

Masterthesis

Das Erleben und die Bedürfnisse häufig
wiederkehrender alkoholisierter Patientinnen/Patienten
bei der Versorgung durch professionell Pflegende in der
Notaufnahme

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät: Wirtschaft und Soziales
Department: Pflege und Management
Studiengang: Master Pflege

Vorgelegt von:
Margot Dietz-Wittstock



Matrikelnummer:



E-Mail:



Abgabedatum: 21.3.2017

Erstprüfer: Frau Prof. Dr. Uta Gaidys
Zweitprüfer: Frau Prof.Dr.C. Petersen-Ewert

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	4
2. Einleitung	5
3. Zielsetzung und Fragestellung	8
4. Theoretischer Hintergrund	8
4.1. Akute Alkoholintoxikation	9
4.2. Alkoholismus und Alkoholabhängigkeitssyndrom	9
4.3. Komplikationen und Folgeschäden bei Patienten mit chronischem Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeitssyndrom	10
4.4. Alkoholintoxikation	11
4.5. Einwilligungsfähigkeit	13
4.6. Entlassfähigkeit	14
4.7. Primäre Fehlbelegung	14
4.8. Bedürfnisse	15
4.9. Gewalt	17
4.10. Evidenced based Nursing	18
4.11. Ethik	19
4.11.1. Ethik in der Qualitativen Pflegeforschung	19
4.11.2. Das Thema Ethik im vorliegenden Forschungsvorhaben	19
5. Der Studienbereich	20
6. Auswahl der zu Befragenden	21
7. Methodologie	22
8. Methodik	23
8.1. Datenerhebung	23
8.2. Datenauswertung und die einzelnen Schritte mit Bezug zur durchgeführten Forschung	24
8.2.1. Festlegung des Materials	25
8.2.2. Analyse der Entstehungssituation	25
8.2.3. Formale Charakteristika des Materials	27
8.2.4. Richtung der Analyse	28
8.2.5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung	28
8.2.6. Bestimmung der Analysetechnik und Festlegen des Ablaufmodells	29
8.2.7. Definition der Analyseeinheiten	30

8.2.8. Analyseschritte mittels des Kategoriensystems	30
8.2.9. Rücküberprüfung	30
8.2.10. Interpretation der Ergebnisse	30
8.2.11. Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien	30
9. Das Vorgehen	32
10. Ergebnisse	35
10.1. Ergebnisse in Bezug auf das Erleben	35
10.2. Ergebnisse in Bezug auf die Bedürfnisse	41
11. Diskussion	44
12. Limitation	46
13. Schlussbetrachtung und Ausblick	48
14. Literaturverzeichnis	51
15. Abkürzungsverzeichnis	56
16. Abbildungs-und Tabellenverzeichnis	57
17. Anlagen	58
I. Ethikantrag	58
II. Informationsschreiben	69
III. Einwilligungserklärung	70
IV. Interviewleitfaden	71
V. Exemplarisches Interviewtranskript	73
VI. Eidesstattliche Erklärung	81

1. Abstract

Hintergrund: In deutschen Notaufnahmen steigen die Patientenzahlen sowie die Zahl der Patienten¹ mit Alkoholintoxikationen kontinuierlich an (Ärzteblatt, 2010; DESTATIS, 2015; Kulla et al., 2016; Riessen et al., 2015).

Um eine patientenorientierte Versorgung zu ermöglichen, ist es nötig, die Bedürfnisse der Patienten zu kennen sowie ihr Erleben der Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme zu erfassen.

Ziel: Das Forschungsziel dieser Arbeit ist es, das Erleben von häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten in Bezug auf die Versorgung durch professionell Pflegende aus Sicht der Patienten selbst in der Notaufnahmen zu betrachten und zu analysieren. Ebenso sollen die Bedürfnisse dieser Patienten in Bezug auf die Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme erfasst werden.

Methodik: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt und 15 halbstrukturierte Interviews mit häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten der Notaufnahme der Diako Flensburg durchgeführt. Die Interviews wurden mittels der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnis: Die Aussagen der Patienten zum Erleben und den Bedürfnissen bezogen auf die Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme sind sehr heterogen. Legt man die Ausführungen zu Gewalthandlungen in Pflegebeziehungen von Schreiner (2001) zugrunde, lassen sich in den Interviews Aspekte von Gewalt wiederfinden.

¹ Der Einfachheit halber werden in der vorliegenden Arbeit die männlichen Formen verwendet, die weiblichen Formen sind selbstverständlich immer eingeschlossen.

2. Einleitung

„Bitte, bitte nicht festmachen!“, sind die Worte eines in der Notaufnahme schon bekannten und mehrfach behandelten alkoholisierten, alkoholkranken Patienten, der mit dem Rettungsdienst gebracht wird und für den das Bett zur Fixierung schon bereit steht ohne dass sich ein Bild seines Zustandes gemacht wurde.

Sein „Flehen“ wird nicht wahrgenommen, er wird fixiert.

Diese und ähnliche Situationen in der Notaufnahme sind keine Einzelfälle, je voller die Notaufnahme ist, desto unreflektierter und wenig individuell wird mit der Patientengruppe der häufiger wiederkehrenden alkoholintoxikierten Patienten umgegangen.

Der demographische Wandel der Gesellschaft, die Veränderungen im Gesundheitswesen wie z.B. die sich verschlechternde medizinische Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten führen dazu, dass das Patientenaufkommen in deutschen Notaufnahmen kontinuierlich zunimmt (Ärzteblatt, 2010; DESTATIS, 2015; Kulla et al., 2016; Riessen et al., 2015).

In deutschen Notaufnahmen werden mittlerweile jährlich etwa 22 Mio. Patienten behandelt (Kulla et al., 2016). Die DGINA sprach 2010 von schon 16 Mio. Patienten im Vergleich zu 2005, wo 13,5 Mio. Patienten in deutschen Notaufnahmen behandelt wurden (Ärzteblatt, 2010). Dieses entspricht von 2005 bis 2016 einer Zunahme von 38,6 %.

Professionell Pflegende in Notaufnahmen haben mit alkoholassoziierten, alkoholintoxikationsassoziierten Verletzungen und Erkrankungen sowie isolierten Alkoholintoxikationen zu tun. Alkoholintoxikationen kommen in allen Altersgruppen vor (DESTATIS, 2015). Die Zahl der Patienten, die aufgrund einer alkoholbedingten Erkrankung stationär behandelt werden mussten, hat seit dem Jahr 2000 um 21,5% zugenommen (Drogen und Suchtbericht, 2016).

Laut Statistischem Bundesamt wurden in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2014, 118562 Patienten mit der ICD-10 Hauptdiagnose F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol- Akute Intoxikation(akuter Rausch)) vollstationär, einschließlich Sterbe- und Stundenfälle, entlassen. Im Vergleich dazu lag die Zahl 2005 bei 88938 Patienten, was einer Zunahme von 25,04% in neun Jahren entspricht (DESTATIS, 2014).

In Deutschland gibt es ca. 1,9 Mio. Alkoholabhängige und rund 1,6 Mio. Menschen mit „schädlichem Gebrauch“ von Alkohol, Männer sind häufiger betroffen als Frauen (Pabst et al., 2013). Regelmäßiger Alkoholkonsum gehört zu den fünf wichtigsten Gesundheitsrisiken (WHO, 2011; Lim et al., 2010) und hat neben den gesundheitlichen auch soziale Konsequenzen (WHO, 2014).

Bei dem „schädlichen Gebrauch“ also riskantem Alkoholkonsum oder Alkoholmissbrauch steigt das Risiko für alkoholbedingte körperliche und/oder psychosoziale Folgeschäden. Alkoholranke Patienten sind häufig gekennzeichnet durch desolate physische und soziale Lebenssituationen, durch aggressives Verhalten und mangelnde Compliance (Fischer et al., 2008).

In der S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wird beschrieben, dass nach Seitz, Bühringer und Mann ein Tagesgrenzwert von über 24 g Reinalkohol bei Männern und über 12g Reinalkohol bei Frauen festgelegt ist, um als schädlicher Gebrauch bezeichnet zu werden (AWMF, 2015; Feuerlein, 2016).

Neben den Veränderung im deutschen Gesundheitswesen hat sich in vielen Regionen auch der Umgang mit alkoholisierten Menschen durch die Polizei und den Rettungsdienst verändert, wo alkoholisierte Menschen früher zunächst in eine Arrestzelle verbracht wurden, werden diese heute als Notfall in die Notaufnahme gebracht. Anfang der 1970 er Jahre kam es bei der Ausnüchterung in Arrestzellen der Polizeireviere zu mehreren Todesfällen. Ausnüchterungseinrichtungen, die nicht an ein Krankenhaus angegliedert sind existieren in Deutschland nur in Stuttgart und Hamburg (Paschen et al., 2005).

Diese Tatsache, sowie die steigenden Patientenzahlen stellen hohe Anforderungen an das Notaufnahmepersonal. Der Anstieg der Zahlen von Patienten mit Alkoholintoxikationen, die Belastungen und Auswirkungen von alkoholisierten Patienten auf das Personal der Notaufnahme sowie ihre Mitpatienten wurden in überwiegend internationalen Studien untersucht (Warren et al., 2011; Gilchrist et al., 2010; Wildt et al., 2006; Verelst et al., 2012; Gunasekara et al., 2011).

Diese Gruppe der alkoholisierten Patienten benötigt aus unterschiedlichen Gründen viele Ressourcen (Wild et al., 2006), das Notaufnahmepersonal ist den damit verbundenen hohen Anforderungen oft nicht gewachsen und setzt Prioritäten nicht zu Gunsten des alkoholisierten Patienten. Das kann die Versorgungsqualität dieser Patientengruppe negativ beeinflussen.

Dieser negative Einfluss kann nicht reversible Folgen für den Patienten haben, bedenkt man, dass das Alkoholdelir beispielsweise unerkant und somit unbehandelt eine Letalität von bis zu 15% hat (AWMF, 2014).

Pflegekräfte scheinen nicht nur psychisch und physisch, sondern auch moralisch unter Stress zu stehen. Vor allem die häufiger wiederkehrenden alkoholisierten Patienten werden anders als andere Notfallpatienten behandelt!

Reker (2015) bemerkt, dass gerade diese in höchstem Maß vulnerable Patientengruppe aus unterschiedlichen Gründen große Aufmerksamkeit benötige. Menschen mit Alkoholproblemen seien oft lebensgeschichtlich bedingt - sehr bedürftige und verletzte Menschen. Der angemessene Umgang mit dieser erhöhten Bedürftigkeit sei eine große Herausforderung (Reker, 2015).

Um dieser Bedürftigkeit gerecht zu werden, ist es notwendig, das Erleben der Versorgungssituation der Patienten zu kennen, es zu verstehen und zu akzeptieren sowie die Bedürfnisse dieser Patientengruppe zu identifizieren.

Hans et al. (2016) erklären die Notwendigkeit der Hilfe bei der „Bewältigung der Gefühle und des Stresses des Patienten, um ihm zu ermöglichen die Herrschaft über sich und sein Verhalten wieder zu erlangen („die innere Not des Patienten erkennen“), als einen wichtigen Pfeiler des Behandlungs- und Kommunikationskonzepts gegenüber intoxikierten Patienten (Hans et al., 2016, S.18).

Laut Gross (2013) schließt Evidenced based Nursing anders als Evidenced based Medicine nicht nur die Evidence der wissenschaftlichen Ergebnisse, sondern auch die Erfahrung der Pflegeperson, sowie die Wünsche der Patienten ein.

Um dem Anspruch an Evidence Based Nursing gerecht zu werden, ist es notwendig in einem ständigen Reflektionsprozess diese Wünsche und Bedürfnisse zu erheben.

Weder aus der Literatur noch aus Berichten von Pflegenden ist bekannt, wie häufiger wiederkehrende alkoholisierte Patienten die Betreuung durch professionell Pflegenden in der Notaufnahme erleben, und welche Bedürfnisse diese Patienten in diesem Setting und dieser Situation haben, daraus folgt, dass es bisher auch nicht möglich ist, die Betreuung auf diese Bedürfnisse abzustimmen.

3. Zielsetzung und Fragestellung

Um die Frage zu beantworten, wie die häufiger wiederkehrenden alkoholisierten Patienten in der Notaufnahme durch professionell Pflegende betreut werden, muss man unterschiedliche Blickwinkel betrachten.

Die Sicht der Pflegenden selbst, die Sicht des Patienten und die Sicht Dritter.

Die Zielsetzung und das Forschungsziel dieser Arbeit ist es, das Erleben von häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten in Bezug auf die Versorgung durch professionell Pflegende, aus Sicht der Patienten selbst, in der Notaufnahmen zu betrachten und zu analysieren.

Ebenso sollen die Bedürfnisse dieser Patienten in Bezug auf die Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme erfasst werden.

Meiner Erkenntnis nach wurde diese Fragestellung bezogen auf Notaufnahmen in Deutschland bislang noch nicht untersucht.

Diese Arbeit kann darum zu einem wesentlichen Erkenntnisgewinn in diesem Bereich beitragen und die Grundlage für weitere Forschung, die Reflektion der Versorgung, gefolgt von der Orientierung der Versorgung anhand der Bedürfnisse dieser vulnerablen Patientengruppe ermöglichen.

4.Theoretischer Hintergrund

Für die theoretische Fundierung des Themas wurde eine umfassende Literaturrecherche in den Datenbanken: CENTRAL, CINAHL, Cochrane, MEDLINE PubMed, SCIENCE DIRECT und Wiley Online mit den Suchbegriffen: Alkohol, Bedürfnisse, Erleben, Intoxikation, Notaufnahme und Patient vorgenommen. Ergänzend erfolgte eine Handrecherche nach dem Schneeballprinzip.

Um die zu untersuchende Patientengruppe in ihrer Individualität sowie physischen und psychischen Situation zu verstehen, ist die Klärung einiger Begrifflichkeiten nötig. Ebenso sollen die folgenden Definitionen dazu dienen, die Schwierigkeiten der Rekrutierung zur Teilnahme, der Information und der Einwilligung zum Interview zu verdeutlichen.

4.1. Akute Alkoholintoxikation

Die Akute Intoxikation ist entsprechend des Internationale Klassifikationssystems Psychischer Störungen ICD-10 (Dilling et al., 2014) als das vorübergehende Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol zu verstehen. Dabei kommt es zu Störungen des Bewusstseins, der kognitiven Funktionen sowie der Wahrnehmung, des Affektes, des Verhaltens und anderer psychophysiologischer Funktionen.

Die tatsächliche akute Wirkung des Alkohols ist von der aufgenommenen Menge und von individuellen körperlichen wie seelischen Faktoren des Patienten abhängig. Ebenso spielen Trinkgewohnung und Toleranzentwicklung beim Patienten eine Rolle (DHS, 2010).

4.2. Alkoholismus und Alkoholabhängigkeitssyndrom

Laut DHS ist die Schwelle zur Alkoholabhängigkeit erreicht, wenn jemand zunehmend die Kontrolle über den eigenen Alkoholkonsum verliert (DHS, 2015).

Unter Alkoholismus versteht man heute die Alkoholkrankheit. Ein Alkoholabhängigkeitssyndrom entsprechend der ICD-10 F10.2 liegt dann vor, wenn der Patient mindestens drei der in der S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ beschriebenen Kriterien erfüllt.

- 1.) Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- 2.) Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft).
- 3.) Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, nachgewiesen durch alkoholspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder nahe verwandten Substanz, um Alkoholentzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
- 4.) Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz.
- 5.) Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten der Alkoholeinnahme. Es wird viel Zeit verwandt, Alkohol zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
- 6.) Fortdauernder Alkoholgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Alkoholkonsums. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

(AWMF, 2015).

4.3. Komplikationen und Folgeschäden bei Patienten mit chronischem Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeitssyndrom

Der chronische Alkoholmissbrauch kann Komplikationen und Folgeschäden mit sich bringen, die sich in körperliche, psychische und soziale Folgen unterteilen lassen. Laut WHO (2014) sind über 200 Gesundheitsprobleme bekannt, die in Zusammenhang mit Alkoholkonsum stehen und weltweit ist Alkoholkonsum für 5.9% aller Todesfälle verantwortlich. Da sich der Alkohol durch das Blut im ganzen Körper verteilt, kommt es bei regelmäßig erhöhtem Konsum in praktisch allen Geweben zu Zellschädigungen. Es kann unter anderem zu Leberfunktionsstörungen mit folgender Beeinträchtigung der Gerinnungsfunktion, zu Kardiomyopathien, Gefäßerkrankungen sowie gastrointestinalen Blutungen unterschiedlichster Ausprägung und Lokalisation kommen. Aus neuropsychiatrischer Sicht ist die Wernicke-Enzephalopathie, das Korsakow-Syndrom und die Alkoholhalluzinose zu nennen, deren Auswirkungen in Abb.1 dargestellt sind.

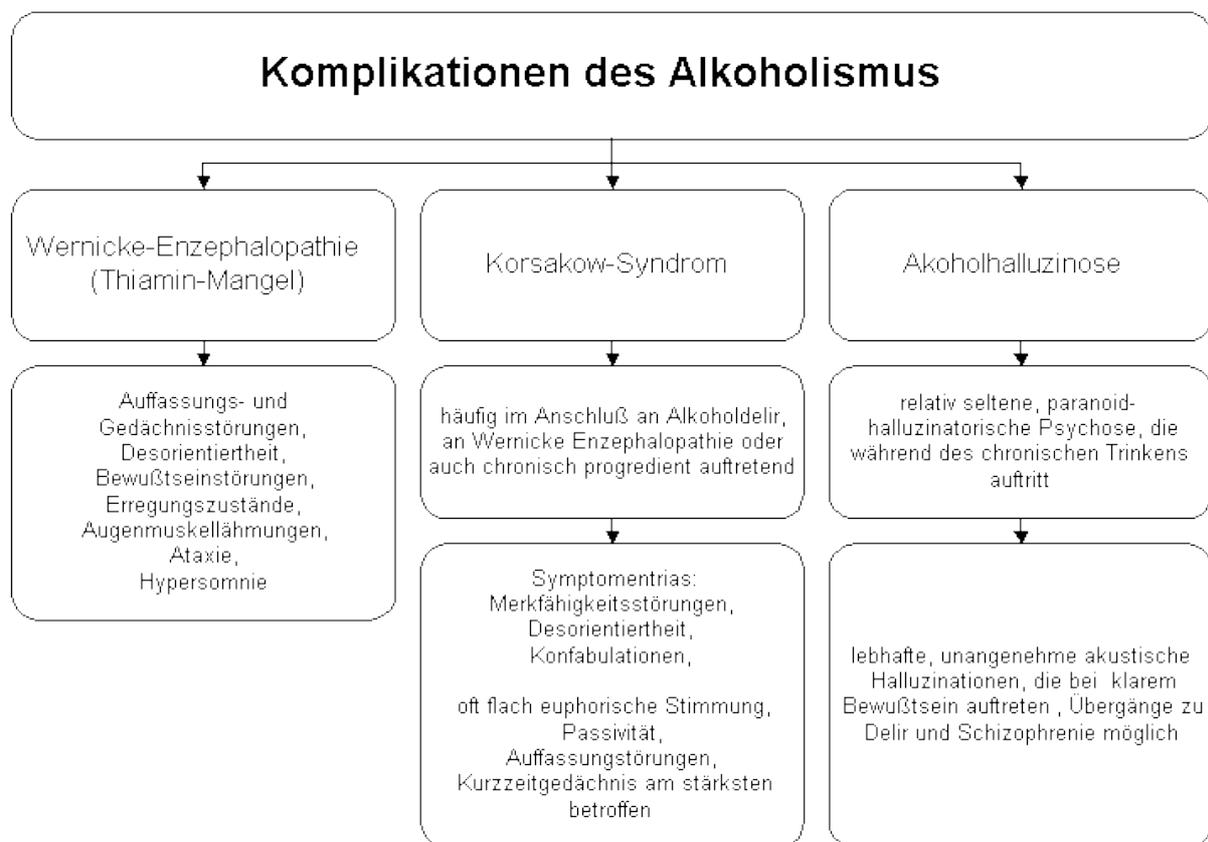


Abb.1 Komplikationen des Alkoholismus, btonline, www.btonline.de/sucht/alkohol/alkhinweise08.html abgerufen 20.08.2016

Als psychische Folgen eines länger dauernden Alkoholmissbrauchs können außerdem häufige Stimmungsschwankungen, Angstzustände, Panikstörungen, Depressionen bis hin zur Suizidgefährdung auftreten. Neben den körperlichen und psychischen Folgen des länger anhaltenden Alkoholmissbrauches kommt es häufig zu nachhaltigen Veränderungen des gesamten sozialen Umfeldes, Ehen oder Beziehungen zerbrechen, der Arbeitsplatz geht verloren, soziale Kontakte nehmen ab (Rauscher et al., 2016).

4.4. Alkoholintoxikation

Als Alkoholintoxikation wird die Folge einer Einnahme der psychoaktiven Substanz Ethylalkohol verstanden.

Klinische Zeichen sind in der Stadieneinteilung nach Dubrowski aufgeführt, im Beitrag von Hans et al. (2016) wurde diese Stadieneinteilung übersetzt, modifiziert und in Korrelation zum GCS gesetzt.

