische Rehabilitation	320	13.200	
Adaptionseinrichtungen	≈ 115	> 1.200	

**) Angebote, die durch den Bezirk Mittelfranken finanziert oder mitfinanziert werden !!*
***) KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayern*

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: tina.varga@stud.evhn.de [mailto:tina.varga@stud.evhn.de]
Gesendet: Freitag, 31. Oktober 2014 10:06
An: Stabsstelle_Gesundheit
Betreff: Bitte um Hilfe bzgl. Daten zur Sucht

Sehr geehrte Damen und Herrn,

ich bin Studierende der Evangelischen Hochschule Nürnberg und schreibe gerade an meiner Bachelor-Arbeit zum Thema "Institutionen, die für den Alkoholabhängigen beim nachhaltigen Abstinenzwunsch positiv unterstützend sind". Anlässlich dieser Arbeit bin ich auch auf der Suche nach Zahlen und Fakten über Alkoholabhängige/-missbräuchige und ähnlichem in Nürnberg bzw. Nürnberger Land (eine etwas detailliertere Liste mit den benötigten Daten habe ich im Anhang beigefügt).

Ich wollte Sie fragen, ob Sie eventuell diesbezüglich Datenmaterial haben und zur Verfügung stellen, oder ob Sie mir weiterhelfen können, wo ich diese Daten herbekommen kann.

Ich wäre Ihnen für Ihre Unterstützung sehr dankbar.

Falls Sie noch weitere Fragen haben, dürfen Sie sich gerne jederzeit an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen,
Tina Varga

Anhang C: Einverständniserklärung der Forschungsteilnehmer

Ich bin damit einverstanden, an der qualitativen Studie zum Thema „Institutionen zur positiven Unterstützung des Abstinenzwunsches“, als Proband teilzunehmen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit das Recht habe, ohne Angabe von Gründen, die Teilnahme an der Studie zu beenden.

Ich wurde darüber informiert, dass alle Daten anonymisiert werden, die Datenaufzeichnungen nach Datenauswertung gelöscht werden und alle sonstigen Angaben streng vertraulich behandelt werden.

_____

Ort, Datum

	Name	**Unterschrift**
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Anhang D: Kurzfragebogen

1. Welches Geschlecht haben Sie?

   o weiblich o männlich

2. Wie alt sind Sie?

   _____

3. Wie ist ihre Familiensituation?

   o allein lebend o mit Partner o verheiratet o sonstiges:

   o keine Kinder o Kinder _____

4. Woher stammen Sie und Ihre Familie?

   _____

5. Seit wann (wie viel Jahre) sind Sie sich Ihrer Alkoholkrankheit bewusst?

   _____

6. Welche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus?

   _____

Anhang E: Interviewleitfaden

1. Begrüßung
2. Danksagung für die Bereitschaft zur Teilnahme
3. Vorstellung der eigenen Person
4. Aufklärung über das Forschungsprojekt und Zweck
5. Vorstellung des anthropologischen Gesundheitssystems mit Beispielen
6. Aufklärung über Ablauf und Dauer
7. Sind Sie mit der Aufzeichnung des Gesprächs einverstanden?
8. Hinweise:
    a. Es redet immer nur einer
    b. Lassen Sie andere aussprechen
    c. Lassen Sie auch Zeit, dass andere zur Sprache kommen
    d. Berichten Sie von eigenen Erfahrungen, nicht allgemein und unpersönlich
    e. Beziehen Sie sich immer aufs Thema und schweifen nicht ab
    f. Jede Meinung zählt, auch wenn anders als von der eigenen
    g. Sie müssen nur das erzählen, wobei Sie sich wohl fühlen
    h. Sie dürfen jederzeit aussteigen
    i. Alle Aufzeichnungen sind anonym und werden nach Auswertung gelöscht
9. Kurzfragebogen bzgl. demographischer Daten
10. Kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmer (Einleitung)
11. Hauptfragen
12. Abschluss

Interviewleitfaden – Qualitative Fragen

1. Welche verschiedenen Einrichtungen bzw. Anlaufstellen kennen Sie, die einem Alkoholkranken helfen können, abstinent/trocken zu werden/bleiben?

2. Sie haben den Wunsch abstinent zu leben.....
   ..... an wen oder wohin wenden Sie sich, um Unterstützung einzufordern, und warum?

3. Erinnern Sie sich an verschiedene Situationen während Ihrer Alkoholerkrankung....
   .....wer oder was hat Ihnen in welcher Phase am Besten geholfen und warum?
   z.B. als Sie sich erstmals entschlossen trocken zu werden?
   z.B. während/nach einem Rückfall (um wieder dem Abstinenzwunsch zu folgen)?

4. Haben Ihnen bestimmte Anlaufstellen/Angebote/Therapien mehr geholfen als andere? Welche Angebote haben Sie in Anspruch genommen? Wie würden Sie diese bewerten?

5. Was würden Sie Sie anderen Alkoholkranken raten wie diese abstinent bleiben können? Welche Tipps geben Sie?

Anhang F: Transkript

GL.: Gut. Ich hätte einfach nochmal gern, dass jeder kurz seinen Vornamen sagt, und sich dann vorstellt, mehr oder weniger... und dann sagt, was ihm so einfällt... prinzipiell... was es alles für verschiedene Einrichtungen oder Anlaufstellen gibt, auf die der Alkoholkranke zurück greifen kann.

(Keiner sagt etwas 5 Sekunden)

T7: Wenn Sie vielleicht nochmal kurz mit der Vorstellung anfangen.

T1: Also ich bin die T1, 39 Jahre alt... äh ja. Ich bin seit vier Jahren trocken und studiere jetzt gerade Soziale Arbeit im fünften Semester. Und Anlaufstellen, also,... wie ich aufhören wollte zu trinken, bin ich ins Krankenhaus, also,... weil... ich auch ziemlich krank war, also magentechnisch so. Und dort habe ich entgiftet, das war die erste Anlaufstelle, äh... dort habe ich Kontakt zur Caritas bekommen, in die Suchtberatung von der Caritas... und die haben mich dann auch gleich hierher zum Blauen Kreuz geschickt. Also, die hat, äh, dringend empfohlen, dass,... eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen,... und ich habe mich dann fürs Blaue Kreuz entschieden, weil ich in meiner Saufzeit vorher schon, äh, einen Großteil der anderen Selbsthilfegruppen schon durch hatte. Und, äh ..., und aus,... bei jedem Rückfall nicht mehr zur gleichen Selbsthilfegruppe hin bin. Und ja..., hier hat es dann halt, äh, diesmal funktioniert, zumindest die letzten vier Jahre.

T2: Ja, ich bin der T2, 49 Jahre alt,... ich bin seit fünf Jahren trocken. Meine erste Anlaufstelle war der... Arzt, der mich eingewiesen hat auf meinen Wunsch... zur Entgiftung, äh ..., dann, die nächste Station war die Suchthilfe der Stadtmission,... die auch die Therapie... organisiert hat,... auch die Nachsorge,... und dergleichen... Dann Therapie war in einer Fachklinik in, ähh, Friedrichsdorf, in der Saulus Klinik, und dann wiederum Stadtmission, äääähhh..., und gleichzeitig habe ich dann begonnen beim Psychologen..., mich in Behandlung zu begeben, wegen Depression,... weil das auch mit dem Alkohol zusammenhing..., und der hat mich dann so lange bekniet bis ich dann zum Blauen Kreuz gegangen bin. Das hat ein halbes Jahr lang gedauert ungefähr,... bis er mich so weit hatte, weil ich wollte nach der Therapie nichts mehr wissen von Gruppen und Gesprächen und dergleichen. Ich habe einfach gesagt, ich habe jetzt aufgehört zu Saufen und ich will jetzt normal leben. Aber irgendwann hatte er mich soweit, und im Nachhinein muss ich sagen, bin ich froh. Weil ich habe auch durch das Blaue Kreuz

meine Liebe zur Musik wieder entdeckt. Ich spiele jetzt Musik in einer Band und das ist mein großer Anker auch irgendwo im Leben, was mir Spaß macht, was mich sinnvoll beschäftigt,... äh, wo auch viel Gefühl irgendwo zum Ausdruck kommt, und dergleichen, ... und ja,... das waren jetzt im Großen und Ganzen die Anlaufstellen, die ich in Anspruch genommen habe.

T3: Ja also, ich bin der T3, bin jetzt seit 20 Jahren da,... und hergekommen bin ich eigentlich wegen dem Führerschein. Ja. Das erste Mal war er weg, und dann habe ich ihn wieder gekriegt. Und das zweite Mal habe ich ihn eben nicht mehr gekriegt. Und dann, äh, habe ich Jahre natürlich nichts mehr getrunken, ...aber ich habe dann... den, äh, sogenannten... Idiotentest... im Volksmund heißt er Idiotentest... und den habe ich dann zwei Mal nicht bestanden,..., und dann habe ich mir gedacht, äh..., irgendwas stimmt da jetzt noch nicht, entweder ist jetzt da der Psychologe blöd oder ich,... ne. Weil ich habe ja nichts mehr getrunken, aber ich habe ihn trotzdem nicht bestanden... und... es war dann halt so: dann habe ich mir einmal Bücher gekauft, über Alkohol, zwei Stück,... eins zuerst, und dann habe ich mir gedacht,... okay, da findest du dich immer wieder drinnen in dem Buch da,... da... gehör ich eigentlich gar nicht hinein in das Buch. Da habe ich mir dann nochmal eins gekauft,... da war das gleiche. Da habe ich mich immer wieder in dem Buch gefunden. Da habe ich gesagt, na gut,... äh, irgendwas musst du jetzt machen. Da habe ich das Telefonbuch hergeholt... habe einfach geschaut wo, wo, wohin... bin ich halt daher, da gelandet, ne,... beim Blauen Kreuz. Ich hätte jetzt auch wo anders, aber das war jetzt Zufall, dass ich jetzt da ans Blaue Kreuz gekommen bin. Und da war eine Schwester am Telefon,... und da hat die gesagt: „Ja, kommen Sie her.“ Da habe ich gefragt: „Ist da schon wer wegen dem Führerschein da?“ „Ja,“ hat sie gesagt „da kommen Sie nur, da sind schon mehr da.“ „Ja gut,“ habe ich gesagt „dann komme ich.“ Und dann bin ich eben rein und dann... kann man sagen, ich habe keinen, äh..., wie sagt man jetzt, ähh, ich habe keine Therapie gemacht und nichts,..., aber ich habe gewusst, nach... ungefähr,... ich sage jetzt einmal, nach drei Monaten... habe ich gewusst, wenn ich jetzt, nachdem was ich da alles gehört habe, ne,... von den Leuten vom Blauen Kreuz, da ist ja keiner mehr da von denen die früher da waren..., nachdem, was ich alles gehört habe, äh..., habe ich gewusst, wenn ich das jetzt nicht alleine schaffe von dem Alkohol weg zu kommen, mach ich sofort eine Therapie. Also das war für mich klar, ne. Aber ich habe es jetzt alleine geschafft... vom Alkohol weg zu kommen... äääähhh,... vielleicht war ich auch noch nicht so weit drinnen, oder... ich weiß es nicht, aber ich habe es auf alle Fälle alleine geschafft, da bin ich stolz drauf... und das ist jetzt 20 Jahre her... Anlaufstellen als solches habe ich... eigentlich nur die gehabt, ja. Weil die hat mir gereicht, meine ich, ne,... die Anlaufstelle, das Blaue