Subklinisches Stadium	0,1–0,5 g/l (0,1–0,4 ‰)	GCS
	Keine offensichtliche Einschränkung	15
Stadium I	0,3–1,2 g/l (0,2–1,0 ‰)	GCS
Euphorie	Enthemmung, Redseligkeit, Flapsigkeit Zunehmendes Selbstbewusstsein Abnahme von Aufmerksamkeit, Urteilsfähigkeit Sozialen/sexuellen Hemmungen, Reaktionszeit, Effizienz	14-15
Stadium II	0,9–2,5 g/l (0,8–2,4 ‰)	GCS
Erregung	Emotionale Instabilität Störungen von Wahrnehmung, Erinnerung, Verständnis, Urteilskraft Abnahme von Reaktionszeit, Sensomotorischer Koordination, Gesichtsfeld Schwindel Übelkeit	11-15
Stadium III	1,8–3,0 g/l (1,5–2,4 ‰)	GCS
Verwirrung	Abnahme von Orientierung, Koordination (Ataxie), Formen-, Farben-, und bioptischem Sehen, Schmerzempfindlichkeit, des Muskeltonus Extreme Emotionszustände (Angst, Aggressivität, Wut, Trauer)	7-15
Stadium IV	2,5–4,0 g/l (2,0–3,2 ‰)	GCS
Stupor	Starke Vigilanzminderung, Stupor Verlust der Reaktion auf Schmerzreize Beginnender Verlust sämtlicher Motorik Unfähigkeit zu Gehen/Stehen/Sprechen Erbrechen Ggf. Urin-/Kotabgang	3-12

Stadium V	3,5–5,0 g/l (2,8–4,1 ‰)	GCS
Koma	Tiefe Bewusstlosigkeit und Anästhesie 3–5 Reflexverlust Hypothermie Kardiorespiratorisches Regulationsversagen	3-5
Stadium VI	Ab 4,5 g/l (ab 3,7 ‰)	GCS
Tod	Tod durch Atemstillstand 3	3

Die Angabe der Blutalkoholintoxikation erfolgt in (g/l) sowie (‰) (Umrechnungsfaktor 1,23)

Tab.1 Stadieneinteilung der Alkoholvergiftung nach Dubrowski, übersetzt und modifiziert (Hans et al., 2016)

Die akute Alkoholvergiftung ist ein potentiell lebensbedrohlicher Zustand (Hans et al., 2016) und kann nach zunächst stimulierender und anregender Wirkung in Aggression und Agitation umschlagen.

Auch die Symptome des Alkoholentzugs und deren Ausprägung variieren in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Patienten und sind auch abhängig vom individuellen Gewöhnungsgrad an Alkohol.

Symptome des Alkoholentzugs
Magen-Darm-Störungen
• Appetitstörung
• Brechreiz
• Erbrechen
• Magenbeschwerden
• Durchfall
Herz-und Kreislaufstörungen
• Herzrasen
• Blutdruckanstieg
• Ödeme
Vegetative Störungen
• vermehrtes Schwitzen
• Juckreiz
• trockener Mund
• Schlafstörungen
Neurologische Störungen
• Zittern von Händen und Zunge
• Augenzuckungen
• Muskel-und Kopfschmerzen
• Sprechstörungen
• Ungeschicklichkeit bei Bewegungen
• Körpermissempfindungen
• Epileptische Anfälle
Psychische Störungen
• Angst
• Depression

• leichte Reizbarkeit
• Gedächtnisstörungen
• körperliche und seelische Unruhe
• Bewusstseinsstörungen
• Halluzinationen

Tab.2 Beispiele für typische Entzugssymptome bei Alkoholabhängigen (Holzbach, 2011)

4.5. Einwilligungsfähig

Einwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme erfassen kann (BGH, Urteil vom 28.11.1957, 4 Str 525/57; BGH NJW 1972, 335; OLG Hamm FGPrax 1997, 64).

Wie in der NJW beschrieben, kommt es dabei nicht im eigentlichen Sinne auf die Geschäftsfähigkeit des Patienten an, sondern auf dessen Fähigkeit, die Komplexität des Eingriffs konkret zu erfassen. Diese Fähigkeit könne sowohl von der Art des Eingriffs als auch von der Verfassung des Patienten abhängen. Sie sei durch den jeweiligen Arzt zu beurteilen.

Für diese Beurteilung haben sich folgende Kriterien herausgebildet:

Der Patient muss über die Fähigkeit verfügen, einen bestimmten Sachverhalt zu verstehen (Verständnis);

1. Der Patient muss die Fähigkeit besitzen, bestimmte Informationen, auch bezüglich der Folgen und Risiken, in angemessener Weise zu verarbeiten (Verarbeitung);
2. Der Patient muss die Fähigkeit besitzen, die Informationen, auch im Hinblick auf Behandlungsalternativen, angemessen zu bewerten (Bewertung);
3. Der Patient muss die Fähigkeit haben, den eigenen Willen auf der Grundlage von Verständnis, Verarbeitung und Bewertung der Situation zu bestimmen (Bestimmbarkeit des Willens)

(Bundesanzeiger, 2016).

Bei der Definition der Fahrtüchtigkeit gelten gesetzlich festgelegte Promillegrenzen (StVG §24a), vom Gesetzgeber wurden zur Einwilligungsfähigkeit bisher keine Promillegrenzen festgelegt. Gerade Menschen, die regelmäßig und viel Alkohol trinken weisen oft hohe Blutalkoholwerte auf, ohne dass wesentliche Ausfallserscheinungen erkennbar sind (Erhard, 2012).

4.6. Entlassfähigkeit

Wie Hans et al. beschreiben, fehlt bislang eine medizinische, leitlinienbasierte aber auch juristische Definition des Begriffes der Entlassfähigkeit und es kann bei Entlassung in der Regel nicht von einem Zustand der vollständigen geistigen und körperlichen Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Es können aber die Kriterien zur Entlassfähigkeit analgosedierter Patienten zu Hilfe genommen werden, sie wurden in der folgenden Tabelle auf alkoholintoxizierte Patienten übertragen (Hans et al., 2016).

Entlasskriterien ethanolintoxizierter Patienten

Gewichtung	Kriterien
Majorkriterien	<ul style="list-style-type: none">• Wachheit und Orientierung (zumindest auf vorherigem Normalniveau)• Stabile Vitalwerte innerhalb der Norm• Gehen ohne Hilfe möglich• Ausreichender zeitlicher Abstand nach der letzten Einnahme von Alkohol, zur Vermeidung weiterer Intoxikation nach Entlassung (> 2 h)
Minorkriterien	<ul style="list-style-type: none">• Orale Flüssigkeitsaufnahme ohne Schwierigkeiten• Fehlende oder minimale Übelkeit• Ausreichende Nachsorge zu Hause gegeben• Entlassung in Begleitung• Schriftliche und mündliche Hinweise auf typische Anzeichen von Komplikationen durch den Arzt erhalten

Tab.3 Entlasskriterien ethanolintoxizierter Patienten (Hans et al.,2016)

Folglich scheint auch schlüssig, dass angelehnt an das Patientenrechtsgesetz (BGB §630h), die Entlassung eines alkoholintoxizierten Patienten formaljuristisch nur durch einen Arzt mit abgeschlossener Facharztausbildung erfolgen kann (Hans et al., 2016).

4.7.Primäre Fehlbelegung

Werden Leistungen unter stationären Bedingungen erbracht, auch wenn diese hätten ambulant erbracht werden können, spricht man von einer primären Fehlbelegung (MDK, 2016). Dieses kann bei einer Abrechnungsprüfung des MDK nach §17c KHG wirtschaftliche Konsequenzen für den Abrechnenden zur Folge haben, indem z.B. der Abrechnungsbetrag gemindert wird.

4.8. Bedürfnisse

Als einer der wichtigsten Begründer der humanistischen Psychologie, in der diese eine seelische Gesundheit anstrebt, hat A. Maslow (1908-1970) das Modell der Bedürfnishierarchie entwickelt.

Die Maslow'sche Bedürfnishierarchie ist eine sozialpsychologische Theorie, die menschliche Bedürfnisse und Motivationen in einer hierarchischen Struktur beschreibt und versucht diese zu erklären.

Maslow stellte fest, dass manche Bedürfnisse eine höhere Priorität aufweisen als andere und teilte sie in fünf Kategorien ein. Unter die erste Kategorie fallen menschliche Bedürfnisse, die grundlegend und physiologischer Natur sind (z.B. Essen, Trinken, Schlaf, Sex, Aufrechterhaltung der Körpertemperatur), gefolgt von dem Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit (Erklärung von Phänomenen und Zusammenhängen, Suche nach Beschützer, Suche nach einer sicheren Umgebung), Sozialen Bedürfnissen (z.B. Zuneigung, Geborgenheit, Platz in einer sozialen Gruppe), Individualbedürfnissen (Erfolg, Unabhängigkeit und Freiheit, Ansehen, Prestige, Ruhm, Ehre, Wertschätzung, Achtung) und dem Bedürfnis nach Selbstverwirklichung (z.B. das eigene Potential ausschöpfen, eine gute Mutter/Vater sein).

Eine weitere Unterteilung erfolgt durch die Bezeichnung der ersten vier Kategorien in Defizitbedürfnisse (oder Mangelbedürfnisse) und der letzten Kategorie in Wachstumsbedürfnisse (oder unstillbare Bedürfnisse).

Die geläufige Darstellung der Maslow'schen Theorie in Form einer Pyramide geht laut Breyer- Mayländer (2004) nicht auf ihn zurück, sondern ist eine Interpretation u.a. von Werner Corell und bietet eine eher sehr streng hierarchische, stark abgrenzende Sichtweise, die die Interpretation nahelegt, dass die Bedürfnisse einer niedrigeren Stufe erst 100% erfüllt sein müssen, bevor die einer folgenden motivierend wirken können.

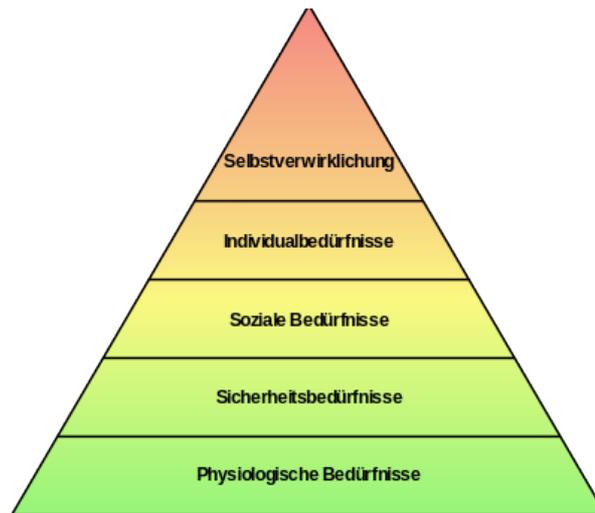


Abb.2 Bedürfnispyramide

https://de.wikipedia.org/wiki/Maslowsche_Bedürfnishierarchie
abgerufen 14.6.2016

Masslow selbst beschreibt aber, dass auch die Bedürfnisse der nächsten Kategorie, bei nicht 100% iger Erfüllung der vorangegangenen Kategorie motivierend wirken können.

Bereits in der Ausbildung zur Gesundheits.- und Krankenpflegekraft werden Themen wie Bedürfnisse anhand der Bedürfnishierarchie nach Maslow, die Bedürfnisse im Krankenhaus und Patientenbedürfnisse in unterschiedlichen Krankheitsphasen gelehrt. Kulbe (2009) beschreibt, dass die primären bzw. Grundbedürfnisse häufig durch die Krankheit in ihrer Erfüllung bedroht sein können und darum an Wichtigkeit zunehmen, die höheren Bedürfnisse würden abhängig von der Schwere der Erkrankung zeitweise in den Hintergrund treten

Die Erfassung von Bedürfnissen wird unter anderem zur Identifikation von Pflegebedürftigkeit und Pflegeproblemen benötigt, gefolgt von der Ableitung von Pflegezielen, die als Voraussetzung einer Pflegeprozessplanung dienen.

In der von der Pflegekraft im Rahmen der Aufnahme durchzuführenden Pflegeanamnese sollen im Gespräch diese Probleme erfasst werden.

Bei der Durchsicht unterschiedlicher Pflegeanamnesebögen stellt man fest, dass diese kein Instrument zur Erfassung der Patientenbedürfnisse beinhalten, sondern vorgesehen ist, Pflegeprobleme zu erfassen.

Erfassung von Bedürfnissen in der Notaufnahme

Abgesehen davon, dass in der Notaufnahme keine Zeit für ein ausführliches Gespräch mit Pflegeanamnese ist, stellt sich die Frage, ob man ohne das aktive Abfragen der individuellen Bedürfnisse des Patienten, also vielleicht einer Frage wie : „Was ist jetzt im Moment das Wichtigste für Sie!“, auch schon im Akutbereich einer Notaufnahme eine Patientenorientierte den Bedürfnissen gerecht werdende Behandlung und Pflege realisieren kann.

4.9. Gewalt

Der Definition nach handelt es sich bei Gewalt laut WHO (2003) um den absichtlichen Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.

Gewalt in der Notaufnahme

Gewalt in der Notaufnahme kann zwei Richtungen aufweisen, die Gewalt eines Patienten oder Angehörigen gegen Mitarbeiter der Notaufnahme sowie Gewalt der Mitarbeiter der Notaufnahme gegen einen Patienten oder Angehörigen. Schreiner (2001) beschreibt in seinem Beitrag“ Gewalt in der Pflege“, unterschiedliche Formen von Gewalthandlungen in Pflegebeziehungen, diese finden sich im ZQP Themenheft wieder: unmittelbare körperliche Gewalt: Schlagen, Schütteln, Kratzen, mechanische Fixierung (z.B. Einsatz von Gurten); Medikamentenmissbrauch: nicht indizierte oder nicht ärztlich verordnete Medikamentengabe, in der Regel zur Ruhigstellung; sexueller Missbrauch: Missachtung der Intimsphäre, nicht einvernehmliche Intimkontakte, sexuelle Andeutungen; emotionale oder psychische Gewalt: verbale Aggression, Schreien, Schimpfen, Ignorieren, Handeln gegen den Willen, Androhung von Gewalt, Demütigungen, Beleidigungen, Manipulation, Missachtung der Privatsphäre; Vernachlässigung: Unterlassen von notwendigen Hilfen im Alltag, Unzureichende medizinische Versorgung (z. B. mangelhafte Wundversorgung), mangelhafte Pflege (z. B. schlechte Hygiene), Nahrungs- oder Flüssigkeitsentzug (ZQP Themenreport, 2015). Unser Rechtssystem basiert laut ZQP (2015) auf einem allgemeinen Gewaltverbot , es gibt bestimmte Ausnahmen, bei denen Formen der Gewaltanwendung nicht verboten sind. Dazu gehören Notwehr sowie der Zustand

unmittelbaren Zwangs, wie zum Beispiel bei richterlich angeordneten Maßnahmen des Freiheitsentzugs.

4.10. Evidence based Nursing

„Evidence–based Nursing ist“, laut Behrens und Lager (2010), „die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen oder einzigartigen Pflegesystemen und professionell Pflegenden.“. Gemäß Gross (2013) schließt EbN die praktische Erfahrung, also das Expertentum und die Wünsche des Patienten mit ein. Auch in der EbM (Evidence bases Medicine) wird das Bewusstsein zur Patientenorientiertheit erwartet. Leiß (2015) fordert als Bestandteil der EbM, dass diese den Besonderheiten der Patientensituation gerecht werden muss und Werte und Willen des Patienten in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung berücksichtigt. Er stellt fest, dass es falsch ist, die Beurteilung der Qualität der klinischen Entscheidungsfindung an der Leitlinien-treue festmachen zu wollen, da dies dem individuellen Patienten nicht gerecht wird. Ferner beschreibt er die ärztliche Erfahrung sowie die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten als die zwei vernachlässigten Säulen von EbM .

Diese Forderungen machen das aktive wissenschaftsbasierte Erheben der individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten, wie es in dieser Arbeit erfolgt ist, zu einer Grundvoraussetzung von EbN und EbM.

Ein Ziel von EbN ist, die Verknüpfungen zwischen überprüfem Forschungswissen und der Praxis der Pflege, des Managements und der Ausbildung herzustellen, um dadurch die Pflege von Patienten und Patientinnen zu verbessern. Grundlage hierfür ist externe Evidence, die in dieser Forschungsarbeit zum Thema: „Das Erleben und die Bedürfnisse häufig wiederkehrender alkoholisierter Patientinnen/Patienten bei der Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme“, geschaffen werden soll.

4.11. Ethik

4.11.1. Ethik in der qualitativen Pflegeforschung

Mit der Auseinandersetzung und der Beschäftigung des Vorgehens bei Forschungen im Dritten Reich und den USA wuchs die Sensibilität für ethische Bedenken und Fragen in der Forschung (Polit et al., 2012). Die Klärung ethischer Fragen ist vielschichtig im ganzen Forschungsprozess nötig. So steht für manche Ethikkommissionen der Schutz aller Teilnehmer im Forschungsprozess im Vordergrund, für andere Ethikkommissionen die Vulnerabilität einzelner Gruppen (Lamnek, 2010).

In Deutschland werden für von der Bundesregierung geförderte Forschung auf Grundlage des Berichtes der National Commission for Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978) drei primäre ethische Grundsätze angenommen, die die Forschung einhalten muss: 1.Nutzen, 2. Achtung vor der menschlichen Würde und 3.Gerechtigkeit (Bartolomeyczik, 2012).

Der ICN Ethikkodex für Pflegende des International Council of Nurses wird als Leitfaden verstanden, der die Grundlage für ein Handeln nach sozialen Werten und Bedürfnissen bietet, er soll in allen Aspekten der Arbeit angewendet werden. Die Ethiknormen sollen eine kontinuierliche Anwendung in der Forschung finden.

Der Ethikkodex umfasst vier Grundelemente. Im Element „Pfleger und ihre Mitmenschen“, sind übertragen die oben genannten Grundsätze Nutzen, Achtung vor der menschlichen Würde und Gerechtigkeit enthalten (ICN, 2010).

Da es Forschenden häufig schwer fällt objektiv in der Beurteilung der ethischen Verträglichkeit des eigenen Forschungsvorhabens zu bleiben (Bartolomeyczik, 2012) macht es Sinn, nach eigener kritischer Reflektion, das Forschungsvorhaben durch eine unabhängige externe Kommission zu überprüfen.

4.11.2. Das Thema Ethik im vorliegenden Forschungsvorhaben

Das Forschungsvorhaben in Bezug auf das Erleben und die Bedürfnisse häufig wiederkehrender alkoholisierter Patienten in der Notaufnahme, im Rahmen dieser Masterthesis wurde durch die Ethikkommission des Competence Centers Gesundheit der Hochschule für Angewandte Wissenschaft in Hamburg im Bescheid vom 4.7.2016 als „ethisch unbedenklich“ bewertet.

Die Diakonissenanstalt Flensburg, an der das Forschungsvorhaben durchgeführt wurde, besitzt keine eigene Ethikkommission für Forschungsvorhaben, so hat eine Überprüfung hinsichtlich einer ethischen Verträglichkeit durch die Krankenhausleitung und die Mitarbeitervertretung der Diakonissenanstalt zu Flensburg stattgefunden.

Die Zustimmung der Krankenhausleitung erfolgte zeitnah, die Zustimmung der Mitarbeitervertretung erfolgte erst im Bescheid vom 12.7.2016, nachdem zugesichert wurde, dass die Interviews nicht durch die Forscherin selbst, sondern durch eine Studienassistenten durchgeführt werden.

5. Der Studienbereich

Der Studienbereich ist die Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation der Diakonissenanstalt Flensburg.

Die Diakonissenanstalt Flensburg ist als Akademisches Lehrkrankenhaus im Klinikverbund Flensburg mit 531 vollstationären Betten, 27482 stationären und rund 65000 ambulanten Patienten/-innen pro Jahr drittgrößter Krankenhausstandort in Schleswig-Holstein (Diako Kompakt, 2015).

Die Zentralen Notaufnahme und Aufnahmestation verzeichnete im Jahr 2010 insgesamt rund 50000 Patientenkontakte. Hierfür standen 28 Pflegepersonalstellen zur Verfügung. 2016 waren es rund 59000 Patientenkontakte, für die 32 Pflegepersonalstellen zur Verfügung standen. Eine Steigerung der Patientenzahl um 15,25% in sechs Jahren steht eine Steigerung des Pflegepersonals im gleichen Zeitraum um 12,5% entgegen (Diako ZNA/AS, 2016).

Für die 24h Akutversorgung stehen unter anderem 16 Behandlungsplätze und 5 Zweibettzimmer zur Behandlung und zur Überwachung der Patienten, sowie drei Schockräume mit Beatmungsmöglichkeit, ein Röntgenraum und ein CT zur Verfügung. Eine „Ausnüchterungseinheit“ ist nicht vorhanden.

Um eine primäre Fehlbelegung zu vermeiden, werden alkoholintoxikierte Patienten erst nach ausreichender Ausnüchterung, dieses liegt im Ermessen des behandelnden Arztes, und Abfrage des Therapiewillens auf eine der Psychiatrischen Suchtstationen des Diakonissenkrankenhauses verlegt. Wenn kein Wille zum Entzug und einer anschließenden Therapie seitens des Patienten besteht und keine

medizinischen Gründe einer Entlassung entgegen sprechen, werden die Patienten entlassen.

Stehen andere Erkrankungen im Vordergrund, die eine stationäre Aufnahme des Patienten erforderlich machen, wird in Absprache mit dem Patienten, eine stationäre Behandlung auf einer peripheren, somatischen Station des Diakonissenkrankenhauses oder des Franziskushospitals veranlasst. Auf diesen Stationen ist ein körperlicher Entzug ebenso wie auf den Suchtstationen möglich.

6. Auswahl der zu Befragenden

Unter einem Sample, einer Stichprobe versteht man die Auswahl der zu untersuchenden Fälle aus einer Grundgesamtheit.

Flick benennt die Auswahl der Grundgesamtheit mit dem Begriff Fallgruppeauswahl und die Stichprobe mit dem Begriff Fallauswahl (Flick, 2012).

Innerhalb der qualitativen Sozialforschung, die auf der erklärenden, verstehenden Analyse vergleichsweise weniger Fälle basiert, werden im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung keine repräsentativen Stichproben gezogen. Die Fallgruppenauswahl, der zu interviewenden Patienten in der durchgeführten Studie hängt von der Forschungsfrage und dem Ziel der Forschung ab. Um die Forschungsfrage zu beantworten hat die Forscherin für die Studie „häufig wiederkehrende alkoholisierte Patienten“ vorgesehen. Als „häufig wiederkehrende alkoholisierte Patienten“ wurden im Rahmen der vorliegenden Studie jene definiert, die wegen ihres Alkoholkonsums also der Hauptdiagnose ICD 10: F10.0 F10.1, F10.2 in den vergangenen drei Monaten vor Aufnahme mehr als zweimal in der Notaufnahme versorgt wurden. Die konkrete Fallauswahl ist eine Gelegenheitsstichprobe, sie erfolgte nach Eintreffen, Zufall, Verfügbarkeit der Forscherin und der Studienassistentin folglich nicht nach Regeln, die eine Abbildung einer repräsentativen Stichprobe festlegen, was in der vorliegenden Studie aber auch nicht das Ziel war.

Aufgrund der Tatsache, dass es bisher keine Erkenntnisse bezüglich der gestellten Forschungsfrage in deutschen Notaufnahmen gibt, wurde die Fallauswahl nicht weiter eingegrenzt. Die genaue Betrachtung von z.B. unterschiedlichen Altersgruppen, Patienten unterschiedlichen Geschlechtes oder Patienten mit

unterschiedlichem Bildungsniveau könnte aber vielleicht in vertiefenden Studien sinnvoll sein. In der vorliegenden Studie wurde darauf aber zunächst bewusst verzichtet .

7. Methodologie

Zur Erkenntnisgewinnung wurden in der Wissenschaft unterschiedliche Herangehensweisen und Positionen entwickelt.

In der Geistes-und Sozialwissenschaft herrscht die Meinung vor, dass es keine objektive wahre Welt gibt, der Mensch muss immer im Kontext seiner Lebenswelt gesehen werden , es geht um die Bedeutungen, die der Mensch seiner sozialen Welt zuschreibt, diese sind also subjektiv.

Ziel der qualitativen Forschung im Gegensatz zur quantitativen ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf ähnliche Situationen, nicht die Verallgemeinerbarkeit (Panfil, 2013).

Das Design von qualitativen Studien entwickelt sich oft erst während des Forschungsprozesses. Auch wenn eine Vorausplanung des Forschungsdesigns vorgenommen wird, können sich im Forschungsprozess noch Änderungen und Anpassungen ergeben (Polit et al., 2012).

Die Phänomenologie ist ein Ansatz, über Lebenserfahrungen von Menschen nachzudenken, es werden subjektive Phänomene untersucht (Polit et al. 2012). Das Erleben einer Aufnahme -und Behandlungssituation in der Notaufnahme eines Krankenhauses ist geprägt von vielen subjektiven Eindrücken und wird folglich auch unterschiedlich erlebt und beschrieben. Ebenso verhält es sich mit den Bedürfnissen, die ein Mensch in dieser Situation hat, diese können von vielen sehr individuellen Faktoren abhängig sein, wie zum Beispiel von der Erkrankung, der Schwere der Erkrankung, von den Umständen, in denen sich der Patient derzeit bezüglich seiner familiären, sozialen, wirtschaftlichen oder beruflichen Lage befindet.

In der deskriptiven Phänomenologie wird die Beschreibung menschlichen Erlebens ins Zentrum des Interesses gestellt, wohingegen in der interpretativen Phänomenologie das Verstehen und die Interpretation des Erlebens im Zentrum des Interesses stehen (Polit et al., 2012).

Deskriptive phänomenologische Studien beinhalten in der Regel vier Schritte:

Ausklammern von Vorannahmen (bedeutet, sich ihrer bewusst werden und sie möglichst außer Acht lassen), Intuitives Erkennen (offen bleiben für die durch den Berichtenden selbst gegebene Bedeutung), Analysieren (meint das Herausarbeiten bedeutungsvoller Aussagen) und im folgenden Schritt Beschreiben (Polit et al. 2012). Das Vorverständnis der Forscherin ist in Kapitel 8.2.2. Analyse der Entstehungssituation näher beschrieben und die Forscherin hat versucht, dieses möglichst außer Acht zu lassen, obgleich sich ein Einfluss z.B. auf die Bereitschaft zum Interview wie auch die Erzählbereitschaft im Interview nicht gänzlich ausschließen lässt (Flick 2012).

Der phänomenologische Ansatz ist dann sinnvoll, wenn ein Phänomen bisher nur unzureichend beschrieben ist (Polit et al., 2012). Nach umfangreicher Literaturrecherche wurde deutlich, dass Untersuchungen in Bezug auf meine Forschungsfrage fehlen, was folglich den phänomenologischen Ansatz rechtfertigt.

8. Methodik

8.1. Datenerhebung

Um zu analysieren, wie häufiger wiederkehrende alkoholisierte Patienten die Betreuung durch professionell Pflegende erleben und welche Bedürfnisse sie in Bezug auf die Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme haben, hat sich die Forscherin für einen qualitativen Forschungsansatz mit halb strukturierten Interviews anhand eines Interviewleitfadens entschieden.

Die qualitative Forschung ist, im Gegensatz zur quantitativen Forschung, gekennzeichnet durch die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven, diese beziehen die individuellen Lebenswelten ein und setzen an den unterschiedlichen subjektiven und sozialen Bedeutungen an (Flick, 2012).

Entsprechend Lamnek ist das Interview eine gezielt hervorgerufene Gesprächssituation, um eine Frage zu stellen, die vom Anderen beantwortet wird (Lamnek 2010).

Laut Mayring sind entsprechend Witzel (1982, 1985) alle Formen der offenen, halbstrukturierten Befragungen unter dem Begriff problemzentriertes Interview zusammengefasst. Sie eignen sich besonders dazu, den Befragten möglichst frei zu Wort kommen zu lassen, um einem offenen Gespräch möglichst nahe zu kommen (Mayring, 2002).

Neben anderen Aspekten des qualitativen Interviews, beschreibt Lamnek, dass der Befragte im qualitativen Interview nicht durch eine operationalisierte Wirklichkeitsdefinition des vom Forscher entwickelten theoretischen Konzeptes in dessen Schema hineingezwängt wird. Die Wirklichkeitsdefinition erfolgt durch den Befragten selbst (Lamnek 2005).

Der erstellte Interviewleitfaden (Anlage IV) dient zur teilweisen Standardisierung und ermöglicht die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews. Das Interview bietet den Befragten die Möglichkeit, in einer Vertrauenssituation ihre ganz subjektiven Perspektiven und Deutungen zu berichten (Mayring, 2002).

8.2. Datenauswertung

Es lassen sich vier Schritte der Datenauswertung aus qualitativen Interviews beschreiben: 1.Transkription, 2.Einzelanalyse, 3.generalisierende Analyse und 4.Kontrollphase (Lamnek, 2012).

Für die Auswertung und Analyse der Daten hat sich die Forscherin die Stärke der Qualitativen Inhaltsanalyse nach P. Mayring zu nutze gemacht, hier wird das Material streng methodisch kontrolliert und schrittweise analysiert, was die einzelnen Schritte nachvollziehbar macht.

Das Material wird in Einheiten zerlegt, die nacheinander bearbeitet werden. Ein theoriegeleitetes Kategoriensystem legt diejenigen Aspekte fest, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen (Mayring, 2002).

Mayring gibt Schritte vor, nach denen die Qualitative Inhaltsanalyse verläuft. Die einzelnen Schritte wurden entsprechend der folgenden Abbildung angewendet und werden bezogen auf das Vorgehen der vorliegenden Arbeit im Folgenden beschrieben.

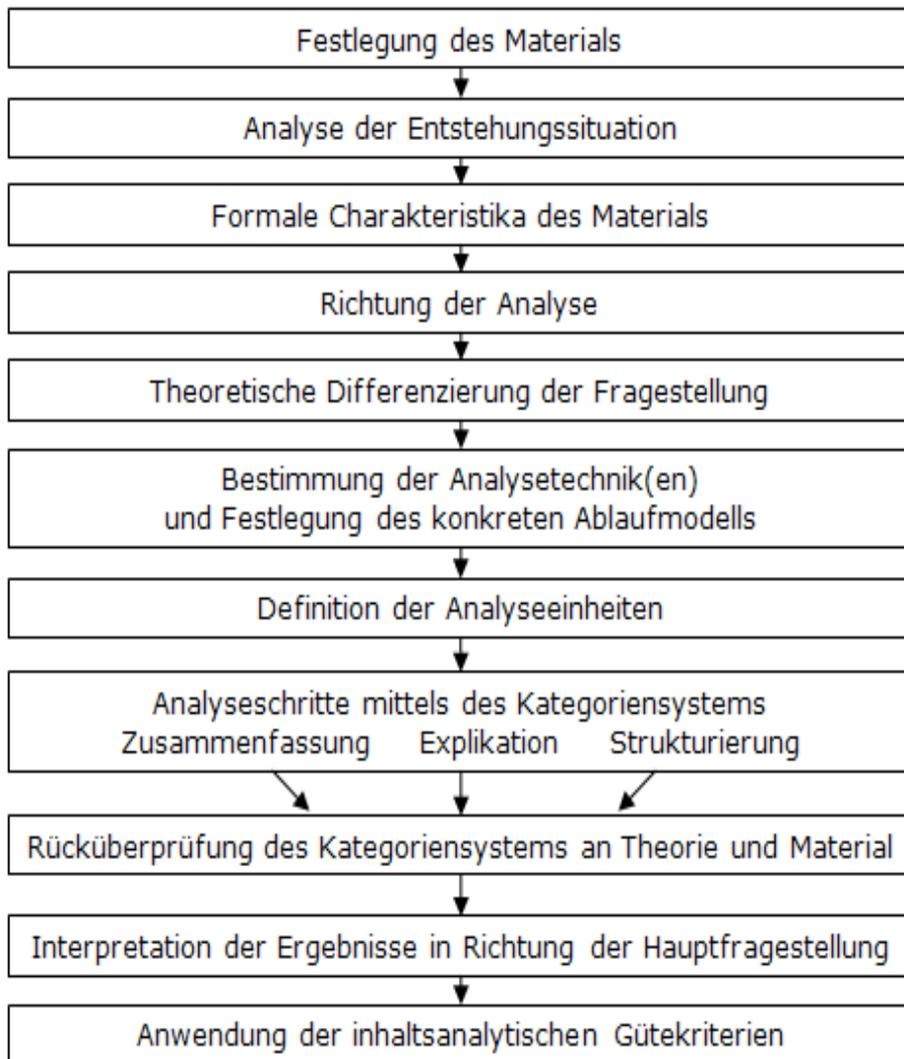


Abb. 3 Schritte der Qualitativen Inhaltsanalyse, Mayring (2015)

8.2.1. Festlegung des Materials

Im ersten Schritt wird das Material, das zugrunde gelegt werden soll, festgelegt (Mayring, 2015). Bei der vorliegenden Arbeit besteht das Material aus fünfzehn transkribierten Interviews mit häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten der Notaufnahme in der Diakonissenanstalt Flensburg. Bei den Befragten handelte es sich um Gelegenheitsstichproben ohne Berücksichtigung des Geschlechtes, des Alters, abgesehen von der Volljährigkeit, oder der sozialen Herkunft.

Es ergab sich eine geschlechtsspezifische Verteilung Männer zu Frauen von elf zu vier. Es wurden elf Männer, von denen drei fünf Punkt fixiert wurden und vier Frauen, von denen eine fünf Punkt fixiert wurde interviewt, das Alter wurde abgesehen von der Volljährigkeit nicht festgestellt. (Anlage V exemplarisches Interview)

Da in der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring die Entstehungssituation also, von wem und unter welchen Umständen das Material entstanden ist, eine große Rolle spielt, soll dies im zweiten Schritt beschrieben werden.

8.2.2. Analyse der Entstehungssituation

Der Kontext in dem sich der zu Interviewenden befindet, spielt bei unterschiedlichen Aspekten eine Rolle. Im Fall der vorliegenden Interviews könnte es sein, dass es ein Unterschied ist, ob der zu Interviewende im Setting Notaufnahme mit deren speziellen Rahmenbedingungen aufgenommen wird, oder vielleicht direkt auf die Station auf der er später auch verbleibt, verbracht wird. Seine Empfindungen und Bedürfnisse werden sich, obwohl es sich in beiden Fällen um die Aufnahmesituation handelt, vielleicht unterscheiden. Die Patienten, die in der vorliegenden Arbeit interviewt wurden, befanden sich alle als alkoholisierte Notfallpatienten in der Zentralen Notaufnahme der Diakonissenanstalt in Flensburg. Sie wurden entweder mit dem Rettungsdienst oder von Angehörigen gebracht oder haben die Notaufnahme eigenständig aufgesucht. Der Aufenthalt und die eigentliche Prozesszeit in der Notaufnahme kann vom Arbeitsaufkommen, von der personellen Besetzung und der Individualität des Personals sowie patientenbezogenen Variablen beeinflusst werden. Die Verweildauer in der Notaufnahme der Diakonissenanstalt Flensburg ist einerseits von der Übernahmebereitschaft der aufnehmenden Station als auch vom Blutalkoholwert des Patienten abhängig.

Ebenso bedeutend ist der Kontext, in dem sich der Forschende befindet (Flick, 2012), allein das Vorverständnis des Forschers und damit die Art des „Zugehens“ auf die Patienten könnte einen Einfluss z.B. auf deren „Erzählbereitschaft“ haben.

Das persönliche Vorverständnis der Forscherin ist geprägt von 26 jähriger Tätigkeit als Krankenschwester und zehn jähriger Tätigkeit als Bereichsleitung in der Zentralen Notaufnahme in Flensburg, in der die Zahlen der Patienten mit alkoholassozierten Erkrankungen und akuten Alkoholintoxikationen aus unterschiedlichen Gründen über die Jahre stetig zugenommen haben. Des Weiteren ist es geprägt durch persönliche Erfahrungen im Umgang mit Alkoholkranken im näheren Bekannten- und Verwandtenkreis.

Die eigenen Erfahrungen, das Verhalten dieser Patientengruppe im Setting Notaufnahme, eigenes Gefühl und Empfinden im Umgang, sowie zahlreiche Beobachtungen der Kolleginnen und Kollegen prägen ebenso das Vorverständnis,

wie die intensive fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema in diversen Aus-Fort- und Weiterbildungen, der Literaturrecherche zu diesem Thema, bis hin zum absolvierten Masterstudiengang Pflege.

Das Vorverständnis der Studienassistentin beinhaltet keinen besonderen Bezug zur eingeschlossenen Patientengruppe, weder privat noch beruflich. Um mögliche eskalierende Situationen zu vermeiden, wurde die Studienassistentin von der Forscherin über das Krankheitsbild und mögliche Symptome sowie Auswirkungen dieser auf die Interviewsituation aufgeklärt, ebenso wurde ihr erklärt, wie sie sich in eskalierenden Situationen zu verhalten habe.

8.2.3. Formale Charakteristika des Materials

Im dritten Schritt soll beschrieben werden, in welcher Form das Material vorliegt (Mayring, 2015). Das Material besteht aus fünfzehn transkribierten Interviews. Die Art der zu verwendenden Transkription richtet sich nach dem Forschungsziel. Bei Interviews, wie den von der Forscherin durchgeführten, bei denen überwiegend der Inhalt betrachtet wird, empfehlen Kuckartz et al.: „bewusst einfache und schnell erlernbare Transkriptionsregeln, die die Sprache deutlich „glätten“ und den Fokus auf den Inhalt des Redebeitrages setzen“ (Kuckartz et al., 2008), dies bedeutet für die Forscherin Standardorthographie, die sich nach Regeln der Schriftsprache richtet. Es lassen sich unterschiedliche Transkriptionsregeln in der Literatur finden.

Angelehnt an Kuckartz et al. (2008), Lamnek (2010) sowie Flick (2012) hat die Forscherin eigene Transkriptionsregeln festgelegt. Diese erleichtern das Lesen und die Auswertung, sie sind leicht verständlich und geben einen gewissen Eindruck des Interviewablaufes vor der Tatsache, dass die Forscherin die Interviews nicht selbst durchführen konnte und bewusst auf eine Videoaufzeichnung verzichtet hat. Videoaufzeichnungen bergen einen erheblichen technischen Mehraufwand und sie können die Skepsis und Vorbehalte der Untersuchungsteilnehmer verstärken (Flick, 2012).

Transkriptionsregeln
Es wird wortwörtlich transkribiert, Dialekte und Spracheigenarten werden so geschrieben wie sie gesprochen wurden
Namen werden anonymisiert; (z.B. Herr T. Frau K.)
Längere Pausen werden mit markiert
Kursive Schriftart für Interviewer, normale Schriftart für Befragten, beides in Arial, Schriftgröße 12
Sprechwechsel durch Leerzeile zwischen den Sprechbeiträgen deutlich machen
Verständnissignale und Laute werden transkribiert
Nichtverstehen des Gesprochenen wird kenntlich gemacht ...?
Gefühlsäußerungen wie Lachen, Weinen werden als Solches benannt
Zeilen werden auf der linken Seite fortlaufend nummeriert

Tab. 4 Transkriptionsregeln, eigene Darstellung

8.2.4. Richtung der Analyse

Nach der Festlegung des Materials erfolgt im vierten Schritt die Bestimmung der Richtung der Analyse, also die Frage, was möchte man eigentlich aus dem Material interpretieren. Die Analyserichtung leitet sich bei der vorliegenden Forschung aus der Fragestellung ab.

In der vorliegenden Arbeit sollen durch Interviews Erkenntnisse über das Erleben und die Bedürfnisse von häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten bei der Versorgung durch professionell Pflegende gewonnen werden.

Die Vorgehensweise ist induktiv. Ziel ist, möglichst viele Erkenntnisse über das Erleben und die Bedürfnisse einzelner häufig wiederkehrender alkoholisierter Patienten zu bekommen, um Rückschlüsse auf das Erleben und die Bedürfnisse von Patienten dieser Patientengruppe aus den Interviews zu gewinnen.

8.2.5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Die theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung, die im fünften Schritt erfolgen soll, hat den Ursprung im Anspruch der Qualitativen Inhaltsanalyse, regel- und theoriegeleitet zu sein (Mayring, 2015).

Die Analyse folgt dabei einer Systematik und einer theoretisch begründeten inhaltlichen Fragestellung mit dem Ziel einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen.

Die Fragestellung dieser Arbeit und die Auswertung fußt auf der eingangs beschriebenen fehlenden Forschung in Bezug auf das Erleben und die Bedürfnisse häufig wiederkehrender alkoholisierter Patienten bei der Versorgung durch professionell Pflegenden in der Notaufnahme.

8.2.6. Bestimmung der Analysetechnik, festlegen des Ablaufmodells

Im sechsten Schritt wird nun neben der Analysetechnik das konkrete Ablaufmodell der Analyse festgelegt, hierbei wird die Analyse in einzelne Interpretationsschritte zerlegt und somit nachvollziehbar. Die Analyse wird an die konkrete Frage und das entsprechende Material angepasst (Mayring, 2015).

Ferner werden die Kategorien und das Kategoriensystem definiert. Die Entwicklung der Kategorien, welche im Mittelpunkt der Analyse stehen, werden einerseits an der Fragestellung und andererseits am konkreten Material entwickelt. Zur Kategorienbildung können drei Grundverfahren angewendet werden: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung.

Das Verfahren der Zusammenfassung, welches das Material so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus schafft, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist (Mayring, 2015), scheint der Forscherin das für die Fragestellung angebrachteste zu sein, um über die Sichtweise häufig wiederkehrender alkoholisierter Patienten allgemein gültige Aussagen ableiten zu können.

Da dieser reduzierende Textanalyseprozess von vorneherein nur die aus der Forschungsfrage abgeleiteten Bestandteile berücksichtigt, handelt es sich hier um eine Art induktive Kategorienbildung (Mayring, 2015).

Bei der Durchsicht der transkribierten Interviews wurden alle Textpassagen, die mit dem Erleben im Allgemeinen zu tun hatten und alle Textpassagen, die mit Bedürfnissen zu tun hatten, markiert, diese wurden bei Bedarf teilweise am Rand kommentiert. Somit hat also bereits aus der Forschungsfrage resultierend eine Kategorisierung stattgefunden. Die im Anschluss erstellte Tabelle mit allen zu den Kategorien passenden Textstellen erleichterte das Wiederauffinden und das Zusammenfassen.