Kreuz. Und durch das, äh..., wir haben ja dann eine Musikgruppe gegründet, ne, das hat er schon erzählt (deutet mit Kopf zu T2), in der Musikgruppe bin ich dann auch mit drinnen, und singen tue ich in dieser Musikgruppe, ne. Und das ist natürlich auch eine Bereicherung fürs Leben, ne. Wandergruppe haben wir gegründet. Wandern wir auch. Ist natürlich schön, ne, weil das gibt dem Leben auch etwas Sinn, sag ich mal. Ne. Das wars.

T4: Fertig? (T3 nickt) Ich bin der T4, 53. Ähm, 19 Jahre trocken, ähm..., ich habe auch das, die Erfahrung gemacht, ähm, den Führerschein weg. Das ist dann 91 gewesen, im Herbst. Ähm, bin dann aus, ähm..., gesundheitlichen Gründen... habe ich mich dann, äh, 92 dann, von oben, von Norddeutschland, nach München versetzen lassen. Habe dann... irgendwie... ja,... schon gemerkt, ich habe ein Problem mit dem Alkohol. Ich will auch meinen Führerschein wieder haben. Ähhhm, habe dann... vier Jahre rumgedoktert irgendwie, also, ohne Hilfe in Anspruch zu nehmen, und habe dann irgendwann 95 festgestellt, ähm, „es ist nicht vordergründig, nicht der Führerschein, den du da haben willst, äh, und deswegen du vielleicht trocken werden willst,... es ist... vordergründig... du willst trocken werden, um gesund zu werden.“ Also, ich habe es dann umgedreht. Ich muss hier auch noch hinzu sagen, ich habe bislang auch meinen Führerschein nicht mehr, noch, äh, nicht mehr neu beantragt, weil mir das Wurst ist sonst, auch noch bis heute. Wichtig ist es, dass ich trocken bleibe.... Ja..., dieses ist dann 95 passiert. Habe, ähm..., auch über meine Hausärztin in München, weil ich damals noch in München gewohnt habe, äähm...., den Weg zum Blauen Kreuz..., bin hinge..., also genommen. Habe in einer ambulanten Therapie,... äähh..., es geschafft, trocken zu werden, ...habe eine Entgiftung in einer Klinik gemacht, bin zwischenzeitlich..., dreimal in einer psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt an der Saale gewesen, habe aber festgestellt, irgendwie, mh, bestimmt was inzwischen geholfen, aber es ist nicht das richtige. Es ist dann, ähm..., in dem Suchtkrankenhelferlehrgang, von 2004 bis 2006, kam dann heraus, warum ich getrunken habe,... weil ich eine Traumatisierung habe, aus der Kindheit, und äh, als Jugendlicher, und, ähh... habe dann letztendlich durch, weil es mir dann von (manch...) überhaupt nicht mehr gut ging,... dann 2012 angefangen, ähh..., an meiner Traumatisierung dran zu arbeiten, weil es ist ja so, ähhm..., dass üblich bekannt, eine Traumatisierung, ähm..., versucht... man..., versuchen manche dann mit, äh, Alkohol zu kompensieren, was... aber der,... nicht der richtige Weg ist, wobei dann aber auch... der erste Weg ist, trocken zu werden und dann die Traumatisierung weiter zu bearbeiten. Ja, und bin da jetzt so seit einem Jahr im Ruhestand.... Und, äähmm..., ja..., Wege..., um aus dieser Sucht rauszukommen, mh, gibt es hier in Nürnberg, mh..., das Krisenzentrum in der Hessstraße, dann gibt es die

Bezirkskrankenhäuser, in Amberg und in Erlangen, was in München Haar ist. Dann gibt es Entgiftungsstationen in Krankenhäusern. In München gab es natürlich eine ganze Menge, hier in Nürnberg weiß ich es nicht, möchte ich es auch nicht ausprobieren, äähhmm..., es gibt unzählig, ähm, gute Hausärzte. Es gibt Neurologen. Es gibt auch viele Psychologen in einer ambulanten... Therapie, wo man also auch diese...s Pro, Problematik auch bearbeiten kann,..., und..., was noch für Anlaufstellen?... In München gab es da so die Münchener Insel.... Das ist also so etwas ähnliches wie... die Bahnhofsmission... gib, also, 24 Stunden rund um die Uhr geöffnet ist,... wo man sich also auch..., als Erstanlaufstelle... benutzen kann. Was gibt es noch?... Telefonseelsorge, wo man sich erst einmal, bevor man, im Vorfeld ohne das man Sie sieht, mal ausquatschen kann. Was noch?... Mehr wüsste ich eigentlich nicht. Also..., muss auch hinzusagen, ähh..., ich habe das also auch, ähm..., festgestellt, dass... das Blaue Kreuz hier nicht eine... deutschlandweite Ein..., äh, Organisation für Suchtkranke gibt, sondern es, sie ist weltweit vertreten, ähm..., weil ich eben... einige Male schon in Sydney gewesen und dort dann auch das Blaue Kreuz kennengelernt, und, ähm..., dadurch also auch festgestellt, also, dass, äh, die Alkoholkrankheit äh, also, nicht nur auf Deutschland und Europa bezogen ist, sondern also auch weltweit vertreten ist. Ja, das war es dann.

T5: Ich bin der T5, 68,... inzwischen (lacht in sich hinein), selbst eingestuft als alkoholkrank. Das kommt daher, dass ich bis 1994 keinen Alkohol zu mir genommen habe, weil ich Leistungssportler war. Äh, ich hatte dann das Glück auch, dass ich keinen Alkohol vertragen habe, das heißt, ich habe nie richtig gesoffen bis zum Umfallen, oder bis ich nicht mehr gewusst habe was ich tue. Ich bin also, äh, so ein Wassergläschen voll Bier getrunken habe, dann habe ich schon zum Stottern angefangen. Ähm, da ist, ähm, 94 ein beruflicher Wechsel gekommen, ich habe dann in einer... Klinik angefangen, mit wahnsinnig hoher...,äh... Stressbelastung, hoher Verantwortung, äh..., gleichzeitig aber die Scheidung von meiner Frau, die zu einer Sekte gegangen ist. Und äh, ich habe dann,... wenn ich nach Hause gekommen bin, nicht abschalten können. Habe aber auch dort Schichtdienst gemacht, und äh..., konnte nicht schlafen. Es hat dauernd rotiert. Habe ich alles richtig gemacht? Was ist morgen? Und was ist übermorgen? Und... wie teil ich den Handwerker ein? Und was mach ich da? Und..., äh.. das hat dazu geführt, dass ich dann gemerkt habe, wenn ich einmal einen Schnaps trinke, oder was, dann muss ich sofort ins Bett, weil ich sonst am Tisch einschlafe. Ich aufgrund dessen dann, äh, zu einem Arzt gegangen, habe mich mit dem unterhalten und dann hat der gesagt „Na, Sie sind nicht alkoholkrank.“ Dann habe ich zum Arzt gesagt „Wissen Sie was, dann stuf ich mich so ein, dann weiß ich, was ich zu tun habe.“ Dann hat der mich