8.2.7. Definition der Analyseeinheiten

Im siebten Schritt sollen die einzelnen Analyseeinheiten festgelegt werden. Die Kodiereinheit bezeichnet den kleinsten Materialbestandteil der zur Auswertung herangezogen wird, die Kontexteinheit im Gegensatz dazu die größte Materialeinheit die unter eine Kategorie fallen kann. In der Auswertungseinheit wird die Abfolge der Auswertung der Textteile festgelegt (Mayring, 2015).

In der vorliegenden Analyse wurde als Kodiereinheit das einzelne Wort, als Kontexteinheit der ganze Satz oder Sinnabschnitt festgelegt. Die Abfolge der Auswertung erfolgte Interview nach Interview und im einzelnen Interview Zeile nach Zeile.

8.2.8. Analyseschritte mittels Kategoriensystem

Der achte Schritt sieht nun die konkrete Durchführung der einzelnen Analyseschritte mittels des Kategoriensystems vor.

8.2.9. Rücküberprüfung

Es folgt eine Rücküberprüfung des Kategoriensystems anhand der Theorie und des Materials. Hierbei muss überprüft werden, ob die Kategorien dem Ziel der Analyse nahekommen, ist dies nicht der Fall, müssen im Schritt neun Änderungen an den Kategorien vorgenommen werden und es hat ein erneuter Materialdurchlauf zu erfolgen (Mayring, 2015).

8.2.10. Interpretation der Ergebnisse

In Schritt zehn erfolgt die Zusammenstellung der Ergebnisse und deren Interpretation bezogen auf die Fragestellung. Die Ergebnisse werden in Kapitel 10 vorgestellt.

8.2.11. Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Zum Abschluss kommt die qualitative Inhaltsanalyse in Schritt elf mit der Überprüfung der eigenen Vorgehensweise und Ergebnisse anhand inhaltsanalytischer Gütekriterien.

Forschung wird auf ihre Tauglichkeit, nach klassischen Gütekriterien überprüft, also dem Maß der Reliabilität und dem Maß der Validität (Mayring, 2015).

Die Gütekriterien der vorliegenden Untersuchung wurden vor dem Hintergrund der Verfahrensdokumentation, Argumentativen Interpretationsabsicherung,

Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, Kommunikativer Validierung und Triangulation (Mayring, 2003) betrachtet und folgend vorgestellt.

Als Grundlage dienten der Forscherin hierbei die Gütekriterien von Mayring, aufgeführt in Lamnek 2005 und die Erläuterungen und Unterlagen der Vorlesungen Pflegewissenschaft und Forschung im Masterstudiengang Pflege an der HAW Hamburg von Frau Prof. Dr. U. Gaidys.

Verfahrensdokumentation

Für diese Arbeit liegt eine detaillierte Verfahrensdokumentation vor, anhand derer die einzelnen Analyseschritte im Umgang mit dem Datenmaterial in Kapitel 9 Schritt für Schritt nachvollzogen werden und abgeleitete Kategorien bis zur Ursprungsaussage des Befragten zurückverfolgt werden können. Die einzelnen Schritte innerhalb des Forschungsprozesses sind folglich offengelegt, nachvollziehbar und begründet.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Die Interpretation des Datenmaterials durch die Forscherin soll möglichst unvoreingenommen und wertfrei erfolgen, Vorannahmen sollen möglichst außer Acht gelassen werden (Polit et al., 2012). Da eine gänzlich unbeeinflusste und theoriefreie Interpretation nicht zu erreichen ist, hat die Forscherin darum ihr eigenes Vorverständnis, sowie das Vorverständnis der Studienassistentin im Kapitel 8.2.2. Analyse der Entstehungssituation, beschrieben und sichtbar gemacht.

Weiterhin erklärt sich das Vorverständnis zum Forschungsthema dieser Arbeit durch eine breite Nutzung und Darstellung der Literatur, die im Literaturverzeichnis aufgeführt ist. Auf dieser Basis können die Interpretationen der Aussagen nachvollzogen werden.

Eine Intersubjektivität hätte durch eine Interpretation der Ergebnisse in diskursiver Form z.B. innerhalb einer Studiengruppe erfolgen können (Flick, 2004), war aber in dieser Forschungsarbeit nicht vorgesehen.

Regelgeleitetheit

Regelgeleitetheit als Gütekriterium bedeutet eine systematische Bearbeitung des Interviewmaterials nach bestimmten Verfahrensregeln. Die Datenerhebung erfolgte mit dem Instrument des fokussierten Interviews. Die Interviewfragen wurden mittels Pretest überprüft und angepasst, ein Interviewleitfaden wurde erstellt. Mit der Studienassistentin wurden zwei Probeinterviews durchgeführt, wobei der Forscherin ein zentral bedeutsames Thema war, die Nichtbeeinflussung der Probanden sicher zu stellen. In den Feedbackgesprächen zu den Probeinterviews mit der

Studienassistentin wurde eine hohe Sensibilität zur Vermeidung von prädeteminierenden Fragestellungen, und dem empathischen Umgang mit dieser Patientengruppe erarbeitet. Zur Bearbeitung des Datenmaterials wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet.

Nähe zum Gegenstand

Die Nähe zum Gegenstand ist ein Leitgedanke der qualitativen Forschung und soll gewährleisten, dass an die Interessen und Probleme aus der Alltagswelt der Betroffenen angeknüpft wird. In dieser Arbeit wird der Schwerpunkt auf die Sicht der Betroffenen, auf ihr Erleben und auf ihre Bedürfnisse bezogen auf die Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme gelegt. Für die Forscherin stellt dies die Anforderung der Nähe zum Probanden, des Sich-Einlassens auf die Gesamtsituation des Betroffenen im Kontext seiner Situation da.

Kommunikative Validierung und Triangulation

Eine kommunikative Validierung, also der sogenannte Membercheck der Ergebnisse mit den Interviewten sowie eine Triangulation, also die Anwendung unterschiedlicher Methoden konnten bei der vorliegenden Arbeit keine Berücksichtigung finden, da dies den Rahmen der Arbeit gesprengt hätte und der Zugriff auf die Interviewten zu einem späteren Zeitpunkt nicht hätte sichergestellt werden können.

9. Das Vorgehen

Um eine erste Datenerkundung vorzunehmen hat die Forscherin, wie bei Kuckartz empfohlen, die Interviewtexte im Ausdruck gelesen und sich, auch um einen gewissen Überblick zu erhalten und zu behalten, am Rand Notizen zu Auffälligkeiten und andere Bemerkungen zum Text gemacht (Kuckartz, 2008).

Ebenso hat sie sich die Textstellen, die sich auf die Themen Erleben und Bedürfnisse beziehen, also schon die ersten, sich aus der Forschungsfrage abgeleiteten, festgelegten Kategorien, in einer Excel Tabelle mit Interviewnummer und Zeilennummer aufgelistet, diese Tabelle diente zum späteren schnelleren Auffinden der Textstellen.

Bei der Kategorie „Erleben“ wurden nicht nur Textstellen identifiziert, die sich auf die Versorgung durch professionell Pflegende beziehen, sondern etwas weiter gefasst auf das allgemeine Erleben der Situation und der Versorgung in der Notaufnahme. Dieses Vorgehen hat sich sehr schnell als richtig herausgestellt.

Bei der Durchsicht der Interviews sind besondere Charakteristika einzelner Interviewpartner aufgefallen. Demzufolge hat die Forscherin die Vorgehensweise von Kuckartz, dem Interview einen Kurztitel, der dieses möglichst treffend charakterisieren sollte, zu geben, auf die Interviews angewendet (Kuckartz, 2008).

Interview Nummer	Kurztitel	Erklärung für den Kurztitel	Belegende Textstellen (Zeilennummern)
1	Der Wortkarge	Der Patient antwortet häufig in Einwortsätzen, das Interview ist sehr kurz.	22,34,45,59,63
2	Der Devote	Der Patient ist überschwänglich dankbar und betrachtet den Aufenthalt gänzlich kritiklos.	11,24,31,45,93,97,111,120, 194
3	Die Verständnis suchende	Der Patientin ist die Situation peinlich und sie bringt ihr Schamgefühl zum Ausdruck, wünscht sich aber Anteilnahme und es kommt zum Ausdruck, dass Sie nicht in eine Schublade gesteckt werden möchte, sie betont immer wieder, wie wichtig ihr das persönliche Gespräch ist.	231, 259, 255
4	Der Alte Hase	Der Patient ist schon oft in der Notaufnahme gewesen und weiß, was gemacht wird und welche Regeln es gibt, die er aber, auch bewusst manchmal nicht einhält.	7,26,53,57,86,139,197,213,293
5	Der Reflektierende	Der Patient beschäftigte sich sehr mit der Situation der Fixierung, die er nicht positiv, bis zu menschenentwürdigend empfunden hat, versucht aber Erklärungen zu finden.	14,32,66,117,123,166,172,187,217,265,300,303
6	Die Vernachlässigte	Durch ihre Äußerungen hat man das Gefühl, es habe sich niemand recht um sie gekümmert und sie hätte mehr Aufmerksamkeit und Fürsorge haben wollen.	38,43,104,113,121,157,205,206,207,224,234,243,252,,294
7	Der Zufriedene	Auch wenn lange auf ein Bett gewartet wurde scheint der Patient durch seine	7,13,18,68,89,103,118,163,166,170,208,209,210,235

		Äußerungen rund um zufrieden mit seiner Behandlung.	
8	Der Besorgte	Der Patient scheint durch seine Äußerungen sehr besorgt in Bezug auf seine kardiale Vorerkrankung, aber auch, dass er die Therapie und den Entzug nicht schafft.	28,53,54,60,61,77,78,158,203,298
9	Der Verständige	Durch die Äußerungen zu seinem Zustand und der erfolgten Fixierung verbalisiert der Patient Verständnis für die freiheitsentziehende Maßnahme, auch wenn diese ein schlechtes Gefühl verursacht.	22,33,47,53,113,114,188,197
10	Der Durstige	Der Patient untermalt durch seine Äußerungen den ständigen Durst, den er hat, hierbei wird aber nicht ganz klar, ob sich dies auf alkoholische Getränke bezieht.	71,79,166
11	Der Enttäuschte	Vor dem Hintergrund, dass dieser Patient, wie er sagt, die Notaufnahme schon ganz anders erlebt hat, zeigt er sich durch seine Äußerungen sehr enttäuscht über die diesmalige Behandlung und kann diese nicht nachvollziehen.	7,10,12,20,31,37,64,70,82,115,148,168,175,189,228,256,260
12	Die Hilfesuchende	Die Patientin beschreibt durch ihre Antworten die Dringlichkeit ihres Hilfebedürfnisses.	66
13	Der Stille	Trotz seiner eindeutigen Einwilligung zur Befragung und dem Verständnis für das Ziel der Interviews bleibt der Patient sehr wortkarg und scheint nicht so recht mitmachen zu wollen.	17,35,39,70,86,90,110
14	Der Ungeduldige	Der Patient macht durch seine Äußerungen deutlich, wie schwer es ihm fällt "lange" auf den Arzt zu warten.	7,119,124,125,154

15	Die Ängstliche	Ursache des Trinkens ist für die Patientin Angst, sie wünscht sich Hilfe, indem man ihr die Angst nimmt, diese nicht auch noch schürt.	184, 186, 194, 199
----	----------------	--	--------------------

Tab.5 Kurztitel mit Charakteristika, eigene Darstellung

Im Anschluss ging es darum, die Ergebnisse der einzelnen Kategorien abzuleiten und anhand von Textstellen belegt, zu beschreiben und zu interpretieren.

10. Ergebnisse

Die bei der Durchsicht der Interviews festgestellten Charakteristika haben Eingang in Kurztitel gefunden, welche mit Erklärung anhand von Textstellen versehen sind. Sie geben einen guten Überblick über die Interviews und verdeutlichen die Heterogenität der Interviewpartner, obwohl diese alle das gleiche Krankheitsbild, die Alkoholabhängigkeit aufweisen, mit dem sie in der Notaufnahme behandelt wurden.

10.1. Ergebnisse in Bezug auf das Erleben

Wie sich schon nach erster Durchsicht der Transkripte abzeichnete, lässt sich die Frage, wie häufig wiederkehrende alkoholisierte Patienten die Versorgung durch professionell Pflegenden im Setting der Zentralen Notaufnahme der Diako Flensburg erleben, nicht eindeutig beantworten, noch lassen sich somit eindeutige verallgemeinernde Aussagen über das Erleben dieser Patientengruppe in anderen Notaufnahmen machen.

Dieser erste Eindruck bestätigt sich nach weiterer Bearbeitung der Transkripte.

Hierzu hat die Forscherin zunächst zwei Kategorien unterschieden: positives Erleben und negatives Erleben, welche im Folgenden die zwei Hauptkategorien bilden.

Das Erleben in Bezug auf die allgemeine pflegerische und medizinische Versorgung durch das Personal, die Haltung und Kommunikation des Personals sowie das Erleben der eigenen Person und Situation bilden in beiden Hauptkategorien jeweils drei Subkategorien.

Auffällig ist hier, dass sich die Äußerungen der einzelnen Interviewten zu unterschiedlichen Themen nicht decken. Dies könnte darauf hindeuten, dass sich die Versorgung durch unterschiedliches Personal stark voneinander unterscheidet. Das

Personal, das die Betreuung dieser Patientengruppe übernimmt, befindet sich in unterschiedlichen Lernstufen und Lebensphasen. Den Dreyfus'schen fünf Lernstufen zu Folge können erst Mitarbeiter auf der vierten und fünften Stufe die Regelbefolgung, also die Leitlinientreue oder Standardtreue anhand ihres Expertenurteils hinterfragen und durch Einbeziehung kontextabhängiger Aspekte, den Common Sense sowie ethischer Aspekte eine ausgewogene Beurteilung treffen, was dem individuellen Patienten in hohem Maße gerecht werden kann (Leiß, 2015). Die fachliche, soziale und emotionale Kompetenz der Mitarbeiter spielt unter Umständen ebenso eine Rolle dabei, wie diese besondere Patientengruppe behandelt wird.

Die Unterschiede können aber auch in der Person des Interviewten begründet sein. Jeder Patient kommt in einer sehr unterschiedlichen familiären, sozialen, wirtschaftlichen, beruflichen und medizinischen Lebenssituation, mit unterschiedlichem Schweregrad seiner Erkrankung und damit verbundenen unterschiedlichen physischen und psychologischen Symptomen oder Syndromen.

Beispielhaft für dieses unterschiedliche Erleben seien hier die Aussagen zu Essen und Trinken zu nennen.

Der Aussage in Interview 5(98): „ ...in der ganzen Zeit, wo ich da war, weder etwas zu Essen noch zu Trinken gehabt oder bekommen.“ zu haben, stehen die Aussagen aus unterschiedlichen Interviews wie 4(79): „...was zu Essen und etwas zu Trinken kriegst Du da...“, oder 14(69): „ Kaffee gekriegt und Frühstück ja...“, gegenüber.

Ebenso verhält es sich in der Subkategorie Haltung und Kommunikation des Personals, wo der Patient aus Interview 6(140) sich negativ darüber äußert, nicht informiert zu sein: „.....ich wusste nicht, was jetzt passiert...“, beschreibt der Patient in Interview 14(57): „...hat sie mich dann nochmal gefragt, wollen sie hier rüber...“, dass er informiert und in Entscheidungen zu seinem Verbleib mit einbezogen wurde.

Beeindruckend sind die Äußerungen in der Subkategorie „Erleben der eigenen Person und Situation“ beider Hauptkategorien , in der die Patienten erstaunlich differenziert und offen über ihre Eindrücke und Empfindungen sprechen. Die Patienten beschreiben Erleben und Empfindungen, die ursächlich mit dem Grad des Alkoholkonsum zusammenhängen könnten wie Erinnerungslücken 10(10): „.....also von den letzten Tagen weiß ich ehrlich gesagt nicht mehr so viel.“, Orientierungslosigkeit 3(147): „...ich war orientierungslos...“, kein Zeitgefühl 5(187): „Ich habe kein Zeitgefühl gehabt.“, Unruhe 3(28): „..wieder zur Ruhe

gekommen,...“ und Kontrollverlust 3(83):“Und denn kam es hoch und das ist dann sehr unangenehm,...“.

Ferner wird das Erleben von Hilflosigkeit 15(102):“...weil ich mich eben so hilflos gefühlt hatte...“, Angst 8(387):“Ich hab Angst...“ und Beklemmungen 5(107):“Weil es war halt beklemmend für mich,...“, alleine sein 3(147):“...ich war orientierungslos und alleine...“ sowie Fremdbestimmtheit 6(260):“...das ich nicht freiwillig wieder nach Hause gehen kann...“, Unsicherheit 8(289):“...dann habe ich mich unsicher gefühlt.“ und Scham 3(58):“...also ich musste da nicht volltrunken sitzen...“ und das Gefühl zur Last zu fallen 3(252) „...man denkt ja doch, man geht einem auf den Keks...“, als negatives Erleben beschrieben.

Dem gegenüber stehen positive Empfindungen wie Dankbarkeit 2(120): „Das war Dankbarkeit.“, 7(169): „Dankbarkeit“, Zufriedenheit 2(115): „Gegenseitige Zufriedenheit, ja.“ und Freude darüber aufgenommen/angekommen zu sein, 3(60): „... ich war froh, dass ich da erst mal irgendwo war.“, 10(161):“... also fühl ich mich schon aufgehoben...“, bis hin zum Verständnis für die Situation und das Verhalten des Personals 4(185):“Ja.... das is aber normal..ne... du störst ja den Aufenthalt sozusagen ne...“.

Unter den interviewten Patienten haben sich vier Patienten befunden, die im Verlauf der Versorgung in der Zentralen Notaufnahme fünf Punkte fixiert wurden. Dass es sich bei dieser Maßnahme um äußerst negativ empfundene freiheitsentziehende Maßnahme handelt wird auch in den Interviews sehr deutlich. Obwohl der Patient im Interview 5, „der Reflektierende“, sich sehr eingehend und differenziert mit der Situation der Fixierung beschäftigt und Erklärungen für diese Maßnahme sucht, 5(33)“...mir war das nicht bewusst,...“, empfindet er sie als sehr einschneidend und negativ. 5(175)“... das war für mich nicht menschenwürdig, so am Bett gefesselt zu sein,...“; 5(120)“...ich habe mich im wahrsten Sinne des Wortes so gefühlt wie ein Schwerverbrecher.“

Ebenso verhält es sich bei der Fixierung des Patienten im Interview 9, „dem Verständigen“, auch er sucht Erklärungen 9(21) „Da ich ja irgendwie wohl ein bisschen aggressiv wurde, wurde ich ja fest gemacht.“, und äußert sogar Verständnis für diese freiheitsentziehende Maßnahme 9(113)“... kann ich schon verstehen, warum die das dann dran gelassen haben.“, die Fixierung verursacht aber dennoch ein schlechtes Gefühl bei ihm, 9(197)“Ja, das war halt ein Scheißgefühl.“

Auffällig bei den Berichten der Patienten zur allgemeinen pflegerischen und medizinischen Versorgung ist, dass keiner der Interviewten Angaben zu einer vollständigen Entkleidung macht. Die vollständige Entkleidung ist aber zwingend für eine gewissenhafte körperliche Untersuchung nötig und wie Hans et al. schreibt zu empfehlen, damit relevante Begleitverletzungen erkannt werden.

Diese Untersuchung solle mindestens die Erhebung des Neurostatus, die Suche nach Verletzungszeichen und die Auskultation von Herz, Lunge und Abdomen beinhalten (Hans et al., 2016).

Nur der „der Durstige“ im Interview 10 berichtet im Verlauf seines Aufenthaltes über Herzbeschwerden, die zu einer Überwachung am Monitor geführt haben. 10(24): „Hab ja jetzt hier die ganze Zeit gelegen am Monitor...“.

Selbst die Patienten, die im Zuge ihrer Versorgung freiheitsentziehende Maßnahmen in Form einer Fixierung unterzogen wurden, berichten nicht über die kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter. Entweder diese hat, anders als vorgeschrieben nicht stattgefunden, oder war für die Patienten keine erwähnenswerte Maßnahme.

Laut Schreiner kann Gewalt in ihren Ausprägungen einer Art Skalierung unterzogen werden, die von Nicht Beachten über Sprachliche Gewalt bis hin zu Misshandlung und Patiententötung geht (Schreiner, 2001). Betrachtet man die von Schreiner angeführten Beispiele zu den einzelnen Stufen von Gewalt, so lassen sich Beispiele aus den ersten Stufen in einzelnen Aussagen der interviewten Patienten in der Hauptkategorie negatives Erleben wiederfinden.

Der „Besorgte „ beschreibt 8(53): „...dann keine Mensch hat sich um diese Moment gekümmert.“, dass trotz der Äußerung der Symptome von Herzrasen, dies keine Konsequenz und keinerlei Beachtung gefunden habe. Ebenso beschreibt „die Vernachlässigte“ 6(167): „aber die haben mich zurückgehalten.“, dass sie nicht frei darüber entscheiden konnte, ob sie im Krankenhaus bleibt oder nicht, die Information, warum sie bleiben sollte wurde ihr, wie sie beschreibt nicht gegeben, 6(224): „Ne...hat man mir nicht erklärt...“.

Der „Enttäuschte“ berichtet, 11(7): „dass ich diesmal nicht gut behandelt worden bin...“. Er meint, 11(10): „Aber ich wurde dort wirklich schlecht behandelt in der Notaufnahme. Und denen fiel da nichts Besseres ein als mich zu fixieren. Wenn die mich nicht so provoziert hätten, hätte ich nicht geschimpft.“, 11(20) „Und das fand ich eine unmenschliche Behandlung...“, 11(64) „...sie waren einfach unfreundlich.“, 11(76) „Ja, der Ton, der mich provoziert hat.“, 11(82): „Ja, es war einfach verbal nicht

angemessen.“, 11(147)“... mit voller Boshaftigkeit schlecht behandelt. Das war kein normaler Umgang mit Patienten...“.

Die „Hilfesuchende“ fühlte sich durch die Behandlung und den Umgang in ihrer 12(136):“ ..Persönlichkeit irgendwie angegriffen“. Desinteresse und Ignoranz ihrer Äußerungen beschreibt die „Ängstliche“, 15(64):“Ja das hat die gar nicht interessiert.“.

Erleben					
Kategorie	Subkategorie	Einheiten	Textstellen		
negatives Erleben	Allgemeine pflegerische und medizinische Versorgung durch das Personal	abgelegt	3(145),6(113, 293),11(189)		
		kein Bett bekommen	7(45,51)		
		kein Essen erhalten	5(98)6(38)		
		kein Trinken erhalten	5(98)		
		lange auf Arzt gewartet	14(7,119,124,154)		
		Symptome wurden nicht war genommen, ernst genommen	8(53), 15(64)		
		unangenehm Fixierung; Vollfixierung ist unmenschlich	9(33);5(175)		
		Haltung und Kommunikation des Personals		abgeschoben gefühlt, im Stich gelassen gefühlt, ignoriert; hin geschafft worden; keine Aufmerksamkeit erhalten; vertröstet worden	6(205) 8(241,277,359);4(20); 6(121);6(206)
				Desinteresse des Personals	15(64,69)
				gereizte/genervte Schwestern	4(264),12(15,131)
				in der Persönlichkeit angegriffen	12(136)
				kritisiert worden	4(213)
				man hat sie zurückgehalten	6(166,167,171)
				musste immer nachfragen; nicht informiert gewesen	6(140,150);3(123),5(139), 6(224)
nicht gut behandelt	11(7)				
rauchen wollten die nicht	4(144)				
unfreundliches Personal	11(37,64,82,115,135,147)				
Erleben der eigenen Person und Situation		unmenschliche Behandlung	11(20),15(157)		
		ungerecht behandelt	5(123),11(12,31)		
		alleine (negativ);verlassen	3(135,147,192),5(87), 6(252);3(113)		
		Angst	3(57,122,134)8(387), 15 (184, 195)		
		Beklemmung	5(107)		
		eingesperrt; gefangen	12(182);5,6(260,261), 15 (37,38, 55)		
		enttäuscht	6(157)		
		Erinnerungslücken	1(6,45,67),3(9,18,24,189), 6(10,68),7(95),8(115) 9(9),10(10,155),13(56), 14(12,22,24,25,26,34), 15(7,20, 102)		

		Fremdbestimmt; wollte nach Hause	5(14,63-68,166), 6(260,261,303); 6(216),13(82)
		fühlte sich wie Schwerstverbrecher	5(121)
		Hilflosigkeit	5(109), 15 (73,102)
		kein Zeitgefühl	5(187)
		Kontrollverlust	1(42),3(93,94)
		machtlos	8(368)
		nicht wohl gefühlt	12(117)
		orientierungslos	3(147)
		Personal nicht unterscheidbar	8(59,206),9(145)
		Scham	2(63),3(58,59)
		Unruhe (persönlich)	3(28)
		Unsicherheit	3(248), 8(289)
		zur Last fallen	3(252)

Tab.6 Erleben negativ, eigene Darstellung

Erleben				
Kategorie	Subkategorie	Einheiten	Textstellen	
positives Erleben	Allgemeine pflegerische und medizinische Versorgung durch das Personal	alles was man tun konnte, wurde auch getan	7(69)	
		Bett bekommen	14(97)	
		es wurde geholfen	8(8)	
		Essen bekommen	4(799),13(61), 14(57)	
		Infusion erhalten	5(31)6(19)	
		Monitorüberwachung	10(24)	
		schauen immer mal wieder rein	4(125)	
		Teilfixierung ist menschlicher	5(117,172)	
		Trinken bekommen	4(79), 6(38),10(93), 12(103),13(65), 14(69,174)	
		unter Beobachtung positiv	4(125)	
		zügige Versorgung	3(110,238),10(102)	
		Haltung und Kommunikation des Personals	die Kollegen waren nett Freundlichkeit, nette Schwestern	6(15),7(68,163);10(122)
			es war gut da; ganz gut eigentlich	6(15);9(160)
			freundlich aufgenommen und in Empfang genommen; gut aufgehoben gefühlt, gut aufgenommen gefühlt	7(13,68);2(11,24,31,45), 7(7,170,208), 8(282)
			ganz gut behandelt, insgesamt hervorragend, vorbildlich	5(7) 7(89,235)
in die Entscheidung einbezogen worden	14(57)			
informiert worden über Wartezeit	7(18)			
man hat sich gekümmert, es wurde gefragt, ob man noch was braucht, Decke gegeben, aufmerksames Personal, Personal war ansprechbar	5(13), 7(18),7(103),8(91),9(66, 138)			
Zuvorkommend	2(97,93,97)			

	Erleben der eigenen Person und Situation		
		ist gerne hier	4(293)
		Dankbarkeit	2(120) 7(163) 8(9,439)
		froh aufgehoben/angekommen zu sein, aufgenommen zu sein	3(60),4(140),10(161)
		Verständnis für Verhalten des Personals	4(185)
		Zufriedenheit	2(111,194)

Tab.7 Erleben positiv, eigene Darstellung

10.2. Ergebnisse in Bezug auf die Bedürfnisse

Basierend auf der Maslow'schen Bedürfnishierarchie lassen sich die Bedürfnisse der Patienten entsprechend der fünf Ebenen in fünf Kategorien einteilen. Alle identifizierten Bedürfnisse wurden somit den Kategorien zugeordnet, die Bedürfnisse selbst stellen die Subkategorien da.

Aus den Interviews wurde, der Forschungsfrage und dem Setting entsprechend, die besondere Kategorie der Bedürfnisse, bezogen auf die medizinische Behandlung und die Prozesse in der Notaufnahme abgeleitet.

Die in dieser Kategorie genannten Bedürfnisse lassen sich streng genommen auch in die anderen fünf Kategorien aufteilen, da sie aber einen klaren Bezug zur medizinischen Behandlung haben, wurden sie in einer eigenen Kategorie zusammengefasst. Unter dem Begriff medizinische Behandlung ist hier nicht nur die ärztliche Behandlung sondern auch die pflegerische Behandlung zu sehen, da für den Patienten eine Differenzierung nicht möglich ist.

Anzumerken ist, dass nicht weil ein Bedürfnis häufig genannt wurde, dies gleichzeitig bedeutet, dass es eine hohe Relevanz besitzt. Die Ursachen für ein häufigeres Nennen eines Bedürfnisses können unterschiedlich begründet werden, z.B. dass vom Interviewer dies noch einmal nachgefragt wurde.

Bedürfnisse		
Kategorien	Subkategorien	Textstellen
Grundlegende, physiologische Bedürfnisse	Durst, Schlaf, Toilettengang, frische Luft, Rauchen, Wärme, Abschalten, Ruhe, Entspannung/Ausruhen	1(55),2(59),4(101,9),6(56,137),8(169),10(71,79),11(205);1(79),4(102),8(375),9(21,211);1(18),2(162),5(78);12(183);4(157,176),6(86)7(79);3(70),8(91,147);8(37);3(70,98),4(144),7(40,86)8(76,265);12(183),14(97)
Sicherheitsbedürfnisse	Sicherheit	3(177)

Soziale Bedürfnisse	bessere Kommunikation, Information, persönlicheres Gespräch, Umgang freundlich höflich ruhig, Kontaktaufnahme, familiärer, Aufmerksamkeit, freundliche Behandlung, Höflichkeit, Zuspruch, Anteilnahme, bessere Behandlung, möchte als Individuum gesehen werden, möchte ernst/für voll genommen werden, möchte wahrgenommen werden, mehr auf einen eingehen, Verständnis, Mitteilungsbedürfnis	5(305),6(104);3(127,176), 6(224);3(259,266),15(186);4(264);3(231),6(104);6(243);6(121); 11(101), 12(159);11(238);15(199);6 (239,243,320);6(204,233);3(270);5(302),11(168),11(228,266);8(435);3(178),5(300),6(104,134,239)15(186);3(259);3(231,266)
Individualbedürfnisse	Freiheit, Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit, Privatsphäre	5(63-66,72,118),6(166), 9(98,182,197),11(97),12(182),15(37,38,85);4(176),5(13,32,35,58),6(166,216,260),15(37,38,55,85);8(120,133);3(202)
Bedürfnis nach Selbstverwirklichung	für Familie da sein	8(386)
Bedürfnisse bezogen auf die Medizinische Behandlung und Prozesse in der Notaufnahme	Langzeittherapie, Entgiftung, Ausnüchtern, nicht leiden wollen, Schmerzfreiheit, Hilfe klar zu kommen/Hilfe, Angst nehmen, nicht lange auf den Arzt warten, schnell wieder weg	8(82),8(252),11(92);3(98);8(75,229,327,337);4(121,139,288),11(93),12(66);15(183);14(7,119); 12(171)

Tab.8 Bedürfnisse, eigene Darstellung

In der Tabelle sind alle von der Forscherin in den Interviews identifizierten Bedürfnisse aufgeführt, folgend wurden Besonderheiten der Ergebnisse für die interviewte Patientengruppe herausgenommen und beschrieben.

In fast allen Interviews wird das physiologische Bedürfnis Durst genannt. Erklärbar wird dies, wenn man sich die vegetativen Symptome des Alkoholentzugs vor Augen führt, folglich kann Durst bei den interviewten Patienten eine höhere Relevanz als bei anderen Patienten mit Krankheitsbildern ohne dieses Symptom haben (Holzbach, 2011). Der „Besorgte“ erklärt:“... also in diesem Zustand hat man keinen Hunger, man hat Durst...” 8(169), auch dies lässt sich durch die von Holzbach beschriebenen Symptome des Alkoholentzugs erklären.

Der „Durstige“ beschreibt:“...Durst habe ich immer.“ 10(71).

Bei Rauchern tritt das Bedürfnis nach Rauchen zunächst in den Hintergrund und wird erst nach entsprechender Ausnüchterung wieder relevant „Rauchen, nach Rauchen ist mir momentan nicht...das kommt zwar wieder, aber... jetzt habe ich andere Bedürfnisse als Rauchen.“10(73).

In vielen Fällen kollidiert dieses Bedürfnis dann häufig mit den Vorstellungen der betreuenden Mitarbeiter und dem Zustand des Patienten:“...ich bin manchmal auch eine Raucherin gegangen, das wollten die nicht...das sollte nicht sein ne...“ 4(144).

Für die Verständnissuchende scheint die Aufnahme einen hohen Kraftaufwand bedeutet zu haben, sie sucht:“...erstmal Ruhe...“3(98), welche mit dem Bedürfnis nach Ausnüchterung in Verbindung steht.“...ja ausnüchtern ne“ 3(98).

Bemerkenswert ist die Bandbreite an sozialen Bedürfnissen. Man sollte annehmen können, dass die primären Bedürfnisse für die Patienten mit diesem Krankheitsbild im Vordergrund stehen, es kann jedoch sein, dass die Ausprägung der körperlichen Symptome einzelner Interviewten für diese eine nicht so hohe Relevanz im Hinblick auf die Erfüllung von primären Bedürfnissen besitzen und andere Bedürfnisse, wie z.B. Soziale Bedürfnisse im Vordergrund stehen.

Aufgrund der Tatsache, dass das Krankheitsbild der Alkoholabhängigkeit mit gesellschaftlicher Ächtung verbunden ist, liegt es nahe, dass die sozialen Bedürfnisse einen hohen Stellenwert einnehmen. Die Symptome des Alkoholentzugs, welche Angst und Depressionen beinhalten können, liefern eine weitere Erklärung dieser Bedürfnislage.

Die „ Verständnissuchende“ hätte sich :“.. doch eher die Frage, wie es dazu kam“ 3(259) gewünscht, verbunden damit, dass sie „...doch schon gern ein persönliches Gespräch...“ 3(265) gehabt hätte.

Der Reflektierende äußert hier das Bedürfnis:“...dass die mehr auf einen eingehen...“5(300). Das Patienten wahrgenommen werden möchten, scheint selbstverständlich, dass dieses Bedürfnis explizit benannt wird deutet aber unter Umständen darauf hin, dass diese Patientengruppe vielleicht nicht wie andere Patienten wahrgenommen wird, wie die „Vernachlässigte“ mit ihrer Einschätzung, dass man“...einfach nur so abgeschoben wird, weißt Du?...“ 6(205) beschreibt.

Die Erfüllung solcher sozialer Bedürfnisse stehen häufig aufgrund ihres hohen Zeitaufwandes nicht in der Möglichkeit und dem Fokus der Mitarbeiter der Notaufnahme und zeigt, wie Heppner und Christ beschreiben, dass es sich bei der Versorgung von alkoholisierten Patienten nicht um ein rein medizinisches Problem

handelt, sondern um eine gesellschaftspolitische Verantwortung (Heppner, Christ, 2011).

Deutlich wird, wie wichtig den fixierten Patienten das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Freiheit ist. Der Reflektierende äußert : „...hätte ich doch wenigstens die Freiheit gehabt, mich zu drehen...“ 5(118) und bemängelt, dass man „...wenn man in die ZNA kommt, verpflichtet ist, behandelt bzw. deren Entscheidungen hinzunehmen“ 5(34).

Die Ängstliche beschreibt: „...erst mal hasse ich es, mich grundsätzlich einzusperren...“ 15(55) und äußert, dass sie:“...erst mal aus dieser Situation raus wollte...“ .Das Bedürfnis nach Freiheit beschreibt sie als ein Grundbedürfnis: “ Ja, das war mein Grundbedürfnis in erster Linie.“ 15(85).

Die Bedürfnisse in Bezug auf die Medizinische Behandlung und den Prozess in der Notaufnahme entsprechen dem Krankheitsbild und den Rahmenbedingungen einer Notaufnahme. Neben einer schnellen Hilfe und dem Wunsch die Notaufnahme schnell wieder zu verlassen, hat diese Patientengruppe ganz individuelle Bedürfnisse, vor allem, wenn sie freiwillig die Notaufnahme aufgesucht haben, beschreiben sie unter anderen das Bedürfnis Hilfe zu bekommen 4(121), auszunüchtern 3(98) und nicht Leiden zu wollen 8(75), ebenso besteht das Bedürfnis nach einer Langzeitbehandlung 8(82).

11.Diskussion

Da sich die von der Forscherin befragte Patientengruppe nach weitestgehender Ausnüchterung bereits im Alkoholzug befand, erklären sich bei genauer Kenntnis der Symptome eines Alkoholzugs viele Bedürfnisse dieser Patientengruppe. Diese Tatsache darf aber nicht dazu führen, die individuelle Betrachtung des Einzelnen mit seinen ganz individuellen Bedürfnissen zu vernachlässigen.

Einerseits erfährt laut Rauscher et al. (2016) das aggressive Verhalten von Patienten gegenüber Mitarbeitern belegt durch Befragungen immer mehr Beachtung. Andererseits lassen sich wie in Kapitel 10.1. beschrieben, aus den vorliegenden Ergebnissen Tendenzen von Gewalt gegen Patienten ableiten.

Vor dem Hintergrund , dass 89,44% der Antworten (n=123) der DGINA Onlineumfrage unter in der Pflege tätigen Mitarbeitern der Notaufnahme (ZNA

Spiegel 2016) aussagen, dass die psychische Arbeitsbelastung des Antwortenden in den letzten drei Jahren zugenommen habe und in der gleichen Befragung 77,95 % der Antworten (n=127) zum Ausdruck bringen, dass die personelle Besetzung in der ZNA für die tägliche Arbeit nicht ausreichend ist sowie 76,38% der Antworten (n=127) deutlich machen, dass die Antwortenden nicht ausreichend Zeit für die Patientenbetreuung hätten, stellt sich die Frage, wie der erhöhte Ressourcenbedarf für diese Patientengruppe aufgebracht werden kann. Die gleiche Onlinebefragung zwei Jahre zuvor hat in allen drei Fragen ergeben, dass die Situation zwei Jahre zuvor noch besser beurteilt wurde (DGINA ZNA Spiegel, 2014).

Bestätigt wird dies in der Aussage, dass Mängel in der pflegerischen Versorgung laut Pflege-Thermometer (2009) nicht mehr die Ausnahme darstellen, sondern die Regel sind, dies zeige sich besonders unter anderem in der Sicherstellung der Überwachung von Patienten, der Gesprächshäufigkeit und Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.

Das Thema Gewalt, ob nun Gewalt in Richtung von Patienten oder Angehörigen als auch Gewalt in Richtung der Mitarbeiter der Notaufnahme ist sehr sensibel zu behandeln und wurde lange tabuisiert (Schreiner, 2001) es bedarf auch deswegen intensiver wissenschaftlich basierter Betrachtung. Ebenso verhält es sich mit dem Einfluss von intoxikierten /alkoholisierten Patienten auf die Mitarbeiter der Notaufnahme sowie die Qualität der Versorgung dieser Patienten sowie ihrer Mitpatienten. Erst dann kann wissenschaftsbasiert die Versorgung dieser Patientengruppe aber auch eventuelle negative Einflüsse auf Mitarbeiter und Mitpatienten beeinflusst werden. Es sollte sich weitere Forschung auch hinsichtlich des Erlebens und der Bedürfnisse der Pflegekräfte in der Versorgung dieser Patientengruppe anschließen. Erkenntnisse daraus könnten zusammen mit den vorliegenden Erkenntnissen dazu genutzt werden, SOPs für die Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe in der Notaufnahme zu erstellen, die sich nicht nur nach den medizinischen Notwendigkeiten richtet, sie könnten ebenso die Patientenzufriedenheit aber auch die Mitarbeiterzufriedenheit steigern.

Lütz beschreibt Sucht als Erkrankung der Wahlfreiheit und versteht einen potentiellen Rest an Freiheit als Grundlage des Therapieerfolgs (Lütz, 2011). Folglich ist eine freiheitsentziehende Maßnahme, die in der vorliegenden Studie immerhin vier von fünfzehn Interviewten erfahren haben, im Hinblick auf den Therapieerfolg kritisch zu hinterfragen.

Die vorliegende Studie hat sich bewusst die Sichtweise der Patienten herausgegriffen, um allerdings eine objektivierte Beurteilung vor zu nehmen, sollte nicht nur die Seite der Patienten betrachtet werden. Es ist sinnvoll, auch vor dem Hintergrund dieser speziellen Patientengruppe, mit ihrem besonderen Krankheitsbild, das Erleben der professionell Pflegenden zu erfahren und in die Beurteilung einfließen zu lassen. Eine begleitende Beobachtung könnte zusätzlich zur Objektivierung der Beurteilung der Versorgung von häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten beitragen.

12. Limitation

Die Vorliegende Forschung bezieht sich auf das Setting der Zentralen Notaufnahme der Diako Flensburg. Dieser monozentrische Ansatz lässt eine Verallgemeinerung auf deutsche Notaufnahmen nur sehr bedingt zu, war aber aus Gründen der Realisierbarkeit notwendig.

Die Beantwortung der Frage, wie häufig wiederkehrende alkoholisierte Patienten der Notaufnahme die Versorgung durch professionell Pflegende erleben ist für die Interviews im Setting der Zentralen Notaufnahme der Diakonissenanstalt in Flensburg nicht verallgemeinernd auf die einbezogene Patientengruppe, sondern nur für den Einzelfall zu beantworten. Zum einen liegt dies an der nicht klaren Zuordnungsmöglichkeit des Personals zu einer Berufsgruppe. In der Diakonissenanstalt Flensburg lassen sich die Berufsgruppen nicht durch ihre Bekleidung unterscheiden. Das komplette medizinische Personal trägt blaue Kasaks und weiße Hosen, das Namensschild, welches zwar von allen Mitarbeitern getragen wird, ist auf eine Distanz von mehr als 2 Metern und in alkoholisiertem Zustand nicht lesbar.

Zum Anderen werden die Patienten im Verlauf Ihrer Versorgung nicht konsequent von nur einem Arzt und einer Pflegekraft betreut, was bedeutet, dass, selbst wenn sich ein Arzt und eine Pflegekraft als solche beim Patienten vorstellen, auch in Bezug auf den alkoholisierten Zustand bei der Aufnahme, eine spätere Zuordnung des Personals zu einer Berufsgruppe schwierig ist. Erschwerend kommt hinzu, dass in der Notaufnahme medizinisches Hilfspersonal, Auszubildende, Praktikanten und Mitarbeiter im Freiwilligen Sozialen Jahr arbeiten, ebenso wird der Patient im Röntgen von Medizinischen Fachangestellten betreut, diese haben zwar ihr klar

umschriebenes Aufgabenfeld, sind aber ebenso mit blauem Kasak und weißer Hose bekleidet. Die Versorgung der Patienten scheint von der individuellen betreuenden Person, deren fachlichen, sozialen und emotionalen Kompetenz, Haltung und deren Vorverständnis abzuhängen, was die so unterschiedlichen Äußerungen der Interviewten über ihre Erleben der Versorgung deutlich macht.