angeschaut, als würde ich von einem anderen Stern kommen (lächelt vor sich hin). Ähm...., meine Frau..., meine zweite Frau praktisch..., äh..., hat für sich was tun wollen..., als Angehörige..., und hat... ist beim Blauen Kreuz gelandet..., und eine Woche später, an einem Dienstagabend, ähm...., muss ich sagen, habe ich sonst immer aus einem Glas getrunken..., also aus einem Schnapsglas..., dann nehme ich plötzlich die Flasche in die Hand, setze an, und dann hat es bei mir Innen gesagt „Du spinnst wohl! Was ist denn mit dir los?“ Dann habe ich das Ding ausgekippt, und habe zu meiner Frau gesagt „Morgen geh ich mit in diese Gruppe.“ Das ist jetzt fast 11 Jahre her. Äh..., ich habe mir aus dem Bewusstsein raus..., dass..., unter Umständen..., bei mir doch etwas vorhanden sein könnte, auch wenn das nicht offiziell war, ob ich suchtkrank bin oder nicht, das interessiert mich nicht. Äh, es könnte wieder ein Rückfall stattfinden, aus dem Grund bin ich exzessiv... alkoholfrei. Das heißt, wenn ich wo etwas einkaufe, drehe ich das Päckchen um, und schaue drauf, ob da etwas mit –yl oder –ol endet: Finger weg! Oder beim Bäcker, oder sonst wo, frage ich, ob der Tortenboden oder was, oder die Torte..., ob da Alkohol mit drinnen ist. In der Gaststätte, wenn ich essen gehe, dann frage ich, ähh..., ob die Sauce mit Wein abgelöscht worden ist, oder sonst etwas. Und dann esse ich halt irgendetwas anderes. Da halte ich mich exzessiv dran, weil ich nicht weiß..., ob bei mir ein Suchtgedächtnis vorhanden ist, wie die Verschaltungen in dem Suchtgedächtnis sind. Muss dazu sagen, ich habe auch einmal ein psychologisches Studium hinter mich gebracht. Habe die Suchtkrankenhelferausbildung beim Blauen Kreuz mitgemacht. Ähm, mache auch hier dann... Beratungsdienst und solche Dinge. Telefondienst. Und äh..., aus dem Grund habe ich gesagt „wenn schon, denn schon“, und da... ist mir etwas zugutegekommen..., man hat mich immer als 160 %igen eingestuft. Das heißt, wenn ich einmal etwas entschieden habe, dann habe ich das durchgezogen bis zum geht nicht mehr..., und das hat mir also sehr geholfen, dass ich auf einen Schlag sagen konnte..., ich habe... praktisch an dem Dienstagabend entschieden, absolut keinen Alkohol mehr zu mir zu nehmen. Und das hat mir eigentlich geholfen. Ich habe auch nicht wieder irgendwie einen... Appetit oder so etwas drauf gehabt. Äh..., spielt keine Rolle... inzwischen gehe ich nicht mehr wegen dem Alkohol ins Blaue Kreuz..., denn ich habe in der Gruppenarbeit dann mitbekommen, was ich sonst noch alles in meinem Rucksäckchen aus meiner Kindheit, aus der Jugendzeit..., und auch von später hin, äh..., da drinnen..., äh..., verpackt habe sozusagen, oder vergraben habe, und, äh, damit befasse ich mich, und... ich kann sagen: jede Woche nach der Gruppenarbeit habe ich... meistens so am Donnerstag dann einmal so eine Stunde, wo ich mich hinsetze, und überlege „was habe ich denn jetzt gestern mitgenommen?“ Und äh, das bearbeite ich. Ich war früher also sehr aggressiv. Wenn etwas nicht funktioniert hat, dann habe ich die Zange durchs

geschlossene Fenster geschmissen und solche Sachen. Das habe ich mir alles abgewöhnt durch die Gruppenarbeit. Ich rege mich über überhaupt nichts mehr auf und, und äh..., kann auch akzeptieren, wenn ich... kritisiert werde, was ich früher absolut nicht... konnte, weil ich ja immer alles besser gewusst habe und genauer gekonnt habe, und besser war, wie die anderen. Und da ist mir hier in der Gruppenarbeit gesagt worden, wenn ich 80 % bringe, bin ich immer noch besser als die anderen (lacht). Das habe ich mir so zur..., zu einem meiner..., mh, eigentlich großen Aufgaben gemacht..., dass ich das akzeptiere, was zeitmäßig im Moment ansteht.

T6: Ich bin T6, ich bin erst seit anderthalb Jahren... mh..., trocken. Und äh... der Anlass dazu war, äh..., ich hatte einen Zusammenbruch. Es gab Probleme mit meiner... Familie, also elterlicherseits, und habe also das Weinen gekriegt, also so eine Art Nervenzusammenbruch, und da habe ich dann gedacht „das kann so nicht weitergehen“. Bin zu meiner Neurologin gegangen... und habe, die hat mich dann überwiesen... in... in die Klinik in Nürnberg Nord... zur Entgiftung. Und... das war so der erste Schritt, äh..., in die richtige Richtung. Dort war ich dann ein paar Tage... und bin anschließend in die Caritas, äh... gegangen. Zu Gesprächen... und die haben sich um einen Platz... für eine... stationäre Entwöhnung gekümmert. Und dann war ich drei einhalb Monate in Hutschdorf. Und... äh..., habe dort...., also, das übliche Programm auch... gehabt, was mir sehr viel Spaß gemacht hat. Und habe dort... praktisch... so auch über mein Leben nachgedacht und woran es gelegen hat, und hatte viele therapeutische Gespräche. Wir haben viel Sport getrieben... und das hat, äh, so zur Stabilisierung..., äh geführt, dass ich da schon nicht..., äh... wieder einen Rückfall hatte. Und nach der Entlassung aus Hutschdorf hatte ich noch äh..., eine Nach...bereitungstherapie bei der Caritas. Also jede Woche ein Gespräch, zur Nachbereitung der Hutschdorfzeit. Das war auch sehr schön. Und jetzt bin seitdem halt trocken und ganz glücklich damit. Ich habe also in Hutschdorf gelernt,... mein Leben... neu zu organisieren. Ich habe immer, wenn es irgendwelche Schwierigkeiten gab, ich komme auch aus einer Alkoholokerfamilie, äh... zum Glas ge...griffen..., und habe dann gelernt, was ich sonst machen könnte und anfangen könnte, mit meinem Leben. Habe den Sport erst wieder ge,entdeckt. Habe in Hutschdorf äh, so eine schöne Schwimmhalle immer gehabt, wo wir Wassergymnastik gemacht haben. Das habe ich jetzt mit nach Nürnberg genommen. Ich mache jetzt dreimal in der Woche Wassergymnastik. Und halt solche Sachen, dass man sich mit anderen Dingen beschäftigt, als sich abends hinsetzt und seine Flasche Wein trinkt. Und es geht mir sehr gut dabei. Also ich kann empfehlen, also..., das Caritas. Also die Klinik äh Hutschdorf, die ist bei Kulmbach, äh, zur Entwöhnung. Ich bin

der Meinung, also, so eine Klinik ist... in jedem Fall zu empfehlen. Also, du bist schon eine Ausnahme (schaut T5 an), dass du es auch allein geschafft hat, aber mir hat das sehr viel gebracht..., dass Zusammenleben dort, mit, äh, anderen Betroffenen... und auch die Gespräche mit den Psychotherapeuten. Und dann also im Anschluss noch Caritas. Das war auch sehr schön. Und das Blaue Kreuz ist so... mh... wirklich das Wahre. Ich war einen Zeit lang vor dieser ganzen... Entgiftungs- und Entwöhnungsrunde bei den Anonymen Alkoholikern. Das hat mir überhaupt nicht gefallen. Weil da gar keine Gespräche so aufkamen, ähm..., sondern jeder hat so stur erzählt „ich... habe das und das gemacht“ und der andere durfte dazu überhaupt nichts sagen. Also, ach, es ist ganz schön wenn man keine Ratschläge gibt, aber man durfte gar nichts dazu sagen, sondern jeder hat immer stur seine Platte da abgefahren..., und dann hat der andere stur seine Platte abgefahren und das..., also ein paar Mal hintereinander, also ein paar Abende hintereinander. Das war mir dann zu eintönig, dass kein Gespräch stattfand. Und aber hier..., in der Gruppe, und... das liegt auch an den Leuten natürlich, an gewissen... netten Menschen, äh, gefällt es mir sehr gut und es ist immer... ein tolles Erlebnis... hier jede Woche her zu kommen.

T7: Ich bin die T7, 61.... Äh, ich bin durch einen Zusammenbruch äh... in die Klinik gekommen. Äh..., da habe ich, äh, in der Arbeit, ähh.., da waren meine, äh, die meisten Kollegen waren auf einem Seminar... naja, und da habe ich die Gelegenheit genutzt und habe, äh..., getrunken. Und dann bin ich vom Stuhl gefallen (lacht), das klingt jetzt... total blöd, wenn man vom Stuhl fällt, ne, ... und habe mir sogar eine Rippe gebrochen..., ne, ...und, äh..., wusste danach gar nichts mehr... halt, ne, und kann mich nicht erinnern, halt, sicher. Meine Kolleginnen haben mir dann gesagt, die dort waren, halt, ähm..., „Ich will nach Hause, ich will nach Hause.“, habe ich immer gesagt, halt. Naja, und..., äh.., die haben dann bis zuletzt den Notarzt gerufen... Und dann bin ich im, äh..., Klinikum... aufgewacht dann. Festgebunden. An Händen und Füßen. Ne, mit so einem Kittel nur... drüber..., ne. Und ich habe gedacht, ich bin auf der Polizei. Ich habe das nicht gewusst, dass äh..., im Klinikum auch, äh..., Polizeistation ist..., ne, und war total erschrocken. Ich dachte... „um Gottes Willen..., wenn das meine Mutter jetzt erfährt, wo ich bin“. Ich bin auf der Polizei. Ne. Und dann... ist ewig keiner gekommen, ich musste aufs Klo. Und dann habe ich immer gerufen, gerufen und bis halt endlich jemand gekommen ist..., ne. Und dann habe ich gleich der Schwester auch gesagt, halt, ne, dass sie meiner Mutter nichts sagen soll, äh..., was für eine Station das ist, weswegen ich hier bin...., ne. Weil ich habe sehr viel Alkohol gehabt, ne, ich hätte ja sterben könne, ne. Die, die haben... mir keine Spritze und gar nichts geben können,

weil ähm..., ich habe um mich geschlagen, das weiß ich aber nicht, ne. Und dann...äh... ist ja meine Mutter gekommen, die durfte aber nicht ins Zimmer rein, ne. Das war so kahl. Kahles Zimmer, und das Bett, halt. Und... so hohe Decke, halt, ne, also, na! Und da habe ich mir dann geschworen... „Ich werde nie mehr so tief sinken.“ Und dann, äh..., sollte ich dann, äh, im Krankenhaus, äh, bleiben..., aber dann war kein Platz frei und dann, äh, habe ich gesagt, ich könnte nach Altdorf. Und dann war ich eine Woche... in Altdorf auf Entzug. Und dann... war, bin ich noch zum Neurologen..., der hat mich dann noch krankgeschrieben. Und da war ich dann fünf Wochen insgesamt, äh..., krankgeschrieben. Und dann, äh..., äh bin ich wieder in die Arbeit. Ne. Einige... Kolleginnen und Kollegen haben das ja gemerkt, dass ich ein Alkoholproblem habe. Ne. Weil ich habe ja oft..., ich bin in der Früh, äh, zur Norma rein, habe mir zwei so Fläschchen Rotwein gekauft, habe die getrunken. Manchmal habe ich es dann noch gleich ausgekotzt... wieder. Ne. Und habe... heimlich, manchmal mir in die Arbeit auch etwas mitgenommen, und bin aufs Klo gegangen, und habe dort getrunken. Ne. Aber... direkt hat mich, äh..., keine von den, äh, Kolleginnen..., darauf angesprochen, ne. Und zwei Mal bin ich dann von der Arbeit weg..., habe bloß gesagt, mir geht es nicht gut. Derweil war ich besoffen. Ne. Äh, ich bin Mittag immer nach Hause gegangen, weil ich in der Nähe von der Arbeit wohne. Und habe dann noch schnell... etwas getrunken... und bin wieder zur Arbeit. Äh, dann ist mir die Hitze (lacht), raus gekommen, halt, und... müde war ich. Ich war immer müde, wenn ich Alkohol getrunken habe. Und dann, äh.., äh..., haben es ja einige, haben es schon gemerkt, halt, ne. Aber mich hat das echt gewundert, dass keiner mal irgendetwas zu mir gesagt hat. Ne. Wenn ich merke, dass etwas nicht in Ordnung ist, dass das nicht so weiter gehen kann..., ich würde den jenigen darauf ansprechen.