Aussagen über das Erleben der Betreuung durch das Personal in der Notaufnahme lassen sich aber selten, dann, auch wenn dem Patienten die Berufsgruppe nicht eindeutig klar ist, aus dem Zusammenhang mit der speziellen Tätigkeiten einer Berufsgruppe zuordnen.

So wird das Verbringen der Patienten in die Räumlichkeiten, die Erhebung von Vitalwerten, das Schreiben eines EKG sowie grundpflegerische Tätigkeiten immer von Mitarbeitern des Pflegedienstes vorgenommen, dies können neben den examinierten Pflegekräften auch Medizinische Fachangestellte, Auszubildende, Praktikanten oder Mitarbeiter im Freiwilligen Sozialen Jahr sein.

Die Ersteinschätzung nach ESI, Blutentnahme, Verabreichung von Infusionen und Medikamenten, alle behandlungspflegerischen Tätigkeiten sowie die Überwachung nach Anordnung werden immer von examinierten Pflegekräften oder Medizinischen Fachangestellten vorgenommen. Im Fall einer Fixierung übernehmen Pflegekräfte in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen die Teamleitung dieser Tätigkeit.

Der ärztliche Kontakt findet bei der Anamnese und körperlichen Untersuchung statt und beschränkt sich auf das medizinisch notwendige, welches im Ermessen des Arztes liegt.

Bei dem Wunsch einer stationären Aufnahme wird ein Psychiater hinzugezogen, der die Indikation und Übernahmefähigkeit des Patienten in einem Gespräch überprüft. Dieser wiederum lässt sich leicht vom Personal der Notaufnahme unterscheiden, da er in privater Bekleidung im Dienst ist. Ebenso verhält es sich mit den psychiatrischen Pflegekräften, die bei Bedarf zur Unterstützung vor allem im Fall einer Fixierung hinzugezogen werden können.

Ferner sind die Äußerungen der Interviewten abhängig vom Grad des Restalkohols zur Zeit des Interviews. Betrachtet man die Stadieneinteilung der Alkoholvergiftung, so können Patienten im Stadium I mit einem Restalkoholwert von 0,3-1,2g/l durchaus Einschränkungen ihrer Aufmerksamkeit und ihres Urteilsvermögens haben. Da vor den Interviews die Entlassfähigkeit ein Kriterium zur Rekrutierbarkeit war und diese allein durch den Facharzt festgestellt wurde und nicht abhängig vom Restalkoholwert

festgestellt wurde, ist nicht gänzlich auszuschließen, dass bei den interviewten Patienten solche mit Restalkoholwerten des Stadium I rekrutiert wurden. Da alle Patienten aus der Gruppe der häufiger wiederkehrenden alkoholisierten Patienten ohne andere im Vordergrund stehende Diagnosen stammten, ist anzunehmen, dass sie sich bei Aufnahme im Stadium I-V befanden und dadurch kritisch zu hinterfragen ist, in wie weit eine Verzerrung oder überhaupt eine reale Erinnerung an die Versorgung und die Bedürfnislage gegeben ist.

In der vorliegenden Forschung wurden Gelegenheitsstichproben gezogen, was sich hinsichtlich der mangelnden Forschung zur gestellten Frage rechtfertigt. Durch die Aussagen der einzelnen Interviews wie im Interview mit „der Verständnissuchenden“ und dem Interview mit „der Vernachlässigten“ scheinen sich Tendenzen zu zeigen, dass z.B. Frauen ihr Erleben anders verbalisieren, reflektieren und Bedürfnisse unterschiedlich gelagert sind. Ein spezifischeres Sampling könnte in weiteren Forschungen Aufschluss darüber geben, ob sich dieser Eindruck bestätigt.

13. Schlussbetrachtung und Ausblick

Für das Setting Zentrale Notaufnahme der Diako Flensburg lassen sich Maßnahmen für die Praxis vorschlagen, mit denen sich das positive Erleben der Patienten verstärken, beziehungsweise das negative Erleben reduzieren ließe und mit denen den geäußerten Bedürfnissen entgegengekommen werden könnte. Eine Übertragung auf andere Notaufnahmen ist denkbar, sollte aber vorab geprüft werden, um festzustellen, ob die Voraussetzungen und Bedarfe den in der Studie festgestellten entsprechen. Voraussetzung für Maßnahmen sollte hierbei sein, Erfolge ohne hohe Ressourcenbindung und ohne Gefährdung des medizinischen Erfolges zu erzielen. Als einfaches Beispiele ist hier zu nennen: automatisches und regelhaftes zur Verfügung stellen von Essen und Trinken unter Berücksichtigung krankheitsbezogener Einschränkungen. Etwas aufwändiger, da mit entsprechenden Schulungen, also auch Kosten verbunden, sei hier der auf das Krankheitsbild bezogene empathische, professionelle, deeskalierende Umgang zu nennen, sowie Schulungen zum Krankheitsbild selbst. Lütz beschreibt Sucht als Erkrankung der Wahlfreiheit und versteht einen potentiellen Rest an Freiheit als Grundlage des Therapierefolgs (Lütz, 2011). Somit scheint es eher kontraproduktiv, dem Patienten auch noch den letzten Rest Freiheit zu nehmen, in dem er fixiert wird oder ihm seine

Selbstbestimmtheit z.B. im Hinblick auf das Bedürfnis nach Rauchen genommen wird. Die Entscheidung zur Durchführung solcher Maßnahmen muss folglich sehr kritisch und sensibel erfolgen. Durch die oben angesprochenen Schulungen und Sensibilisierung ließen sich vermutlich freiheitsentziehende Maßnahmen sowie Übergriffe in der Notaufnahme reduzieren und somit ein Therapieerfolg unter Umständen positiv beeinflussen.

Wie Grüttner et al. (2010) beschreiben, ist es essenziell einen diagnostischen und therapeutischen Standard vorzuhalten.

Ein standardisiertes Vorgehen bei der Behandlung von alkoholisierten Patienten und dem Vorgehen bei der Fixierung sowie der Überwachung von fixierten, alkoholisierten Patienten kann zur Vermeidung von negativem Erleben der Patienten und auch zur Steigerung der Versorgungsqualität führen.

Übergriffe können von Patienten gegen Personal aber auch von Personal gegenüber Patienten stattfinden und sind laut Hökensneider unter Aspekten der Krankheitshypothese wie auch unter Aspekten der Interaktionshypothese zu betrachten (Hökensneider, 2006).

Voraussetzung für den Beweis positiven Einflusses von solchen Maßnahmen auf das Empfinden, die Bedürfniserfüllung und den Therapieerfolg sowie die Versorgungsqualität ist allerdings der wissenschaftsbasierte Vergleich einer Ausgangsdatenlage mit der Datenlage nach erfolgten Maßnahmen. Es erscheint der Forscherin jedoch fraglich, ob angesichts der Tendenzen im Gesundheitswesen und besonders im Krankenhausbereich, die von Fallzahlerhöhung, Leistungsverdichtung und Personaleinsparungen gekennzeichnet sind, umfangreichen Maßnahmen wie Fortbildungen für Pflegende in der Notfallpflege sowie die reflektierte, achtsame und empathische Begleitung der häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patientinnen und Patienten entsprechend umgesetzt werden kann.

Weiterführende Forschungen zum Einfluss dieser Patientengruppe auf die Qualität der Pflege von Mitpatienten, auf Mitarbeiter.-und Patientenzufriedenheit scheinen nötig und sinnvoll, ebenso die Beantwortung der Frage, ob die Notaufnahme das richtige Setting für diese Patientengruppe ist.

Die patientenorientierte Versorgung mit dem Anspruch an hohe Versorgungsqualität wird unter den immer knapper werdenden Personalressourcen immer schwieriger.

Pflegekräfte können Patientengruppen, die aufgrund besonderer Umstände, wie z.B. einer chronischen Erkrankung, einer Behinderung oder aber auch einer psychischen

Ausnahmesituation eines höheren Aufwandes und höherer Aufmerksamkeit bedürfen, im Setting Notaufnahme bei knappen Personal- Raum- und zeitlichen Ressourcen nicht immer gerecht werden. Hat diese Patientengruppe dann, aufgrund ihrer Erkrankung nicht die Möglichkeit, sich für Ihre Belange selbst einzusetzen, birgt dieses zusätzlich Risiken nicht nur im Hinblick auf eine patientenorientierte Versorgung mit hoher Versorgungsqualität sondern auch im Hinblick auf die Sicherheit von Patienten, Personal und Mitpatienten.

Am Beispiel der häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten in der Notaufnahme wird deutlich, wie komplex und hoch anspruchsvoll die Versorgung dieser Patientengruppe ist und auch, welche Risiken eine Betreuung durch nicht ausreichend qualifiziertes Personal birgt, man denke beispielsweise an die Letalität des nicht erkannten Delirs oder aber die mögliche Gefahr von Übergriffen auf Personal und Mitpatienten bei nicht professionell deeskalierender Kommunikation. Frey beschreibt in ihrem Review „Literature review of the impact of nurse practitioners in critical care services“ den positiven Einfluss von Critical Care Nurse Practitioners auf das Management, die Reduktion von Komplikationen, Morbidität und Mortalität sowie die wirtschaftlich Faktoren der Versorgung von Intensivpatienten (Frey, 2011).

Dadurch wird deutlich, wie sinnvoll der Einsatz von ANP bei Intensivpatienten ist und auch in der Versorgung dieser aufwändigen und vulnerablen Patientengruppe der Notaufnahme sein kann.

Die von Ullmann et al. beschriebenen Rollen von ANP als: Praktikerin, Expertin, Beraterin, Lehrerin, Forscherin, Leiterin und Vertreterin des Berufsstandes und der Pflegebedürftigen (Ullmann et al., 2011), können bei dieser Patientengruppe alle Anwendung finden. Ein ANP hat das Hintergrundwissen oder kann es schaffen, kann als Multiplikator fungieren die Sensibilität und Kompetenz der Kollegen zu fördern. Nicht zuletzt aber auch als „Anwalt“ dieser vulnerablen Patientengruppe dienen. Ferner kann durch Erarbeitung und Anwendung von Konzepten und Interventionen sowie deren wissenschaftsbasierte Überprüfung auf Wirksamkeit die patientenorientierte Arbeit mit hoher Versorgungsqualität positiv beeinflusst werden. Die Erkenntnisse aus der durchgeführten Studie und die intensive Beschäftigung mit dieser Patientengruppe haben bereits die Haltung der Forscherin gegenüber dieser vulnerablen Patientengruppe verändert. Maßnahmen wie das automatische zur Verfügung stellen von Wasser am Patientenplatz eines häufig wiederkehrenden

alkoholisierten Patienten wurden in der Notaufnahme der Diako Flensburg bereits umgesetzt. Eine bundesweite Onlinebefragung von in der Pflege deutscher Notaufnahmen tätigen Mitarbeitern, mit dem Ziel, die Sicht der Pflegenden zu erfassen, wurde erarbeitet, einem Pretest unterzogen und soll noch im ersten Halbjahr 2017 durchgeführt werden.

14. Literaturverzeichnis

- Ärzteblatt (2010): Zahl der Patienten in Notaufnahmen steigt, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/42797/Zahl-der-Patienten-in-Notaufnahmen-steigt>, abgerufen 2.3.2017
- Ärztezeitung online (2011): Deutsche stürmen Notaufnahmen, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/672728/deutsche-stuermen-notaufnahmen.html, abgerufen 4.3.2017
- AWMF (2015): S1 Leitlinie Alkoholdelir und Verwirrheitszustände, AWMF-Register Nr. 030/006
- AWMF (2015): S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, AWMF-Register Nr.076-001
- Bartolomeyczik, S. (2012): Lehrbuch Pflegeforschung, Methodik, Beurteilung und Anwendung, Hans Huber Verlag, ISBN 3-456-83937-5
- Bauer, W. et al. (2013): Forschungsprojekte entwickeln- von der Idee bis zur Publikation, Nomos Verlagsgesellschaft, ISBN 978-3-8252-4019-6
- Behrens, J.; Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring, Hans Huber Verlag, ISBN 978-3-456-84651-4
- Benner, P. (1994): Stufen zur Pflegekompetenz, Hans Huber Verlag, ISBN 3-456-82305-3
- BGH: Urteil vom 28.11.1957, 4 Str 525/57; BGH NJW 1972, 335; OLG Hamm FGPrax 1997, 64
- Blaschke, S.; Walcher, F. (2015): SOP Handbuch Interdisziplinäre Notaufnahme, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, ISBN 978-3-941468-31-3
- Boeree, C.G. (1998): Persönlichkeitstheorien Abraham Maslow, deutsche Übersetzung Wieser, D. (2006), http://www.social-psychology.de/do/PT_maslow.pdf, abgerufen 13.8.2016

Borowiak, S. (2007): Alk, Fast ein medizinisches Lehrbuch, Heyne Verlag, ISBN 978-3-4536-0048-5

Breyer-Mayländer, T. (2004): Einführung in das Medienmanagement: Grundlagen, Strategie, Führung, Personal. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, ISBN 3-486-27594-1
Bundesanzeiger:

<http://www.bundesanzeigerverlag.de/betreuung/wiki/Einwilligungsfähigkeit>, abgerufen 23.22.2015

Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz: https://www.gesetze-im-internet.de/stvg/_24a.html, abgerufen 22.2.2017

DESTATIS (2014), Gesundheit Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Artikelnummer 2120621147005, Fachserie 12 Reihe 6.2.1.

DGINA (2016): Notfallversorgung in Gefahr-DGINA fordert Reform finanzieller und struktureller Rahmenbedingungen, https://www.dgina.de/news/notfallversorgung-in-gefahr-dgina-fordert-reform-finanzieller-und-struktureller-rahmenbedingungen_45, abgerufen 2.3.2017

DHS-Faltblattserie (2016): Die Sucht und ihre Stoffe-Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe, <http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/alkohol.html>, abgerufen 28.8.2016

DHS (2013): Alkoholabhängigkeit, Suchtmedizinische Reihe, Band 1, http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_1_Alkohol.pdf, abgerufen 10.8.2016

DHS (2015): Alkohol Basisinformation; http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Basisinfo_Alkohol.pdf, abgerufen 10.8.2016

Diako Kompakt (2015): Unternehmensbroschüre der Diako Flensburg 2015, beim Verfasser

Diako ZNA/AS (2016), Statistik Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation 2016, beim Verfasser

Dietz-Wittstock, M.,(2014): ZNA Spiegel 2014, Onlinebefragung DGINA, ohne Publikation, beim Verfasser

Dietz-Wittstock, M.,(2016): ZNA Spiegel 2016, Onlinebefragung DGINA, ohne Publikation, beim Verfasser

Isfort, M.; Weidner; F. et al.(2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientensituation im

Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Köln, online verfügbar unter <http://www.dip.de>

Dresing, T. ; Pehl, T. (2015): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende, Eigenverlag Marburg, ISBN 978-3-8185-0489-2

Drogenbeauftragte (2016): Drogen und Suchtbericht, http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2016/2016_2/160928_Drogenbericht-2016_NEU_Sept.2016.pdf, abgerufen 21.2.2017

Erhard, D. (2012): Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten, *Lege artis* 2012;2:292-295, DOI 10.1055/s-002-24128

Feuerlein, W. (2008): Alkoholismus, Warnsignale-Vorbeugung-Therapie; C.H.Beck Verlag, ISBN 978-3-406-45533-9

Flick, U. (2012): Qualitative Sozialforschung Eine Einführung; Rowohlt's Enzyklopädie, ISBN 978-3-499-55694-4

Frey, M. (2011): Literature review of the impact of nurse practitioner in critical care service. *Nursing in Critical Care*. British Association of Critical Care Nurse 16(2), 58-66

Gilchrist, H.; Jones, S.C.; Barrie, L. (2010): Experiences of emergency department staff: Alcohol-related and other violence and aggression. *Australasian Emergency Nursing Journal* (2011) 14,9-16, DOI 10.1016/j.aenj.2010.09.001

Gross, D. (2013): Evidence Based Nursing-der umfassende Begriff, *Pflege* (2004), 17,196-207, DOI10.1024/1012-5302.17.3.196

Gunasekara, F. I.; Butler, S.; Cech, T. et al. (2011): How do intoxicated patients impact staff in the emergency department? An exploratory study. *The New Zealand Medical Journal* ,2011, Vol 124 No 1336; ISSN 11758716

Grüttner, J.; Haas, S.; Reichert, M. et al. (2008): Prävalenz und Schweregrad von Begleitverletzungen alkoholintoxizierter Patienten in der Notaufnahme. *Notfall und Rettungsmedizin* 2008;11:332-336, DOI 10.1007/s10049-008-1067z

Grüttner, J.; Reichert, M.; Saur, J.; Borggreffe, M.; Singer, M.V.; Haas, S. (2010): Akute Alkoholintoxikation. *Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2011;Vol.47(7), 513-519

Hans, F.P.; Hoeren, C.; Schmidt, B.; Busch, H.-J. (2016) Akute Alkoholintoxikation, Vorgehen bei Erwachsenen und Jugendlichen, Notfall und Rettungsmedizin 2016;19:12-21, DOI 10.1007/s10049-015-0116-7

Heppner, HJ.; Christ, M. (2011): Umgang mit alkoholisierten Patienten-Der akute Fall in der Notaufnahme. *Lege artis* 2011;1:92-94, DOI10.1055/s-0031-1276794

Hökenschneider (2006): Was führt zu Patientenübergriffen in der forensischen Psychiatrie, <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00058-012-0935-6.pdf>, abgerufen 12.2.2017

Holzbach, R. (2011): Umgang mit alkoholisierten Patienten - Alkoholabhängigkeit. *Lege artis* 2011 ;1:100-106, DOI10.1055/s-0031-1276796

ICN (2012): ICN-Ethikkodex für Pflegeberufe, <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf>, abgerufen 20.6.2016

Kappus, S. (2005): Die Zentralambulanz für Betrunkene. *Notfall und Rettungsmedizin*2005; 8: 36-43, DOI10.1007/s10049-004-0710-6

Kuckartz, U.; Dresing, T.; Rädiker, S.; Stefer, C (2008): *Qualitative Evaluation Der Einstieg in die Praxis*, Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN 978-3-531-15903-4

Kulla, M.; Goertler, M.; Somasundaram, R. et al. (2016): Bewertung von Qualitätsindikatoren für die Notaufnahme, *Notfall Rettungsmedizin* 2016;19:646-656, DOI 10.1007/s10049-016-0236-8

Kulbe, A. (2009): *Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik, Lehrbuch für Pflegeberufe*, Kohlhammer Verlag, ISBN978-3-17-020803-2

Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung Lehrbuch*, Beltz Verlag, ISBN978-3-621-27840-9

Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung*, Beltz Verlag, ISBN 978-3-621-27770-9

Leiß, O. (2015): Kein Lárt pour lárt, sondern zum nutzen der Patienten, *Deutsches Ärzteblatt* 2015;112(4):A130-2

Maslow, A. (1943):, A Theory of Human Motivation. In *Psychological Review*;1943, 50,370-391

Mayring, P. (2002): *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*, Beltz Verlag, ISBN 978-3-407-25252-4

Mayring, P. (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse*, Beltz Verlag, ISBN978-3-407-25730-7

MDK (2016): Prüfung der Fehlbelegung, <http://www.mdk.de/1321.htm>, abgerufen 21.08.2016

Pabst, A.; Kraus, L.; Gomes de Matos, E.; Piontek, D. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012, *Sucht* 2013;59(6):321-331

Panfil, M. Hrsg. (2013) *Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege*. Huber Verlag, ISBN978-3-456-85164-8

Polit, F.; Beck, C.T.; Hungler, B.P. (2001): *Lehrbuch Pflegeforschung*, Hans Huber Verlag, ISBN 978-3-456-83937-0

Rauscher et al. (2016): Alkoholpatienten als Risikopatienten, Notfall und Rettungsmedizin 2016;19:28-32, DOI10.1007/s10049-015-0120-y

Reker, M. (2015): *Basiswissen: Umgang mit alkoholabhängigen Patienten*, Psychiatrie Verlag, ISBN-Print: 978-3-88414-584-5

Riessen, R.; Gries, A.; Seekamp, A.; Dodt, C.; Kumle, B.; Busch, H.-J. (2015): Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. *Notfall und Rettungsmedizin* 2015;18:177-185, DOI 10.1007/s10049-015-0013-0

Schuckit, M. (2009): Alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373:492-501

Schreiber, D. (2014): *Über das Trinken und das Glück*, Hanser Verlag, ISBN 978-3-446-24650-8

Schreiner, P.-W. (2001): Gewalt in der Pflege, *PfleGe*, 6.Jg.(2001)Nr.2,52-63, ISSN1430-9653

Sobotta, R. (2015): Der alkoholisierte Patient in der Notaufnahme. Poster DGINA Kongress Köln 2015

Statistik Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation (2016), beim Verfasser

Verelst, S.; Moonen, P.-J.; Desruelles, D.; Gillet, J.-B. (2012): Clinical Aspects Emergency Department Visits Due to Alcohol Intoxication: Characteristics of Patients and Impact on the Emergency Room., *Alcohol and Alcoholism*, 2012,Vol.47(4),433-438, DOI10.1093/alcalc/ags035

Vonghia, L.; Leggio, L.; Ferrulli, A.; Bertini, M.; Gasbarrini, G.; Addolorato, G. (2008): Acute alcohol intoxication. *European Journal of Internal Medicine* 19, 561-567

Warren, O.U.; Sena, V.; Choo, E. et al. (2011): Emergency Physicians And Nurses Attitudes Towards Alcoholintoxicated Patients. *Journal of Emergency Medicine* 2012,Vol43(6),1167-1174, DOI 10.1016/j.jemermed.2012.02.018

Wildt, BT. ; Andreis, C.; Auffahrt, I.; Tettenborn, C.; Kropp, S.; Ohlmeier, M. (2006): Alcohol related conditions represent a major psychiatric problem in emergency departments . Emergency medicine Journal 2006, Vol.23, 428-430, DOI10.1136/emj.2005.028415

WHO (2002): World report on violence and health: Summary 2002, ISBN 92 4 154562 3

ZQP (2015): ZQP-Themenreport, Gewaltprävention in der Pflege, http://www.pflege-gewalt.de/upload/pdfs/B_TR_Gewalt_11web_vf.pdf , abgerufen 20.1.2017

15. Abkürzungsverzeichnis

Abb.:	Abbildung
ANP:	Advanced Nursing Practice
BGB:	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH:	Bundesgerichtshof
ca:	Circa/ungefähr
DGINA:	Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall-und Akutmedizin
DHS:	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
ESI:	Emergency Severity Index
et al.:	et alii/und andere
EbN:	Evidence based Nursing
EbM:	Evidence based Medicine
e.V.:	eingetragener Verein
GCS:	Glasgow Coma Scale
ICD:	International Classification of Diseases/Internationale Klassifikation der Krankheiten
KHG:	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MDK:	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Mio.:	Millionen
NJW:	Neue juristische Wochenschrift
SOP:	Standard Operating Procedure
StVG:	Straßenverkehrsgesetz
Tab.:	Tabelle
u.a.:	unter anderen

WHO: World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
ZQP: Zentrum für Qualität in der Pflege
z.B.: zum Beispiel

16. Abbildungs-und Tabellenverzeichnis

Abb.1 Komplikationen des Alkoholismus (S.10)

Abb.2 Bedürfnispyramide (S.16)

Abb. 3. Schritte der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (S.25)

Tab.1 Stadieneinteilung der Alkoholvergiftung (S.11)

Tab.2 Beispiele für typische Entzugssymptome bei Alkoholabhängigen (S.12)

Tab.3 Entlasskriterien ethanolintoxizierter Patienten (S.14)

Tab. 4 Transkriptionsregeln (S.28)

Tab.5 Kurztitel mit Charakteristika (S.33)

Tab.6 Erleben negativ (S.39)

Tab.7 Erleben positiv (S.40)

Tab.8 Bedürfnisse (S.41)

17. Anlagen

I. Ethikantrag

1	Name der Antragstellerin/ des Antragstellers	Margot Dietz-Wittstock
	Fakultät/Department	Department Pflege und Management
	Adresse	An der Au 3
		24392 Boren Lindau
	Position	Masterstudierende, Matrikel- Nr.2229603
	Email	dietzwittstock@web.de

2	Bei Qualifikationsarbeiten (Promotion, Masterthesis, Bachelorthesis): Namen der betreuenden Professorinnen und/oder Professoren	Frau Prof.Dr.Uta Gaidys
	Fakultät/Department	Wirtschaft und Soziales/Pflege und Management
	Adresse	Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg
	Position	Studiengangsleiterin
	Email	Uta.gaidys@haw-hamburg.de

3	<i>Kurztitel des Forschungsvorhabens</i> Erleben und Bedürfnisse alkoholisierter Patientinnen/Patienten (im Folgenden Patienten) in der Notaufnahme.
---	---

4	<i>Titel des Forschungsvorhabens</i> Das Erleben und die Bedürfnisse häufig wiederkehrender alkoholisierter Patientinnen/Patienten (im Folgenden Patienten) bei der Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme.
---	---

5	<i>Datum des Antrags</i> wiederholter Antrag 30.5.2016 Erstantrag vom 16.3.2016
---	---

6	<i>Welches Ziel verfolgt das Forschungsvorhaben?</i> Ziel der Forschung ist die wissenschaftliche Erfassung des Erlebens sowie der Bedürfnisse der häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten, bezogen auf die Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme. Dies soll eine Grundlage für weitere Forschung schaffen, sowie eine Reflektion ermöglichen und eine bedarfsorientierte Versorgung anhand der Bedürfnisse dieser vulnerablen Patientengruppe ermöglichen. Die aus den Ergebnissen abgeleiteten Konzepte können zur Steigerung
---	--

	der Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit, wie zur Reduktion von Gewaltereignissen in der Notaufnahme führen. Denkbar ist ferner die Reduktion von Fixierungen, die Vermeidung von Alkoholdelirien, sowie die Steigerung der Versorgungsqualität.
--	---

7	<i>Handelt es sich um</i>
	<i>Primärforschung</i> <input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Sekundärforschung</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Handelt es sich um eine Promotion?</i> <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
	<i>Anderes (bitte erläutern)</i> <input type="checkbox"/>

8	<i>Wurde die geplante Studie bereits bei einer anderen Ethikkommission eingereicht?</i>
	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, wo?

	<i>Wurde die Studie von o.g. Kommission befürwortet?</i>
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Ggf.Kommentar:

9	<i>Wie ist die Untersuchung wissenschaftlich gerechtfertigt? (theoretischer Rahmen, Relevanz des Forschungsvorhabens)</i>
	Im Zuge des demographischen Wandels und den daraus resultierenden Veränderungen im Gesundheitswesen nimmt das Patientenaufkommen auch in deutschen Notaufnahmen kontinuierlich zu (Riessen et al. 2015).
	Laut Statistischem Bundesamt wurden in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2014, 340 500 Patienten mit der Hauptdiagnose F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol- Akute Intoxikation(akuter Rausch)) vollstationär, einschließlich Sterbe- und Stundenfälle, entlassen. Im Vergleich dazu lag die Zahl 2005 bei 299 428 Patienten(Statistisches Bundesamt 2014).
	Diese Tatsache hat auch zur Folge, dass professionell Pflegende in Notaufnahmen häufig mit alkoholassoziierten, alkoholintoxikationsassoziierten Verletzungen und Erkrankungen sowie isolierten Alkoholintoxikationen zu tun haben. Alkoholabusus kommt in allen Altersgruppen vor.
	Neben dieser Veränderung hat sich in vielen Regionen auch der Umgang mit alkoholisierten Menschen durch die Polizei und den Rettungsdienst verändert.

Wo alkoholisierte Menschen früher zunächst in eine Arrestzelle verbracht wurden, werden diese heute häufig als Notfall in die Notaufnahme gebracht.

Anfang der 1970er Jahre kam es bei der Ausnüchterung in Arrestzellen der Polizeireviere zu mehreren Todesfällen. Ausnüchterungseinrichtungen, die nicht an ein Krankenhaus angegliedert sind existieren in Deutschland nur in Stuttgart und Hamburg (Kappus 2005).

Diese steigenden Patientenzahlen verbunden mit den Veränderungen bei Polizei und Rettungsdienst stellen hohe Anforderungen an das Notaufnahmepersonal. Die Belastungen und Auswirkungen von alkoholisierten Patienten auf das Personal der Notaufnahme sowie ihre Mitpatienten wurden in diversen Studien bereits untersucht (Warren et al. 2011; Gilchrist et al. 2010 ; Wildt et al. 2006; Verelst et al. 2012; Gunasekara et al, 2011).

Erschwerend kommt hinzu, dass alkoholranke Patienten häufig durch desolate physische und soziale Lebenssituationen, durch aggressives Verhalten und mangelnde Compliance gekennzeichnet sind (Grüttner et al. 2008).

Meiner Beobachtung zufolge ist das Notaufnahmepersonal oft den Anforderungen durch diese sehr Ressourcen benötigende Patientengruppe nicht gewachsen, kennt deren Bedürfnisse nicht und setzt Prioritäten häufig nicht zu Gunsten des alkoholisierten Patienten. Vor dem Wissen, dass das Alkoholdelir unerkannt und somit unbehandelt eine Letalität von bis zu 15% hat (S1 Leitlinie AWMF 030/006),

ist aber die professionelle und patientenorientierte Versorgung zur Sicherung der Versorgungsqualität und zur Sicherheit dieser Patientengruppe essentiell.

Pflegekräfte scheinen nicht nur psychisch, physisch sondern auch moralisch unter Stress zu stehen. Meine eigenen Beobachtungen haben gezeigt, dass vor allem die häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten anders als andere Notfallpatienten versorgt werden!

„Menschen mit Alkoholproblemen sind oft lebensgeschichtlich bedingt-sehr bedürftige und verletzte Menschen. Der angemessene Umgang mit dieser erhöhten Bedürftigkeit ist eine der Herausforderungen im Umgang mit diesen Menschen (Reker 2015), folglich bedarf gerade diese, in höchstem Maß vulnerable Patientengruppe, aus unterschiedlichen Gründen großer Aufmerksamkeit.

Um dieser Bedürftigkeit gerecht zu werden, ist es notwendig, das Erleben der Versorgungssituation der Patienten zu kennen, sowie ihre Bedürfnisse zu identifizieren.

Da aber weder aus der Literatur noch aus Berichten von Pflegenden bekannt ist, wie häufiger wiederkehrende alkoholisierte Patienten die Betreuung durch professionell Pflegenden in der Notaufnahme erleben, und welche Bedürfnisse diese Patienten in diesem Setting haben, ist es

	bisher auch nicht möglich, die Versorgung auf diese Bedürfnisse abzustimmen.
--	--

10 *Fassen Sie das Forschungsvorhaben ausführlich zusammen: Forschungsziel, -design sowie gewählte Methodik, inklusive kurzer theoretischer Einbettung.*

Um die Frage zu beantworten, wie die häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten in der Notaufnahme durch professionell Pflegende versorgt werden, müssen unterschiedliche Blickwinkel betrachtet werden.

Die Sicht der Pflegenden selbst, die Sicht des Patienten und die Sicht Dritter, welche sich noch weiter differenzieren ließe.

In dieser Arbeit soll das Erleben von häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten in Bezug auf die Versorgung durch professionell Pflegende, **aus Sicht der Patienten selbst** in der Notaufnahmen betrachtet und analysiert werden, ebenso sollen die Bedürfnisse dieser Patienten in Bezug auf die Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme erfasst werden.

Auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche wurde festgestellt, dass diese Fragestellung bezogen auf Notaufnahmen in Deutschland bislang noch nicht untersucht wurde. Folglich kann diese Arbeit zu einem wesentlichen Erkenntnisgewinn in diesem Bereich beitragen und die Grundlage für weitere Forschung, die Reflektion der Versorgung, gefolgt von der Orientierung der Versorgung anhand der Bedürfnisse dieser vulnerablen Patientengruppe ermöglichen.

Um zu analysieren, wie häufig wiederkehrende alkoholisierte Patienten die Betreuung durch professionell Pflegende erleben und welche Bedürfnisse sie in Bezug auf die Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme haben, wird ein qualitativer Ansatz verwendet, in dem 15 halb strukturierte Interviews anhand eines Interviewleitfadens mit häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten der Notaufnahme durchgeführt werden.

Der Interviewleitfaden ist im Anhang dem Antrag beigefügt und soll ermöglichen, dass die Betroffenen ihre Wahrnehmung und Sichtweise darlegen können.

Die Interviews werden aufgenommen und im Anschluss transkribiert, dann mit der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010, 12. Überarbeitete Auflage 2015) ausgewertet.

Dazu erfolgt in einem ersten Schritt die inhaltliche Abstraktion aller Textpassagen. Danach werden bedeutungsgleiche Passagen gesucht und gebündelt. Nach der Entwicklung von inhaltsbestimmenden Überschriften (Kategorien) werden einzelne Textpassagen den Kategorien zugeordnet. Im abschließenden Schritt werden die Kategorien unter Zuhilfenahme von Literatur interpretiert.

Diese Methode der Auswertung ermöglicht eine systematische, intersubjektive nachvollziehbare Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Aussagen (Bauer et al. 2013).

11	<p><i>Wie wurde/wird die wissenschaftliche Qualität des Forschungsvorhabens durch eine/n Dritte/n überprüft?</i></p> <p>Unabhängige externe Überprüfung <input type="checkbox"/></p> <p>Überprüfung innerhalb eines Unternehmens <input type="checkbox"/></p> <p>Überprüfung innerhalb einer multizentrischen oder interdisziplinären Forschergruppe <input type="checkbox"/></p> <p>Überprüfung durch die hauptverantwortliche Institution oder Gastinstitution <input type="checkbox"/></p> <p>Überprüfung innerhalb des Forschungsteams <input type="checkbox"/></p> <p>Überprüfung durch eine Betreuerin bzw. einen Betreuer <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Anderes (bitte erläutern) <input type="checkbox"/></p> <p>Keine Überprüfung durch Dritte <input type="checkbox"/></p>
----	---

12	<p><i>Wie werden die potentiell Teilnehmenden (i) ausgesucht (Einschluss- und Ausschlusskriterien), (ii) angesprochen und (iii) rekrutiert?</i></p> <p>Nach positivem Ethikvotum wird durch umfassende Information zum Forschungsvorhaben und persönliche Vorstellung bei der Klinikleitung der Diakonissenanstalt Flensburg, diese um Unterstützung und Zustimmung gebeten.</p> <p>Es werden insgesamt 15 Interviews mit häufig wiederkehrenden alkoholisierten Patienten der Zentrale Notaufnahme/Aufnahmestation anhand eines Interviewleitfadens durchgeführt.</p> <p>Für das Interview in Frage kommende Patienten werden vor Entlassung oder Verlegung aus der Notaufnahme/Aufnahmestation, welche erst nach erfolgter Ausnüchterung und Feststellung der Einwilligungsfähigkeit erfolgt, durch die Masterstudierende angesprochen.</p> <p>Da ein, wegen Alkoholkonsums in der Notaufnahme/Aufnahmestation der Diakonissenanstalt Flensburg aufgenommener Patient, erst entlassen oder verlegt werden darf, wenn er wieder Einwilligungsfähigkeit ist, wird er erst nach Überprüfung durch den diensthabenden Arzt der Notaufnahme von der Masterstudierenden selbst angesprochen.</p> <p>Die Patienten werden dann von der Masterstudierenden über das Forschungsvorhaben umfassend mündlich und schriftlich informiert, nach erfolgter mündlicher Einwilligung wird ein Termin für das Interview vereinbart.</p>
----	--

	<p>Da die Einhaltung eines Termins zu dem die Patienten nochmals in die Diakonissenanstalt kommen müssen fraglich ist, kann das Interview noch am gleichen Tag frühestens nach einer Bedenkzeit von 20 Minuten geführt werden.</p> <p>Da die Möglichkeit der erneuten Alkoholaufnahme und einer damit verbundenen Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit in der Zeit zwischen dem Ansprechen durch die Masterstudierende und dem vereinbarten Interviewtermin nicht auszuschließen ist, wird die schriftliche Einwilligung erst direkt vor dem Interview eingeholt.</p> <p>Zur Orientierung der Masterstudierenden, ob die Einwilligungsfähigkeit tatsächlich an dem vereinbarten Termin besteht wird das Stadium einer möglichen Alkoholvergiftung anhand der Stadieneinteilung nach Dubrowski (2006, übersetzt und modifiziert von Hans et al 2016) überprüft,.</p> <p>Nur Patienten die sich nach Dubrowski im subklinische Stadium befinden werden interviewt.</p> <p>Bei zu interviewenden Patienten handelt es sich um erwachsene, einwilligungsfähige, Deutsch sprechende Patienten.</p> <p>Als „häufig wiederkehrende alkoholisierte Patienten“ werden Patienten von der Masterstudierenden definiert, die wegen ihres Alkoholkonsums also der Hauptdiagnose ICD 10: F10.0,F 10.1; F 10.2 in den vergangenen 3 Monaten vor Aufnahme mehr als zweimal in der Notaufnahme versorgt wurden.</p>
--	--

13	<p><i>Werden in den individuellen Interviews/Fragebögen oder Gruppeninterviews/-fragebögen Themen angesprochen, die sensibel, peinlich oder übergreifig sind? Oder können möglicherweise kriminelle oder andere Taten offenkundig werden, die entsprechende Maßnahmen erfordern (z.B. Untersuchung auf Drogenkonsum)?</i></p> <p>Es ist bei diesem Thema und der Gruppe der zu interviewenden Patienten nicht auszuschließen, dass solche Themen zur Sprache kommen, diese werden aber von der Interviewerin nicht explizit angesprochen.</p> <p>Thematisch können peinliche, sensible und tabuisierte Themen Inhalt des Interviews sein, hier wird die Masterstudierende entsprechend sensibel und empathisch reagieren. Sie wird explizit auf ihre Schweigepflicht hinweisen.</p> <p>In der Patienteninformation wird ferner auf die Freiwilligkeit und die Möglichkeit, jederzeit das Interview abubrechen, sowohl mündlich als auch schriftlich hingewiesen.</p> <p>Bei Offenbarungen, die die Interviewende in einen ethischen Konflikt bringen könnten, steht der Interviewenden die Möglichkeit der Beratung und Aufarbeitung seitens der Abteilung für Seelsorge der Diakonissenanstalt Flensburg zur Verfügung.</p>
----	--

14	<p><i>Können Traumata durch die Befragung / die Untersuchung auftreten?</i> <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <i>Wenn ja, wie verfahren Sie damit? (Gibt es z.B. Nachbetreuung?)</i></p>
15	<p><i>Dürfen die gesammelten Daten laut deutschem Datenschutzrecht genutzt werden?</i> Ja</p>
16	<p>Beinhaltet die Forschung eine Täuschung bezüglich der Ziele oder Absichten?</p> <p>Nein <i>Falls ja, werden die Teilnehmenden hierüber aufgeklärt?</i> <i>Wann?</i> <i>Wie?</i> <i>Von wem?</i></p>
17	<p><i>Wie lange wird die Teilnahme für die Probanden voraussichtlich dauern?</i></p> <p>Patienteninterview ca 20 Min</p>
18	<p><i>Welchen potenziellen Nutzen haben die Teilnehmenden von einer Teilnahme?</i></p> <p>Die Interviewteilnehmer/innen haben Gelegenheit über Ihre Erfahrungen und Bedürfnisse zu sprechen.</p> <p>Die wissenschaftliche Erfassung des Erlebens sowie der Bedürfnisse dieser Patienten bezogen auf die Versorgung durch professionell Pflegenden in der Notaufnahme kann als Grundlage für weitere Forschung dienen, sowie die Reflektion der Versorgung, gefolgt von der Orientierung der Versorgung anhand der Bedürfnisse dieser vulnerablen Patientengruppe ermöglichen.</p> <p>Daraus abgeleitete Konzepte könnten zur Steigerung der Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit, ebenso zur Reduktion von Gewaltereignissen in der Notaufnahme führen. Denkbar ist ferner die Reduktion von Fixierungen, die Vermeidung von Alkoholdelirien, sowie die Steigerung der Versorgungsqualität.</p>
19	<p><i>Welche Maßnahmen werden angewendet, um die Vertraulichkeit der persönlichen Daten zu gewährleisten? Beschreiben Sie, ob eine Pseudonymisierung (Kodierliste) oder andere Form der Anonymisierung vorgenommen wird, und wenn ja, welche und in welchem Stadium.</i></p> <p>Die Transkripte werden mit einer fortlaufenden Probandennummer versehen, es wird keine Liste der Probandennummer mit Namen</p>

	<p>geführt.</p> <p>Die Einverständniserklärungen mit Namen ohne Probandennummer werden getrennt davon aufbewahrt.</p>
20	<p><i>Wer wird Zugang zu den Daten haben und welche Maßnahmen werden getroffen, um die Daten vertraulich zu behandeln?</i></p> <p>Zugang zu den Daten hat nur die Interviewerin. Nur der Interviewerin wäre es bei einer Teilnehmerzahl von 15 unter Umständen möglich bei gewissen Textpassagen Rückschlüsse auf die interviewte Person zu ziehen. Die Interviewerin unterliegt aber der Schweigepflicht.</p>
21	<p><i>In welcher Form erfolgt eine Aufklärung der Probanden über das Forschungsvorhaben? Bitte fügen Sie hierfür Belege bei.</i></p> <p>Die Aufklärung erfolgt in Form des Informationsschreibens und des persönlichen Gespräches durch die Masterstudierende. (Anlage1)</p>
22	<p><i>Wird nach erfolgter Aufklärung eine schriftliche Einverständniserklärung der an der Studie Teilnehmenden eingeholt?</i></p> <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/> x Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Falls ja, beschreiben Sie bitte folgende Aspekte: Wer holt die Einverständniserklärung ein?</i></p> <p>Die Einverständniserklärung wird durch die Masterstudierende eingeholt.</p> <p><i>Wie wird die Aufklärung durchgeführt?</i></p> <p>Die Aufklärung erfolgt im persönlichen Gespräch durch die Masterstudierende anhand des Informationsschreibens. <i>Werden außer des Aufklärungs-/Informationsbogens noch andere Arten der Aufklärung (z.B. Video, interaktive Medien) genutzt?</i></p> <p>Nein</p> <p><i>Eine Kopie des Aufklärungs-/Informationsbogens ist diesem Antrag beizufügen.</i> (Anlage1)</p> <p><i>Sollte keine Einverständniserklärung der an der Studie Teilnehmenden eingeholt werden, legen Sie hierfür bitte den genauen Grund dar.</i></p>
23	<p><i>Erfordert die Rekrutierung die Involvierung weiterer Kooperationspartner?</i></p> <p>Nein</p>