GL.: Was hat Ihnen denn so am... Meisten... geholfen auf dem Weg... hierher?

T7: Ja, ich habe gar keine Therapie gemacht. Ne. Ich bin vom Nord, äh..., Klinikum zum Psychiater gegangen, und äh.., äh..., äh..., zum anderen Arzt, halt, und Sozialpädagogen. Und der Sozialpädagoge hat mir dann, äh..., das Blaue Kreuz, äh.., empfohlen. Ähm..., ich bis dahin noch gar nichts gehört von dem Blauen Kreuz. Ich kannte nur, also, Anonyme Alkoholiker.... Ne. Und da habe ich gesagt, da gehe ich nicht hin, weil meine Mutter soll es nicht wissen wo ich da hin gehe..., weil das ist offensichtlich, der Name. Naja, da gehe ich zum Blauen Kreuz. Ne. Der hat mir das wärmstens empfohlen. Und so bin ich dann hier gelandet..., vor über drei Jahren. Und, äh..., da bin ich hier, ähh..., sehr gut aufgenommen worden, ich fühle mich hier wohl. Es sind, äh..., liebe Menschen... und... ich kann immer etwas, äh,... lernen, halt,... Ne, irgendetwas mitnehmen, halt, und das..., das tut mir gut.

Ähm..., ich freu mich immer auf den Mittwoch, wenn ich dann hier her kommen kann. Und ich... war... äh... , ich bin seit über sieben Jahren in, äh.., neurologischer Behandlung. Äh..., ich habe Depressionen. Und... dann war ich ja so 2005, da war ich total überfordert..., weil meine... verflossene Schwiegermutter, die.., ähhh..., hat einen Gehirntumor gehabt, halt, ne. Und... dann bin ich dann, äh..., von der Arbeit... Freitag dann, direkt..., nach Hause erst, und direkt ins Auto gestiegen, und bei Hof hat sie gewohnt, halt, ne. Und dann habe ich da die Arbeit gemacht. Und habe gar nichts mehr für mich... machen können und war total fertig. Ne. Und, äh, wo das dann begonnen hat mit der, äh..., ich habe schon immer, äh, gerne getrunken... und viel. Ich habe auch, manchmal war ich so betrunken, dass ich nichts mehr gewusst habe, am nächsten Tag wie ich nach Hause gekommen bin. Ne, und ähm, äh..., äh..., 2009 hat mich dann, äh, mein Mann verlassen. Und das war der Auslöser dann. Dann habe ich nur noch gesoffen. Bis zum geht nicht mehr. Bin dann zu meiner Mutter gezogen..., ne, die hat mich dann aufgefangen, sonst wäre ich heute, äh, schon unter der Erde. Ne, und da habe ich das dann weiter gemacht. Gesoffen. Bis zum geht nicht mehr. Ne. Bin nach Hause gekommen, habe nichts mehr machen können, habe mich ins Bett geschmissen.... und... geschlafen. Ich war total fertig. Ne. Und das hat es dann, dann hat es massiven Ärger gegeben mit meiner Mutter. Die wollte mich dann, äh..., rausschmeißen.... da kommst nie mehr rein....

GL.: Darf ich dann...? Weil die Zeit langsam... ähm, läuft. Ich hätte eigentlich schon gern, dass die ganze Gruppe jetzt dann auch diskutiert, was ihnen... heute wirklich so am Meisten Stabilität gibt, in ihrem Umfeld, auf dem Weg abstinent zu bleiben.

T7: Ja. Kann ich noch etwas dazu sagen?

GL.: Ja, erzählen Sie noch ein bisschen, aber gehen Sie nicht zu viel in die Geschichte!

T7: Äh...Ich gehe wandern. Ich bin im Wanderkreis. Das macht mir sehr viel Spaß. Und von der Kirche, da gehe ich auch einmal im Monat, ähm.., wandern, mit den Damen. Ja, und ich kann mich wieder erfreuen, äh..., an Kleinigkeiten, äh...,an... Sonne, an... Blumen, an allem Möglichen, halt, ne. Und hier, äh..., wenn ich in die Gruppe komme, da..., freu ich mich auch immer, dass ich... da sein kann. Danke.

GL.: Okay. Ich gebe jetzt das Wort an die Gruppe. Danke. Ähm..., dass Sie... mir erzählen, was Ihnen heute... wirklich so am Meisten hilft..., um abstinent zu bleiben. Also..., nicht einer nach dem anderen. Sie... dürfen diskutieren.

T1: Also, was jetzt heute ist, ähm..., es ist nicht mehr schwer, deswegen ist es schwierig zu sagen, was halt jetzt heute speziell hilft. Also, ich würde sagen, um rückfällig zu werden, was ja jeden Tag passieren kann..., ähm, müsste ja..., müsste es einen Auslöser geben. Zum trocken bleiben muss nur dieser Auslöser weg bleiben. Also, sicher könnte man sich Situationen vorstellen, in denen ich jetzt das Trinken jetzt wieder anfangen würde. Aber die müssten halt kommen. Also so, im Alltagsleben, ähm..., sehe ich wenig Gefahr. Und... was mir aber geholfen hat, ist, dass ich mir..., oder was mir hilft sicherlich, ist, dass ich mir wieder ein Leben aufgebaut habe. Äh, dass ich nach, unmittelbar nach dem Trinken, nicht mehr hatte. Da war, da gab es einfach nichts... für dass es sich überhaupt gelohnt hätte, aufzuhören. Also, eigentlich nur die Tatsache, dass der Arzt gesagt hatte, dass das nicht mehr länger als ein halbes Jahr geht, und sterben wollte ich doch nicht. Und diese Angst..., diese Angst ist der allererste Punkt, diese Angst zu sterben. Ja. Der..., der, die mich überhaupt dazu gebracht hat, einmal länger als fünf Tage nichts zu trinken.

T4: Ja, was mich stabilisiert: ist einerseits, also, dass ich, äh, regelmäßig, äh, zur Gruppe gehe. Das ist auch irgendwie das, so ein Gefühl, also eine große Familie (lächelt) , äh..., zu haben. Eigentlich auch jeder für sich, äh..., und da so mit gewisser Problematik nicht alleine zu sein. Das ist das Erste, was mich stabilisiert. Das zweite ist, äh..., diese Summe der..., ähm, das Einüben und auch das, äh..., die Fingerfertigkeit zu haben, bei... das was ich mich jetzt, ähm..., beim letzten Mal in einem Klinikaufenthalt, jetzt dieses Jahr, äh, gelernt habe. In gewissen Stress...situationen, ähm..., die Abfahrt zu kriegen, also, in dich wieder nach oben zu gehen, sondern, ähhh..., frühzeitig sich Hilfe zu, wenn es nicht mehr geht, Hilfe zu holen, und da auch zu überprüfen, ob man es auch alleine schafft. Das ist das Zweite. Und das Dritte ist, äh, das Wissen zu haben. Ähm, wenn ich ein Problem habe..., äh..., dass ich..., wenn ich das Saufen wieder anfangen würde..., die Probleme nicht weniger werden, sondern... mehr werden. Also, bringt das, ist es kontraproduktiv, jetzt also das Saufen wieder anzufangen. Und das Letzte ist eigentlich, dass ich, äh, die... positiven Erlebnisse, die ich jetzt in über 19 Jahren erlebt habe..., sehr viel gewesen sind..., äh, die ich... nicht hätte machen können, wenn ich weiter gesoffen hätte. Weil, wenn ich weiter gesoffen hätte, wäre ich, also, äh...ja..., schon wieder so, einer von den (Aspiteranten), die unter den Brücken... pennen, auf gut Deutsch gesagt. Also, bringt es mir nichts. Also, da steh ich also heute, also doch, denke ich mal, ein bisschen mehr in der Gesellschaft. Ähh..., und das..., ist das also auch schon, warum ich jetzt so... den Grund habe, nicht... wieder zurück zur Flasche zu greifen.

T6: Ich brauche mich nur daran erinnern, wie es, wie ich drauf war..., als ich noch getrunken habe. Als es dann aufhörte, schön zu sein, ne. Als es wirklich zur... Schädigung des Körpers führte... und man auch festgestellt hat, dass sich im Kopf etwas verändert hat, äh, durch so eine Untersuchung. Da dachte ich „Also, irgendwie..., stehst du kurz vorm Todestor, und das ist jetzt deine letzte Chance aufzuhören.“ Und wenn ich jetzt, äh, dran denke, wie ich drauf war, und ich hatte auch zwei Mal ein Delir, dann brauche ich nur daran denken, und weiß, äh, das darf nie wieder vorkommen und das hält mich auch davon ab. Also, so tief darf ich nie wieder im Leben... sinken. Und, äh, das ist noch so vor meinen Augen, wie ich da drauf war und wie es mir ging, und welche Angst ich hatte. Und da bin ich froh, dass ich da noch einmal eine Chance gekriegt habe für... ein neues Leben... Und das habe ich dann also so vor Augen, diese ganzen Stimmen, die ich gehört habe..., die Szenen, die ich gesehen habe...: nie, nie wieder!

T1: Diese Erinnerung habe ich auch. Äh, an die letzte Phase von der Saufzeit..., wo es mir so richtig schlecht ging. Und manchmal..., manchmal wenn es heiß ist, äh, kann ich mich ganz deutlich daran erinnern, wie es so..., äh, durch den Tag gegangen bin. Mit so einem schummrigen Gefühl eigentlich, die ganze Zeit. Das hilft mir auch.

(T2 deutet an, dass er etwas sagen möchte.)

T2: Es geht aber eigentlich mehr jetzt darum, welche Hilfen von außen man..., in Anspruch genommen hat? Oder habe ich das jetzt falsch verstanden?

GL.: Nein, das stimmt schon. Also, sei es jetzt, ähm, die Arztbesuche oder die Familie, was einem so wirklich am Meisten Stabilität gibt... ähm..., oder unterstützt, bei dem Wunsch abstinent zu sein.

T2: Alles klar. Also, bei mir ist es halt in der Richtung so, ich habe halt Mitwisser. Ich habe zum einen auf der Arbeit, das einigen Leuten offenbart... und habe es auch der Chefetage gesteckt..., also bis zum (...)Leiter..., und habe da für mich auch irgendwo, äh, eine Absicherung geschaffen..., muss ich sagen. Am Gespräch, äh..., wenn die was merken, dann gibt es auf die Rüffel. Und, äh..., das ist für mich irgendwo so ein Anker, muss ich sagen. Äh, ich habe Mitwisser, und ich kann mit denen auch reden, wenn es zum Richtung voll(...) sagt, wüsste ich, ich wüsste... nicht bloß die Gruppe, ich habe nicht bloß den Arzt, ich habe auch den Kollegenkreis..., oder meine Band zum Beispiel. Die wissen auch, dass ich, äh, trockener

Alkoholiker bin. Das ist für mich irgendwo so eine Sicherheits-..., äh..., bremse noch. Äh, wenn ich jetzt mit einer Fahne auf die Arbeit komme, oder mit einer Fahne zur Bandprobe käme, dann, äh..., dann wüssten die „Hoppla...“ (T2 pfeift leise und macht eine Handbewegung wie um einen kleinen Klaps anzudeuten) „... ab in die Kiste oder sonst etwas.“ Das ist für mich so... momentan... das, was von außen her..., mir hilft, auch... dabei. Also, ich fühl mich momentan nicht so, und auch in den letzten 5 Jahren äußerst selten , dass ich Richtung Rückfall gehe..., aber das ist für mich irgendwo so die Bremse noch, äh.., ich habe welche, die wissen Bescheid.... und wenn die etwas merken..., dann treten sie mir in den Hintern. (T2 nickt und lehnt sich zurück.)

T3: Also bei mir ist es ähnlich wie bei dir (T3 nickt in Richtung T6). Ähm..., ich wenn mich daran erinnere, wie es mir da immer gegangen ist, manchmal.... Das habe ich ja schon öfter gesagt, da waren Sie noch gar nicht da, das ist klar. Und das, das sag ich immer wieder: alleine der Umstand, dass ich in der Früh rauskomme, und habe einen ganz klaren Kopf, ja..., das ist schon allein ein so ein schönes Gefühl, das habe ich ja früher nie gehabt, ja. Also, vor 20 Jahren, so ungefähr. Und... das ist ein so ein schönes Gefühl, äh, das möchte ich..., nie mehr haben, das andere Gefühl, ja. Das, wenn du im Bett..., ich bin ja oft bis..., bis Nachmittag im Bett gelegen, ja. Und bin dann, bin dann halt, äh..., wenn es mir wieder besser gegangen ist raus gegangen. Aber... das Gefühl, nur wegen dem Gefühl allein täte ich schon nie mehr etwas trinken. Dass ich das... nicht mehr habe, das..., das negative Gefühl, ja. Und äh, und das, und auch äh..., es ist in der Partnerschaft alles besser geworden, es ist mit dem Sohn besser geworden, der war damals fünf Jahre alt, ja..., wie ich aufgehört habe. Und, äh..., es ist eben einfach alles besser geworden. Es ist nichts schlechter geworden. Durch das, dass ich nichts mehr getrunken...

GL.: Entschuldigung. Würden Sie sagen, es ist dann die Familie, die Ihnen dann den Halt gibt? Oder...?

T3: Nein, nein, das bin schon ich selber, weil ich habe für mich selber aufgehört. Wenn ich, zum Beispiel so..., für die Mutter aufgehört hätte..., die hat ja damals noch gelebt, jetzt ist sie mittlerweile schon gestorben. Dann wenn die gestorben wäre, damals..., dann hätte ich wieder saufen können, wenn ich für die Mutter aufgehört hätte. Ja. Das ist ja so ein, so ein, ich habe gesagt „Für mich... höre ich auf!“ Ja. Dass natürlich dann..., das alles besser wird, mit der Familie..., das ist ein...äh, äh..., wie sagt man? Eine Kettenreaktion einfach, das ist einfach dann automatisch besser geworden. Auch mit dem Führerschein. Weil ich habe ja gesagt...

mit dem Führerschein..., äh, wegen dem Führerschein bin ich hier her gekommen..., und ich habe auch gewusst..., den Führerschein krieg ich irgendwann wieder. Aber.., mir war das nicht mehr so wichtig... dann. Das ist dann so wie so eine Begleiterscheinung..., also, wie ich dann nichts mehr getrunken habe..., war eine Begleiterscheinung gewesen, dann habe ich den Führer..., da habe ich halt die.., den äh...,den äh..., wie sagt man jetzt?

Jemand sagt: MPU

T3: Das wieder gemacht, dann bin ich halt dann..., nicht mehr durchgefallen. Das war einfach..., aber mir war er dann nicht mehr wichtig..., der Führerschein. Dann war er es schon wieder, aber..., ich habe gewusst..., ich will ihn wieder, aber ich..., irgendwann krieg ich ihn wieder..., aber nicht unbedingt um jeden Preis..., ja. Mir war wichtig..., weil ich gemerkt habe, mit mir stimmt irgendetwas nicht..., mit, mit dem Alkohol und so..., und äh..., ich habe für mich aufgehört.... Und..., was jetzt noch dazu kommt, ich bin ja früher in den Wirtschaften gewesen..., zum Trinken natürlich, und... innerhalb von zehn Jahren..., wie ich aufgehört gehabt habe, sind 15 Leute gestorben. Die mit mir immer gesoffen haben, auf Deutsch gesagt..., so muss man es einfach sagen..., und da habe ich gewusst, jeder einzelnen von denen hat viel getrunken..., ja, sonst wären die heute alle noch am Leben. Ja. Und ich bin dann auch später einmal, immer wieder einmal, in die Wirtschaft gegangen..., habe zwar nichts mehr getrunken..., habe halt... einfach..., mich hat das einfach interessiert... wie es ist. Dann hat es wieder geheißen „Der ist gestorben." „Hast du schon gehört? Der ist gestorben." „Der ist gestorben." Das ist... eine ganz komische Woche einfach. Und dann haben die mich da... Länger wie eine Stunde habe ich es gar nicht ausgehalten. Weil dann haben die sich um den Bart, um des Königsbart, äh..., des Kaisersbart gestritten..., und dann bin ich wieder gegangen, ja. Aber..., öfter habe ich trotzdem..., bin öfter immer nochmal hinein und habe... Das war für mich gut, eigentlich..., weil..., die haben dann immer noch gesoffen und ich nicht. Ich bin da raus..., ich war richtig... fröhlich bin ich drüben raus, weil ich gewusst habe..., ich sauf nichts mehr. Und die saufen. Die haben mich immer gefragt..., „Ja, wieso trinkst jetzt du nichts mehr?" „Weil es mir super geht." Das kann ich euch gar nicht erklären, wie gut es mir jetzt geht. Das kann ich euch nicht erklären. Ja. Und das hätte ich auch gar nicht erklären können, weil ich das gar nicht begriffen hätte. Und „Wenn ich, wenn ich wieder was trinke" habe ich gesagt..., „ich weiß ja nicht, vielleicht kann ich in zehn Jahren..., oder, nächstes Jahr schon wieder was trinken..." habe ich gesagt... aber... „blöd wäre ich, wenn ich das machen würde." Ja. Und ich habe es nicht gemacht. Und darum habe ich jeden Tag das Gefühl..., ein

schönes Gefühl, aus dem Bett rein, ich geh aus dem Bettlein raus wie ein Rehlein, ja..., weil, weil es, weil eben der Kopf total klar ist, jeden Tag. Ja. Und das ist das Schöne.

GL.: Darf ich nochmal...? Das Gefühl das..., also, sie hören ja immer für sich selber auf. Jeder für sich, sonst würden sie es ja gar nicht schaffen, aber es gibt ja irgendetwas, was Ihnen dabei... hilft.

T3: Was mir geholfen hat, meinen sie?

GL.: Einem jeden! Nicht nur speziell jetzt Sie.

T3: Ja.

GL.: Wie er gesagt hat (GL deutet mit Kopf zu T2): das ist meine Musikband, das sind meine Arbeitskollegen, das sind meine..., das ist die Selbsthilfegruppe hier, das ist dieses oder jenes. Irgendetwas muss es ja geben, was Ihnen hilft, diesen Willen so... den am Leben zu halten.

T4: Ähm, da habe ich noch was vergessen..., zu sagen..., und zwar: Bei mir war es ja so gewesen, dass ich so viel gesoffen habe..., äh..., dass ich ja noch nicht einmal erlebt habe, ähm..., was mit dem, ähm, den sogenannten Jahreszeiten..., dass ich also die Natur..., nicht mehr erlebt habe. Das ich alles nur so... vor mich hingenommen habe, und äh, so zwei, drei Jahre nachdem ich trocken... gewesen bin, äh..., so langsam, aber sicher, die Natur angefangen habe, zu entdecken. Und, äh...., das klingt zwar, äh, äh, kindisch in der Hinsicht, aber es ist so bei mir gewesen..., und...

T3: Das ist doch nicht kindisch. Da muss ich jetzt einmal eingreifen, weil das ist nicht kindisch. Es gibt ja Leute, die, die..., die hören ja die Vögel gar nicht mehr pfeifen. Ja.

T4: Ja. Und äh..., dieses, dieses entdecken..., äh..., der Natur, was ich heute noch habe..., wo ich heute noch neugierig bin..., äh..., das ist für mich auch ein weiterhin, ein Ansporn trocken... zu bleiben. Weil..., es gibt ja vieles, was man..., ähh..., ich bin so etwas von neugierig geworden..., also, dass ich äh..., auch in die... ganzen Ecken..., ähm, am Rumkrauchen bin. Wo meine Partnerin..., also, sagt sie, „was willst denn da eigentlich noch?“ Da sag ich „aber..., ich will das entdecken“. Und das hat mich ja so, äh..., in diesen..., 15 oder 15, 16 oder 17 Jahren, äh, wo ich an der Flasche gehangen habe..., einfach weg gesoffen. Einfach weg gesoffen. Und jetzt kann ich es erleben. Und das Erleben, das ist...das, warum ich sagen kann..., es lohnt sich, trocken zu bleiben.

T6: Ich habe so etwas ähnliches. Also, meine Schwester hat dann vor ein paar Jahren einmal gesagt „Sag mal, kriegst du eigentlich noch mit, dass das draußen jetzt gerade Herbst ist, ne? Siehst du das eigentlich noch?“ Und habe ich gedacht... „Was will die? Die soll mich in Ruhe lassen damit. Mit ihren Ratschlägen.“ Und, ähm..., jetzt aber... habe ich auch..., so wie mein Vorredner..., auch... die Natur wieder entdeckt. Also, ich habe jetzt mit meinem Mann..., zusammen..., wir haben, ähm, beide Dauerkarten für den Tiergarten hier..., und für deren... gehen gern, sehr gern dort spazieren... und beobachten einfach... Tiere, Kinder oder was gerade kommt. Und äh..., ich rieche wieder zum ersten Mal..., ich habe ja... durch den Alkohol, alle Sinne auch betäubt..., und weiß jetzt, wie schön dass es ist und denke „mein Gott..., das hast du alles gar nicht mehr wahrgenommen“. Die Vögel, die da zwitschern. Die Tiere, die da rumlaufen. Was die Mütter... mit ihren Kindern machen da im Streichelzoo. Welches Kind besonders mutig ist, welches nicht. Und, und... ich beobachte... da manchmal nur..., und freu mich... am Leben. Und das... war mir durch den Alkohol... total verloren gegangen.

T3: Da ist bei dir auch wieder das Gefühl für..., für andere Menschen gekommen, ne?

T6: Ja.

T3: Das ist bei mir auch so gewesen. Ja. Das Gefühl ist einfach wieder da, ne. Dass es andere Menschen auch noch gibt. Ne.

T1: Also, ich hatte zuerst bloß die Gruppe als Halt. Ich hatte gar nichts mehr. Und das war einmal mein Partner.... Der hat ja das Trinken vorher auch ignoriert. Das war jetzt nicht unbedingt so ein Halt für mich. Also, weil ich mir gedacht habe, okay, wenn ich rückfällig würde, äh, dann würde er das wahrscheinlich auch wieder ignorieren. Beziehungsweise nicht merken, der hat da... irgendwie halt..., keine Ahnung..., ich war auf jeden Fall damals davon überzeugt, dass ich es wieder vor ihm verstecken könnte. Ich habe es vor ihm versteckt gehabt. Und..., und da war eigentlich nur die, die Gruppe da. Ich habe dann, dann auch unter der Woche immer so gedacht..., wenn das jetzt passiert, was ich dann der Gruppe dazu erzählen würde. Bis dann wieder Mittwoch war und ich ganz andere Sachen erzählt habe. Aber allein diese Gedanken, dass ich das jetzt erzählen könnte, wie ich das machen würde..., hat mir am Anfang geholfen. Und dann..., bin ich auch in die Musik gegangen..., wobei ich... sing jetzt gar nicht so... gern und gut, aber... nur um halt auch in ein alkoholfreies Umfeld zu kommen. Und mit zum Wandern... gehe ich auch. Und ich schaffe mir auch Öffentlichkeit. Das habe ich am Anfang auch nicht gemacht. Äh..., da wollte, da habe ich das noch als

Schmach empfunden..., dass ich gesoffen habe. Und deswegen habe ich es niemandem erzählt. Aber jetzt, zum Beispiel, gehe ich ja auf keine Parties mehr, oder Feiern... oder treffe mich mit anderen Leuten, ohne das im Vorfeld zu sagen. Äh.., damit ich gar nicht in die Situation komme..., dass mir jemand etwas anbietet. Also..., wenn mich jemand zu einer Party einlädt..., ähm..., dann sage ich es gleich möglichst vielen..., also, der, dem Gastgeber..., möglichst vielen von den Gästen, die ich kenne, äh..., dass ich nichts trinke. Und... dann habe ich da auch kein Problem damit..., dass mir die etwas anbieten... Und ich dann irgendwie... ist es mir doch nach wie vor peinlich, es abzulehnen, weil solche Leute haben wir früher als Spaßbremse bezeichnet. Die auf Feiern gehen..., und dann..., dann sich mit einem Wasser hinsetzen, den ganzen Abend. Ja.

T5: Also bei mir war es so...: Im Nachhinein weiß ich jetzt, dass ich in den acht Jahren, in denen ich... dem Alkohol... zugesprochen habe..., ähm.., zeitweise auch, ist es mir so gegangen, dass ich mein Umfeld nicht wahrgenommen habe. Ich bin nach Hause gekommen vom Dienst..., ähm, habe zwei Schnäpse getrunken, bin ins Bett gegangen, bin aufgestanden, gewaschen, vielleicht schnell noch etwas eingekauft, wieder zum Dienst gegangen. Ähm, der Stress war unheimlich hoch. Und ich habe dann hier in der Gruppenarbeit gelernt..., wie ich Stress abbauen kann. Das heißt, ich war vorher ein reiner Ja-Sager..., ein Beispiel: Schwager ruft mich sonntagnachts um zwei an, er ist bei Hersbruck betrunken..., mit dem Auto in den Graben gefahren.... Was habe ich gemacht? Angezogen. Hinaus gefahren, den aus dem Graben raus gezogen. Ähm, da habe ich gelernt... Nein zu sagen. Und..., das habe ich dann beruflich auch gemacht, und dadurch hat sich wahnsinnig schnell... viel Stress aufgebaut. Ich habe damals für meinen Chef... die ganze Arbeit gemacht..., ist mir hinterher dann gekommen..., äh, habe ich hier gelernt, der ist immer gekommen: „T5, kannst einmal...?“ Dann habe ich dem seine Arbeit mitgemacht. Das heißt, ich habe... meine Arbeit gemacht (lacht)... und dem seine. Und dann..., äh, ist dazu gekommen, dass ich eben dann, nach Hause ins Bett... äh..., ich habe in einer wunderschönen Wohnung gewohnt..., und äh..., da waren blühende Bäume..., und die Vögel waren da. Ich habe das nicht mehr wahrgenommen. Und heute ist mir klar..., es war einfach so. Ich habe mit den Alkohol... meine ganze Freizeit eigentlich..., kaputt gemacht. Und dann..., habe ich meine jetzige Frau kennengelernt..., und... äh..., da war mir auch eine große Hilfe, dass sie gesagt hatte, in dem Moment, an dem Tag, wo ich gesagt habe „Ich trinke keinen Alkohol mehr.“, dass sie gesagt hatte „Dann trinke ich auch keinen mehr.“ Und das haben wir jetzt beide fast die 11 Jahre durchgehalten. Und... ähm..., und es kommt noch etwas dazu: das Bewusstsein, jetzt ist wieder eine Stresssituation.

Und da weiß ich..., früher habe ich bei der Stresssituation..., dann... den Schnaps gebraucht..., damit ich... Schlaf im Körper habe, und so..., und da sage ich halt..., ich muss die Stresssituation abbauen. Und dann..., dazu hilft... mir der Alkohol nicht..., weil..., dann gehe ich ins Bett..., und die Stresssituation ist selber wieder da. Wenn ich aufwache. Also, das war, äh,... der Unterschied bei mir ist natürlich auch schon ein bisschen dazu gekommen..., dass ich nicht laufend trinken konnte..., weil ich manchmal sechs Wochen lang Sch.., äh... , Rufbereitschaft gehabt habe..., und wir sechs Tage..., am Tag... neun Stunden gearbeitet haben, ohne Pause.... Also, das..., wenn ich arbeiten musste, dann konnte ich nichts trinken. Aber sobald einmal irgend eine Freizeit war..., ich musste ja meine Überstunden einmal wegnehmen, oder so. Dann vor allem habe ich viel ge..., habe ich mehr getrunken als was gut war..., und vor allem zu einem Zeitpunkt, wo ich es nicht gebraucht habe. Und da muss ich sagen, da hat mir..., sozusagen..., die Familie geholfen. Und dann, ich habe einen erwachsenen Sohn, mit... 40 Jahren..., äh..., der kaum Alkohol trinkt. Und da habe ich mir auch überlegt, äh... „Wie schaut denn das für den aus, wenn ich..., äh..., bei dem alkoholisiert auftauche?“ Also, es waren mehrere Faktoren. Der eine Faktor ist eigentlich schon..., wie Sie gesagt haben..., Familie, die da mit gezogen hat. Und wir haben da, das dann auch..., äh..., auch exzessiv durchgezogen. Das heißt: Schnapsgläser, Biergläser, Weingläser..., alles aus raus aus der Wohnung. Ja. Auch leere Flaschen, die noch..., die wir für Saft machen, oder was, aufgehoben hatten... Alles raus... aus dem Haus. Und..., heute muss ich sagen..., äh, ich habe keinerlei Appetit auf einen Alkohol, oder so,... aber ich bin mir heute bewusst...: meine Lebensqualität... hat dadurch... zugenommen. Äh..., ich bin dankbar dafür, dass meine... mein Leidensdruck..., äh, -pegel... dass der sehr nieder war, scheinbar. Sonst wäre ich von selber gar nicht darauf gekommen..., dass ich jetzt... da irgendwie... was... falsch mache. Ich denke einmal, jeder hat ja so einen Pegel von einem Leidens..., von einer Leidensdruckgrenze. Und wenn die überschritten wird..., dann wird man aktiv..., wahrscheinlich. Also..., Angst, wie gesagt worden ist..., und so weiter. Aber... äh..., ich erlebe es ja in anderen Gesprächen..., so in meinem Umfeld..., da gibt es auch Leute, die... sehr viel trinken..., dass sie am nächsten Tag nicht mehr wissen, was sie gemacht haben, oder so. Äh..., bei denen ist der Leidensdruck noch nicht..., die Grenze nicht erreicht. Und bei mir war das also... ist, äh, die... Leidensdruckgrenze anscheinend sehr niedrig gewesen. Das von mir, von innen heraus schon gekommen ist... „Jetzt ist es zu viel.“ Weshalb ich mich aber eingestuft habe, als Alkoholiker..., ich habe nämlich auch Anzeichen gehabt..., des Alkoholkranken. Ich habe versteckt. Ich habe nachgefüllt. Ich habe auf Vorrat gekauft. Ja. Ich wusste.., ich habe noch eine halbe Flasche daheim..., die hätte noch eine Woche gelangt, für mich.... Aber ich habe

noch eine neue mitgenommen..., auf dem Heimweg vom..., vom Dienst. Also..., die Anzeichen vom Alkoholkranken waren vorhanden. Wenn ich es heute einmal so sehe..., mein ganzes Umfeld hat sich irgendwie verändert. Wobei ich davon ausgehe, ich muss keine Mitwisser haben. Also, ich muss der Bäckersfrau nicht erzählen warum ich nichts mit Alkohol will, oder was. Da gehe ich hin, weil ich meine Brötchen will, oder was zum Essen will. Warum ich keinen Alkohol will..., das geht der nichts an. Aber in meinem Umfeld, in der Verwandtschaft, und so weiter... die wissen das alle. Und die wissen das auch deshalb..., wenn sie zu mir, zu Geburtstagsfeiern kommen, dann gibt es keinen Alkohol. (...) Wenn jemand einen mitbringt, dann soll er hinaus gehen vor die Tür, und soll da draußen seinen, seinen Alkohol trinken. Aber nicht bei mir im Haus. Das ist also für mich.., ich habe... so grundlegende...äh, Regeln festgelegt. Bei mir im Haus gibt es keinen Alkohol. Und wenn ich irgendwo hinkomme, wo Alkohol getrunken wird, dann... akzeptiere ich das, dass jemand Alkohol trinkt, aber wenn es zu viel wird, dann.... Da in..., der Klinik..., Weihnachtsfeier..., ja: da gehe ich halt Nachmittag um drei dann heim. Wenn die dann ihren Schnaps rausholen und, und, und fangen dann zum Lallen an, und zum Singen, und sonst etwas. Singen dann irgendwelche Schlager in der Weihnachtsfeier, ne. Äh..., das heißt, es hat sich auch mein Umfeld geändert. Ich war 20 Jahre lang Fußballschiedsrichter und da war es doch öfter einmal üblich, dann nach dem Spiel, mit den Spielern zusammenzusitzen, und da sind dann die Maßen hingestellt worden. Ich habe da nie einen Alkohol getrunken. Ich habe außer Haus nie einen Alkohol getrunken. Aber da bin ich dann gegangen, einfach. Weil ich das nicht..., warum soll ich mich da mit hinsetzen? Und wenn die da sich den Kopf vollsaufen, ist es nicht mein Leben. Und ich muss da nicht teilhaben, daran.

T4: Ähm... Du hast eben gerade... , T5,... du hast dieses Feiern und so..., angesprochen. Ähm..., ich habe also auch erlebt, dass ich..., ich bin jetzt..., ich wohne jetzt seit so..., erst seit einem Jahr... hier... in Fürth. Also..., Nürnberg, Fürth..., das gehört eigentlich noch zusammen. Ich habe vorher in München gewohnt. Und ich jetzt also schon... äh, hier auf dem Volksfest gewesen, bin auch in Fürth auf der Kirchweih gewesen... und... äh, wenn ich das vergleiche jetzt mit München..., äh..., mit dem Oktoberfest..., dass im Ok..., im Oktoberfest ist das Fo..., liegt der Fokus auf dem Saufen. Mehr nicht. Und... äh..., wenn ich das jetzt vergleiche hier in..., in Nürnberg das Volksfest oder die... Michaeliskirchweih..., da wird gef..., das ist also... mehr, äh,... ja... für Familie. Da kann man auch Sonntag nachmittags noch in aller Ruhe, noch was..., äh..., äh..., was, äh... was erleben. Und in Ruhe auch... in ein... Zelt gehen. Und, äh..., das find ich für mich... sehr angenehm. Äh..., dort auch zu wissen, dass es

auch Volksfeste gibt..., äh..., wo der Fokus nicht nur auf das Bier, sondern auch auf... das Karussell oder auf..., äh, ja,... Fischbude... oder, äh... Süßigkeiten..., äh, gelenkt wird, und ähm..., das ist auch für mich also, so ein stückweit... mehr Sicherheit zu haben. Muss auch hinzu sagen, also, ich...äh, zu der Zeit, wo ich, ähm, trocken gewesen bin..., bin ich in München dann...erst... nur noch zweimal auf dem Oktoberfest gewesen... und habe gesagt „Also, es bringt nichts. Das ist für mich nichts mehr."

GL.: Ich hätte jetzt nochmal..., weil wir sind jetzt echt schon ganz schön weit fortgeschritten in der Zeit. So lange wollte ich gar nicht. (Lachen im Raum) Ähm... Ähm..., ich hätte nochmal ganz... wirklich kurz, vielleicht, dass jeder überlegt, ähm, was würden Sie einem anderen Alkoholkranken... raten..., welche Tipps würden Sie ihm geben, wo er sich hinwenden kann..., oder..., was er tun kann, um abstinent zu werden, oder...ja.

T4: Ja, also... Das ist erst einmal der Arzt. Dann ist, ähm..., Entgiftung..., in ausgewiesenen Krankenhäusern.... Das Beste sind eigentlich Bezirkskrankenhäuser, die das machen. Dann..., äh..., Selbsthilfeorganisationen wie das Blaue Kreuz, Kreuzbund, Guttempler.... äh, AAs. Ähm, dann..., das was du gemacht hast (schaut zu T6)..., also, Langzeittherapie. Ähm, auch psychosomatische Kliniken... machen so etwas..., aber weniger mehr... das denke ich mal. Und auch..., ähm, der Krisendienst, zum Beispiel hier... in Nürnberg in der Hessstraße. Das ist, sind eigentlich so die..., was ich wüsste, wo man sich hinwenden kann... als Betroffener.

T7: Man muss aber erst, äh, selber erkennen, dass man... Alkoholiker ist. Ne. Ich kann... einem anderen, der viel trinkt, viel sagen..., aber der nimmt es wahrscheinlich, äh..., nicht an. Naja, ich glaube, da... ist die Selbsterkenntnis...,äh..., steht an erster Stelle.

T3: Genau! Das kann dir auch keiner sagen, ob du Alkoholiker bist, oder nicht. Das weißt du nur du selber.

T7: Ja.

T3: Und du weißt, ob du am Tag dreimal in den Keller runter gehst und was trinkst. Das weiß ja der Doktor nicht. Der weiß zwar, dass jetzt du vielleicht mit der Leber irgendetwas hast, aber dass du Alkoholiker bist, das weiß der nicht. Das weißt nur du. Ob du das brauchst oder nicht brauchst..., das kannst nur du wissen. Der Doktor weiß das nicht.

T5: Die Frage war ja, „Was würde ich jemandem raten?" Ich meine, ich kenne es jetzt aus der Beratung heraus. Ich würde jetzt dem nicht raten „Du musst zur Therapie gehen, und musst

das machen, und musst das machen.“ Sondern ich würde sagen „Gehe einmal du zu deinem Arzt... und sprech... den darauf an, dass du glaubst, du hast ein Problem.“ Äh.., denn der Rest, was danach kommt... Therapien und so weiter... Behandlungen..., das liegt ja dann im Arzt seinem Bemessensgrund. Das heißt..., der Arzt wird dann sagen..., „Geh du... zur Entgiftung..., oder gehe zur Therapie...“ Und, weil der muss dich ja krankschreiben..., und, und, das, das Ganze, was hinterher kommt. Die Gefahr ist nämlich das, und das habe ich..., die Erfahrung habe ich selber schon gemacht, wenn ich dann jemandem sag „Du musst da... und dann ein halbes Jahr Therapie...“, und dann sagt der „Um Gottes Willen.“ Ja. Äh... „Was sagt denn da meine Firma dazu, wenn ich ein halbes Jahr weg bin?“ Und so weiter. Also..., da baue ich unter Umständen schon eine Hürde mit auf. Sondern, eine grundlegende Anlaufstelle geben. Das kann natürlich auch sein, dass es auch „Geh einmal zur Caritas, lass dich beraten.“... aber nicht, äh..., solche Dinge aufbauen, die schon über ein Jahr... dann... schon... einen Einfluss haben. Das macht dann nämlich meistens so... Abwehr. Also, das ist meine Erfahrung aus den Beratungen. Ich mache oftmals auch Gruppenführung, äh.., in unserer Außenstelle in Langwasser, und da haben wir auch so Leute dabei „ja, ich kann doch nicht von der Firma weg“, und dann... werden nicht trocken, ja. Reduzieren sie etwas durch die Gruppenarbeit... „Aber, ich kann doch nicht..., und wenn ich da weg..., dann schmeißen die mich womöglich hinaus.“ Die Beratung, dass er gar nicht hinaus geschmissen werden kann, weil er ja krank ist..., ja, die soll ihm der Arzt geben. Da sind wir nicht dafür zu..., äh, zuständig. Denn wir wissen nicht, was im Hintergrund noch abläuft, dann. Das muss er mit seinem Arzt ausmachen. Also, ich würde da nicht sagen „Du... und dann musst du zur Therapie... und dann musst das noch..., und das.“ Aber ich würde ihm schon sagen, so wie man jetzt in Franken sagt: „Bewege deinen Arsch. Ja. Mach etwas.“ Überhaupt..., mal..., und dann sagen „Gehe einmal zu deinem Arzt und sag: du bist der Meinung...“ Weil, wenn der zum Arzt kommt und sagt, „Der andere ist der Meinung, ich bin alkoholkrank.“ dann sagt der Arzt „Wie kann denn das der andere wissen? Gehen Sie wieder nach Hause.“ Und wenn er kommt und sagt „Ich bin der Meinung...“... so dieser leichte Anstoß..., ich habe etwas zu tun.

T6: Ich fand das... sehr hilfreich, als ich so am Anfang noch stand, und das alles noch vor mir hatte..., äh..., dass... der Leiter der Caritas hier in Nürnberg, äh..., zu uns, ich war mit meinem Mann dann da, äh..., sagte..., wenn ihre..., äh..., zu meinem Mann: „Also, wenn ihre Frau jetzt so... Suchtdruck...“ ich find das Wort eigentlich blöd, aber... „...Suchtdruck empfindet..., dann machen Sie einfach etwas anderes. Fahren Sie..., was Sie gern mögen... also... fahren Sie... ins Museum, ...nach, äh, München..., unternehmen Sie irgendetwas, dass sie auf andere Gedanken

kommt.“ Und so in der ersten Zeit, als ich noch nicht so gefestigt..., äh, gewesen bin, wie... jetzt, hat mir das sehr gut geholfen, etwas anderes zu machen. Statt das..., äh, an die Flasche zu gehen. Einfach so..., in die Stadt zu laufen..., oder etwas zu besichtigen.... und jeder hat ja andere Interessen. Oder, der eine mag vielleicht Fußball spielen, oder ein altes Hobby mal wieder aufnehmen, Leute anrufen... Also, man kann so eine ganze Liste... zusammenstellen mit Tätigkeiten, die man anstatt dessen machen... könnte, und wir sind in der ersten Zeit so verfahren. Wir sind dann, wenn es mir nicht so gut ging, oder so, oder ich tröppelig guckte..., hat mein Mann gesagt: „So, jetzt fahren wir. Wo wollen wir hin?“ Ne. Sind wir vielleicht an die Seen hier... äh, gefahren. Also, unterschiedliche Sachen haben wir gemacht. Und das hat mir so als erste Maßnahme..., äh..., gut geholfen.

T3: Ja und da hast du das Trinken vergessen?

T6: Ja.

T3: Echt?

T6: Weil ich etwas anderes gemacht habe.

T3: Das funktioniert wahrscheinlich nicht bei jedem, denke ich.

T6: Das kann sein, aber bei mir hat das... funktioniert.

T5: Wenn der Suchtdruck nachts um halb zwölf kommt..., kannst du in kein Museum gehen...

T6: Nein. Jetzt...

T5: ...oder an einen See fahren.

T6: Nein. Jetzt... bin ich ja weiter. Deswegen musste das.. der Rest ja schon sein..., was ich da gemacht habe. Diese ganze Therapie. Aber für so... den Einstieg fand ich das ganz hilfreich... was anderes zu machen.

T2: Ich denke auch, dass diese Suchtberatungsstellen, ob das Caritas oder Stadtmission ist, wirklich gute Anlaufstellen sind.

T6: Ja.

T2: ...weil, äh...das sind... Bei mir war es ein alter Hase, muss man sagen, der mich da beraten hat. Also..., wirklich einer, der zum Einen..., die psychologischen Grundlagen hatte... und

zum Anderen auch, äh, jahrelange Erfahrung mit Suchtkranken. Ich denke, diese Beratungsstellen sind wirklich sehr kompetent in der Richtung. Und vor allem, was hinzu kommt, die kennen vielleicht auch Ärzte..., die mit Sucht... sich ein bisschen auskennen. Denn wenn man an den falschen Hausarzt erst einmal gerät..., also, mein Hausarzt hat es ja auch erst verharmlost irgendwo, beziehungsweise hat sich nicht getraut mich anzusprechen. Ich meine, jeder muss selber erkennen „Ich bin alkoholkrank.“..., aber wenn der Arzt das einem dreimal sagt.., ähm... „Du bist Alkoholiker. Mache etwas!“..., dann glaubt man es vielleicht ein bisschen eher. Und wenn der Arzt immer sagt „Na, saufe halt ein bisschen weniger. Das wird schon wieder.“, so ungefähr..., das..., also die Ärzte sind ja oftmals, meiner Ansicht nach, nicht kompetent genug um das... in die Wege zu leiten, die Geschichte. Von daher finde ich den Einstieg über die Suchtberatung irgendwo... auch gut. Weil sie zum Einen kompetent sind und vielleicht auch..., und die wissen auch, wie man diese Sozial..., ähm..., -berichte schreiben muss.., für die, für die... äh, Langzeittherapie und den ganzen Summs, der da dran hängt für die Rentenversicherung, was man alles machen muss. Also, das ist irgendwo, finde ich..., der perfekte Einstieg. Meiner Ansicht nach.

T6: Leider gibt es diese Tagesklinik nicht... mehr. Die ist aufgelöst worden. In der Nähe des Hauptbahnhofes war, gab es eine Tagesklinik. Zuerst... wollte ich auch die..., äh, benutzen... anstatt, äh, nach Hutschdorf dann zu kommen. Äh, aber die... haben dicht machen müssen. Da stand nicht mehr genug Geld zur Verfügung. Das, äh, ist sehr schade, dass, dass... die nicht mehr existiert, weil..., die wurde auch empfohlen in den Sachen, die im Klinikum Nord, wo man zur Entgiftung ist, auslag. Die hatten so Prospekte, und da habe ich gedacht „Ach ja, Tagesklinik ist nicht schlecht. Da kannst du abends..., äh, noch nach Hause und so brauchst du dein Leben nicht gänzlich umstellen.“. Und die haben jetzt leider dicht machen müssen, letztes Jahr.

T5: Bei der Sucht.... Bei der Tagesklinik waren wir aller viertel Jahr dort. Weil die aller viertel Jahr, äh, praktisch die Patienten geändert haben, und da waren wir aller viertel Jahr einmal, einen Nachmittag dort. Beziehungsweise Vormittag bis in den Nachmittag hinein,, und haben dort das Blaue Kreuz vorgestellt und so weiter. Wobei mir eines aufgefallen ist..., dass viele Patienten dort warne, schon in Suchtberatungsgruppen drinnen waren. Die haben das noch zusätzlich gemacht. Ne. Aber die haben dann aus finanziellen Gründen zumachen müssen.

T6: Ja. Schade.

T5: Das ist schade, ja. Da war ein ganz großen Potential vorhanden, weil die haben doch immer 30, 40 Leute dort gehabt. Ne. Aber, wenn Sie Interesse daran haben, ich habe hier von den Beratungsstellen, natürlich für meine Beratungszeit,... (T5 holt ein kleines Büchlein heraus und zeigt GL Telefonnummern).

GL.: Nein, brauche ich nicht. Danke. Also, Tipps hätte ich noch gern, für andere, die gerne Hilfe hätten.

T1: Also, ich denke auch, dass diese, dass diese Suchtberatungsstellen die erste Anlaufstelle sein könnten, oder sollten. Und dann denke ich, dass es ohne Selbsthilfegruppe fast nicht geht zufrieden zu werden. Ich meine, man kann sicher mit trinken aufhören..., aber um..., um zufrieden zu werden mit seiner Abstinenz, muss man auch an sich arbeiten. Und das meine ich, geht. Man kann auch zum Psychologen gehen. Also, jetzt immer alles nicht gleich aufhören, aber so eine, so eine Selbsthilfegruppe..., äh, halte ich eigentlich... fast für... unumgänglich. Also, um..., um das auf... auf Dauer hinzukriegen.

T2: Ja, Psychologen. Also, ich habe auch Psychologen wahrgenommen, weil..., bei mir liegt auch ein Kindheitstrauma vor, und dergleichen..., und das merkt man erst bei der Therapie, oder nach der Therapie, wo eigentlich die Wurzeln liegen von der ganzen Geschichte, also. Ich denke, bei jedem, der irgendwo einmal, äh..., alkoholkrank geworden ist..., sind irgendwo... Sachen im Untergrund, die aufgearbeitet werden müssen. Von daher würde ich... jedem eigentlich raten, dass er... irgendwo einen Psychologen... hinzuzieht.

T4: Was ich dazu noch sagen wollte. Es ist manchmal auch hilfreich..., wenn ein Hilfesuchender... bei einem Betroffenen... die Hilfe sucht, der selber..., äh, also, aber trocken ist..., weil das authentischer ist... für denjenigen, der die Hilfe.., äh, in Anspruch nehmen möchte. Äh, weil er sich dann teilweise sagen kann, äh... „Ja, was der geschafft hat, das könnte ich aber auch schaffen.“ Ein Ansporn... für denjenigen. Das habe ich, ist also auch ein Thema... in der... in dem Lehrgang für Suchtkrankenhilfe gewesen.

GL.: Denken Sie jetzt an eine Suchtgruppe, zum Beispiel?

T4: Ja, Suchtgruppe? Suchtgruppe, oder ein Eingangsgespräch bevor man also in eine Suchtgruppe geht. So etwas..., was ihr ja hier auch macht (schaut zu T5)..., dass man halt praktisch dann... selber betroffen, äh...,... dem jenigen, der Hilfe sucht, äh, vermittelt... „Es gibt... die Möglichkeiten trocken zu werden. Ich habe es auch geschafft.“

GL.: Gibt es noch abschließend irgendwelche Kommentare?.... (Schweigen für zirka fünf Sekunden und ein Umschauen in der Runde) Okay, dann machen wir hier Stopp.

Hinweis zur Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorenInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angaben der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet.

Nürnberg, den.....

Unterschrift der Verfasserin, Tina Varga