24	<p><i>Wie viel Zeit steht den potentiell Teilnehmenden zur Verfügung, über ihre Teilnahme/Nicht-Teilnahme an der Studie zu entscheiden?</i></p> <p>Dem potentiell Teilnehmenden verbleiben vom Zeitpunkt der Aufklärung bis zur Beendigung des Interviews mindestens, 40 Minuten um sich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden. (geht man von einer 20 Minütigen Interviewdauer aus und der festgelegte minimale Bedenkzeit von 20 Minuten von Aufklärung bis zum Beginn des Interview).</p>
----	---

25	<p><i>Werden die Teilnehmenden darüber informiert, dass sie jederzeit (ohne Nachteile) die Teilnahme verweigern bzw. von der Studie zurücktreten können (bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung der Daten)?</i></p> <p>Die Teilnehmenden werden im Informationsschreiben und dem persönlichen Gespräch darüber informiert, dass sie jederzeit, bis zum Ende des Interviews (ohne Nachteile) die Teilnahme verweigern bzw. von der Studie zurücktreten können.</p>
----	---

26	<p><i>Nehmen Personen aus einer der benannten Gruppen an der Studie teil?</i></p> <p>Kinder oder Jugendliche unter 18 Jahren <input type="checkbox"/></p> <p>Erwachsene, die bewusstlos oder schwer krank sind <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Erwachsene mit unheilbaren Erkrankungen <input type="checkbox"/></p> <p>Erwachsene in Notfallsituationen <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Erwachsene mit psychischen Erkrankungen <input type="checkbox"/></p> <p>Erwachsene mit Demenz <input type="checkbox"/></p> <p>Personen die in einem potentiellen Abhängigkeitsverhältnis zur Studienleitung bzw. zur/zum verantwortlichen Forschenden stehen, z.B. Menschen in betreuten Einrichtungen, Studierende etc. <input type="checkbox"/></p> <p>Andere (bitte spezifizieren) <input type="checkbox"/> Häufig wiederkehrende alkoholisierte Notfallpatienten</p> <p><i>Bitte begründen Sie die Teilnahme der benannten Personengruppen.</i></p> <p>Die im Fokus stehende Untersuchungsgruppe kann ihr individuelles Erleben der Versorgungssituation durch professionell Pflegende in der Notaufnahme sowie ihre Bedürfnisse bezogen auf die Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme nur selbst mitteilen.</p>
----	--

27	<p><i>Gibt es potentielle Gründe, die eine Verweigerung der Studienteilnahme erschweren (z.B. wenn potentiell an der Studie</i></p>
----	---

	<p><i>Teilnehmende zugleich Studierende der/des Forschenden sind)?</i></p> <p>Nein</p> <p><i>Falls ja, erläutern Sie bitte die Gründe, die eine Verweigerung erschweren können.</i></p>
28	<p>Werden Anreize <i>finanzieller oder anderer Art an die Probanden oder an das Departement gezahlt?</i></p> <p>Nein</p> <p><i>Falls ja, spezifizieren Sie bitte die Art und Höhe der Zahlungen.</i></p>
29	<p><i>Wo findet das Forschungsprojekt statt? (Setting, Ort)</i></p> <p>Diakonissenanstalt Flensburg Zentrale Notaufnahme/Aufnahmestation Knuthstrasse 1 24939 Flensburg</p>
30	<p><i>Wer trägt die Kosten des Forschungsprojektes?</i></p> <p>Die Kosten des Forschungsprojektes trägt die Masterstudierende</p>
31	<p><i>Bitte legen Sie alle weiteren möglichen ethisch zu berücksichtigende Aspekte dar, von denen das Beratungsgremium Kenntnis haben sollte.</i></p> <p>Die Masterstudierende ist Bereichsleitung der Zentralen Notaufnahme und Aufnahmestation. Sie ist mit etwa einem Vierten Ihrer Tätigkeit in der direkten Patientenversorgung tätig. Sie selber könnte, theoretisch bei der Wiederaufnahme des Patienten in dessen Versorgung eingebunden sein, was durch ihre Dienstzeit überwiegend im Mitteldienst am Tag unwahrscheinlich ist.</p> <p>Die Masterstudierende kann gewährleisten, dass sie bei einer Wiederaufnahme eines teilnehmenden Patienten nicht bei dessen Versorgung beteiligt sein wird.</p> <p>Es besteht die Möglichkeit, dass sich der zu Interviewende in seinem Interview negativ über Personal der Notaufnahme/Aufnahmestation äußert.</p> <p>Formell ist dazu zu sagen, dass die Interviewerin der Schweigepflicht unterliegt und dass diese Äußerungen keine Konsequenzen für die Mitarbeiter/innen haben.</p> <p>Auch werden die Interviews nicht nach Kompetenzen spezieller Pfleger auswertet.</p> <p>Die Fähigkeiten einzelner, individueller Pfleger haben in der Auseinandersetzung der Arbeit keine Bedeutung.</p> <p>Sollte es zu ethischen Konfliktsituationen aus den Interviews kommen, kann sich die Interviewerin Betreuung und Unterstützung in der Seelsorge der Diakonissenanstalt Flensburg holen.</p>

<i>Welche Anlagen/Dokumente sind diesem Antrag beigelegt (bitte ankreuzen)?</i>	
Informationsmaterial / Broschüren etc. für mögliche Studienteilnehmende	<input checked="" type="checkbox"/>
Formular Einwilligungserklärung	<input checked="" type="checkbox"/>
Kopie des Studienprotokolls	<input type="checkbox"/>
Anschreiben an die Teilnehmenden	<input type="checkbox"/>
Anschreiben an die Eltern / Erziehungsberechtigten etc.	<input type="checkbox"/>
Bewilligungsschreiben des Ethikkomitees oder andere Genehmigungsschreiben	<input type="checkbox"/>
Andere relevante Dokumente (bitte benennen)	Literaturverzeichnis, Interviewleitfaden

Unterschriften

Die obigen Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen korrekt angeführt. Ich habe die Informationen für die Forschenden/die Studienleitung gelesen und meine Verpflichtungen sowie die Rechte der Probanden / Studienteilnehmenden verstanden, insbesondere in Bezug auf die Einholung einer gültigen Einverständniserklärung.

Unterschrift der hauptverantwortlichen Forscherin /des hauptverantwortlichen Forschers:

.....

Datum:

Unterschrift der betreuenden Professorin / des betreuenden Professors an der HAW bzw. der Studienleitung (falls vorhanden):

Ich habe den Antrag geprüft und befürworte ihn in der vorliegenden Form.

.....

Datum:

II. Informationsschreiben

Informationsschreiben Patienteninterview

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient!

Im Rahmen meiner Masterarbeit zum Abschluss des Studiums Master Pflege an der HAW Hamburg, führe ich Interviews mit Patientinnen/Patienten der Notaufnahme durch, die wegen starken Alkoholeinflusses in die Notaufnahme gebracht wurden. Die Interviews sollen dazu dienen, ihre Eindrücke der Betreuung durch Pflegekräfte zu erfassen und ihre Bedürfnisse in dieser häufig schwierigen Situation zu erfahren. Ich würde mich freuen, wenn Sie mich dabei unterstützen würden und mir Fragen in einem Interview beantworten würden.

Das Interview wird von mir selbst geführt und nicht mehr als 20 Minuten in Anspruch nehmen.

Ihre Aussagen werden mit einem Diktiergerät aufgenommen, und im Anschluss eins zu eins in Schriftform aufgeschrieben. Diese Schriftform erhält eine fortlaufende Nummer, eine Namenliste wird nicht geführt.

Die erhobenen Daten werden gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Die Archivierung und Datensicherung richtet sich nach den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen.

Die Teilnahme ist freiwillig und hat keinerlei Einfluss auf Ihre weitere oder eventuell zukünftige Versorgungen in der Diakonissenanstalt Flensburg.

Das Interview kann jederzeit von Ihnen, ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden, die bis dahin erhobenen Daten werden dann sofort vernichtet.

Sie können Ihre Zustimmung bis zum Ende des Interviews ohne Angabe von Gründen widerrufen, auch dann werden die bis dahin erhobenen Daten vernichtet.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich zur Teilnahme entschlossen haben, weil nur so die Möglichkeit besteht, die Sichtweise von alkoholisierten Patienten und deren Bedürfnisse zu erfassen.

Sollten Sie Fragen zum Vorgehen oder zur Befragung haben wenden Sie sich bitte an: **Margot Dietz-Wittstock Tel.:0461 8121585 oder E-Mali: dietzma@diako.de**

III. Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung Patienteninterview

Titel:

Das Erleben und die Bedürfnisse häufig wiederkehrender alkoholisierter Patientinnen/Patienten (im Folgenden Patienten) bei der Versorgung durch professionell Pflegende in der Notaufnahme.

Prüfplannummer:

Studierende:

Margot Dietz-Wittstock

Kontaktdaten:

Tel.: 04618121585

E-Mali: dietzma@diako.de

Postalisch:

Diako Flensburg

Zentrale Notaufnahme/Aufnahmestation

Knuthstrasse 1

24939 Flensburg

Hiermit erkläre ich, dass ich mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite der Teilnahme am Interview, durch Frau Dietz-Wittstock aufgeklärt und informiert wurde.

Ich konnte alle meine Fragen zum Interview stellen. Diese wurden für mich ausreichend beantwortet.

Die Ziele der Datenerfassung sind mir bekannt.

Mir ist bekannt, dass meine Daten gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Die Archivierung und Datensicherung richtet sich nach den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen.

Eine Kopie der Einwilligungserklärung und des Informationsschreibens wurden mir ausgehändigt.

Ort/Datum

Name

Unterschrift

Ort/Datum

Margot Dietz-Wittstock

Unterschrift

IV. Interviewleitfaden

Interviewleitfaden zu PatientInneninterviews nach Aufenthalt in der Zentralen Notaufnahme Diako Flensburg

Anzahl der Interviews:

15 PatientInnen mit Zustand nach Alkoholabusus mit der Hauptdiagnose ICD 10: F10.0, F 10.1; F 10.2

Gewinnung von Interviewpartnern :

- persönliche Ansprache durch die Masterstudierende diese erfolgt nach Feststellung der Einwilligungsfähigkeit durch den diensthabenden Arzt der Zentralen Notaufnahme/Aufnahmestation, welche Voraussetzung der Entlassung bzw. Verlegung ist.
- nach Überprüfung des Stadiums der Alkoholintoxikation direkt vor Interviewbeginn (Stadieneinteilung nach Dubowski (2006), übersetzt und modifiziert durch Hans et al. (2016))

Interviewort:

Das Interview soll in einem freundlichen, geschlossenen Raum stattfinden und die Zeit von 20 Min nicht überschreiten.

Vorliegend:

- Unterschriebene Einverständniserklärung
- Dokumentation der Einwilligungsfähigkeit, Subklinisches Stadium der Alkoholintoxikation

Ausgehändigt:

- Informationsschreiben zum Interview
- Kopie der unterschriebenen Einverständniserklärung

Information:

- Das Interview wird aufgezeichnet und transkribiert.
- Es erfolgt die Datenanalyse nach gängiger Methode (Mayring 2010, 12. überarbeitete Auflage 2015).
- Datenschutz
Die Interviews werden aufgezeichnet und mit einer fortlaufenden Nummer versehen, es wird keine Namenliste erstellt, nur der Forscher hat Zugang zu den Rohdaten.
- Das Interview kann jederzeit abgebrochen werden, dann werden die bis dahin erhobenen Daten verworfen.

- Sollte eine Frage nicht verstanden worden sein, kann der Interviewte jederzeit nachfragen.
- Das Interview hat auf die weitere medizinische Versorgung oder medizinische Versorgungen in der Zukunft keine Auswirkungen!
- Lediglich die anonymisierten Ergebnisse und die eventuell daraus abgeleiteten Interventionen können Auswirkungen auf die verbesserte, bedürfnisorientiertere, Versorgung von alkoholisierten Patienten in der Notaufnahme und Aufnahmestation haben.

Interviewfragen:

1. Können Sie bitte die Situation Ihres letzten Aufenthaltes in der Notaufnahme/Aufnahmestation beschreiben?
2. Welche Bedürfnisse hatten Sie während des vergangenen Aufenthaltes können sie sich erinnern?
3. Wurden diese Bedürfnisse erfüllt?
4. Können Sie Gefühle beschreiben, die im Zusammenhang mit der Versorgung durch Pflegende aufgekommen sind?
5. Beschreiben Sie bitte, was Ihr Verhalten und Ihre Reaktionen auf die Versorgung durch die Pflegekräfte beeinflusst hat.
6. Beschreiben Sie bitte, wie Sie als Patient in der Notaufnahme/Aufnahmestation durch Pflegende betreut werden möchten, was ist Ihnen besonders wichtig?

Vielen Dank für die Teilnahme am Interview!

V. Exemplarisches Interviewtranskript

1 Interview 11

2

3 *Ich würde Sie bitten einmal die Situation Ihres letzten Aufenthaltes in*
4 *der Notaufnahme zu beschreiben. An was können Sie sich erinnern,*
5 *was ist so passiert ?*

6

7 Also, ich kann mich erinnern, dass ich diesmal nicht gut behandelt
8 worden bin und dass ich darauf auch etwas böse reagiert hab, ist aber
9 bei 4 Promille kein.....kann das schon mal vorkommen. Ich bin an und
10 für sich ein freundlicher und höflicher Mensch. Aber ich wurde dort
11 wirklich schlecht behandelt in der Notaufnahme.

12 Und denen fiel da nichts Besseres ein als mich zu fixieren. Wenn die
13 mich nicht so provoziert hätten, hätte ich nicht geschimpft.

14

15 *OK. Sie sagen, man hat sie provoziert, Was ist da passiert ? Können*
16 *Sie das vielleicht nochmal beschreiben oder auch wissen Sie warum*
17 *man Sie festgebunden hat?*

18

19 Ja, weil die Leute meinten ich wäre aggressiv, aber..... ich bin nicht
20 aggressiv und ich tue vor allem niemandem was. Und das fand ich eine
21 unmenschliche Behandlung und die war völlig überflüssig.

22

23 *.Und...für mich ist das gerade schwierig zu verstehen. Also Sie sind da*
24 *angekommen und man hat sie grundlos dann festgebunden?*

25

26 Also ich würde sagen, es gab keinen berechtigten Grund.

27

28 *OK.*

29

30 Weil.....wie gesagt ich werde dann nicht aggressiv, ich hab wohl
31 geschimpft als sie mich ungerecht behandelt haben, das ja.....aber das
32 war keine Aggressivität, die irgendwie mit Gewalt einherging.

33

34 *Und das ungerechte Behandeln – wie sah das aus?*

35

36 Ja, indem man mich wirklich eben nicht so behandelt hat wie beim
37 letzten Mal. Nicht entgegenkommend, nicht freundlich und.....äh.....für
38 die Fixierung gab es keinen Grund.Also keinen sachlichen Grund,
39 den ich irgendwie nachvollziehen konnte.

40 Es wäre eher was für eine Strafanzeige gegen ihre Notaufnahme. Aber
41 da hab ich natürlich schlechte Karten, ich war ja alleine.

42

43 *Für mich ist es gerade schwierig nachzuvollziehen wie das alles so zu*
44 *Stande gekommen ist.*

45

46 Ja, an alles kann ich mich auch nicht erinnern. Ich weiß nur, dass ich
47 dann der Ärztin gesagt habe, ich bin im allgemeinen nicht so
48 unfreundlich, aber so wie sie heute mit mir umgegangen sind ist das
49 halt nicht in Ordnung oder ist es nicht in Ordnung.

50

51 *Und das war aber schon am Ende des Aufenthaltes oder war das...*

52

53 Nein, das war eigentlich von Anfang an so, dass es schwierig war
54 diesmal, alsowie gesagt, ich fühle mich von der Notaufnahme nicht
55 gut behandelt.

56 *Also, Sie sind dann dort hingekommen.*

57

58 Ja.

59

60 *Und was haben Sie dann gemacht – nur, dass ich irgendwie versuchen*
61 *kann das zu verstehen -*

62

63 Ja. Sie haben festgestellt wie viel Alkohol getrunken hatte, ja und
64 sie waren einfach unfreundlich, anders kann ich es nicht beschreiben.

65

66 *Das heißt, wenn man das vielleicht mit dem letzten Mal vergleicht, da*

67 *haben Sie dann ein Bett bekommen und dort haben Sie dann....da war*
68 *auch immer jemand für Sie da, hatte ich im Gedächtnis.*

69

70 Ja, da konnte ich mich über nichts beklagen. Es war diesmal eine völlig
71 andere Notaufnahme.

72

73 *Was würden Sie denn sagen, was war so anders – außer die*
74 *Unfreundlichkeit vielleicht.*

75

76 Ja, der Ton, der mich provoziert hat. Der Ton macht ja die Musik. Und
77 ich bleibe freundlich, auch wenn ich Promille hab, wenn man mich nicht
78 provoziert. Und die Provokation ist nicht von mir ausgegangen.

79

80 *Und die Provokation, wie sah die aus ? Also können Sie mir das*
81 *sagen?*

82

83 Ja, es war einfach verbal nicht angemessen.

84

85 *Können Sie da noch ein bisschen konkreter werden?*

86

87 Ich finde, das ist konkret genug.

88

89 *OK.*

90 *Wenn wir nochmal auf die Bedürfnisse eingehen, die Sie während des*
91 *Aufenthaltes hatten – was wären die diesmal gewesen.*

92 Ja, ich wollte trockengelegt werden. Ich hatte einen bösen Rückfall und
93 deswegen habe ich mir Hilfe gesucht. Das ist der Grund, warum ich hier
94 bin.

95 *Und dann, hatten Sie dann noch andere Bedürfnisse?*

96 Ja, zu mindestens nicht im Bett festgebunden zu werden ist ja wohl
97 logisch.

98

99 *Also eine gute Behandlung dann wahrscheinlich.*

100

101 Eine freundliche Behandlung, eine angemessene Behandlung. Wie
102 gesagt, wenn man mich nicht provoziert werde ich nicht.....da kann ich
103 noch so viel getrunken haben, dann werde ich nicht aggressiv.

104

105 *Letztes Mal habe ich auch nach Bedürfnissen wie Durst, Hunger,*
106 *Rauchen – das waren so Dinge, die ich abgefragt habe. Wie war das*
107 *diesmal ?*

108 Also hier auf der Station kann ich mich über nichts beklagen. Das ist
109 jetzt völlig anders wieder als in der Notaufnahme. Nur mit der
110 Notaufnahme habe ich schlechte Erfahrungen diesmal gemacht.

111

112 *Hatten Sie denn da die Möglichkeit was zu trinken.*

113

114 Das weiß ich nicht mehr, ob die mir was zu trinken gegeben haben. Wie
115 gesagt, sie waren diesmal einfach durch und durch unfreundlich.

116

117 *Darf ich trotzdem noch so ein bisschen weiter nachfragen ?*

118

119 Dürfen Sie, ja sonst kriegen Sie ja ihre Sachen nicht hin.

120

121 *Während Sie dort festgefunden waren, hat man da.....oder hatten Sie*
122 *da das Gefühl, dass man einen Blick auf Sie hatte?*

123

124 Ja, was heißt einen Blick – die hatten zu tun, also dass das irgend
125 einen Sinn machte kann ich bis jetzt noch nicht erkennen.

126

127 *Das heißt, ich weiß nich wie es das letzte Mal war aber, hat man da*
128 *regelmäßig nach Ihnen geschaut?*

129

130 Ja, dann schon, ich ging dann ja ruck-zuck hier auf diese Station ne?

131

132 *Und dieses Mal war alles komplett anders.*

133

134 Ja, wie gesagt, ich kann es nur so beschreiben, ich habe mir die

135 Namen von den Leuten jetzt nicht gemerkt, aber ich weiß, sie waren
136 insgesamt unfreundlich und das habe ich dem einen Pfleger auch
137 gesagt. Da war so ein schwarzhaariger Pfleger, der hatte denn hier
138 auch Nachtdienst, ich sag, was soll der Quatsch mit dem Festschnallen.
139 Ich bin nicht aggressiv, ich werde nicht aggressiv, aber sie machen
140 mich aggressiv im Moment. Weil sie das alles ohne irgend einen Grund
141 machen. Ich bin dort niemandem gegenüber handgreiflich geworden
142 oder ähnliches.

143

144 *Also, Ihr Gefühl, das war ja wie sie grad gesagt haben – Sie haben sich*
145 *falsch verstanden gefühlt.*

146

147 Falsch verstanden ist gut. Ich hatte den Eindruck, ich werde mehr oder
148 weniger von denen, die mich dort behandelt haben.....äh.....mit voller
149 Boshaftigkeit schlecht behandelt. Das war kein normaler Umgang mit
150 Patienten, das kann ich nicht sagen.

151 Kann sein, dass sie überarbeitet waren aber.....dann kann man das ja
152 nicht an mir auslassen.

153

154 *Ja. Und Sie sagen, Ihr Verhalten hat sich dann daraufhin geändert.*

155

156 Natürlich. Wird mit mir von Anfang an klar und vernünftig gesprochen,
157 dann wäre ich genau so freundlich geblieben wie ich immer bin – weil,
158 wie gesagt aggressiv ist mir völlig fremd, außerdem gucken sie mich
159 doch an – ich stell doch eh keine Gefahr für jemanden dar.

160

161 *Meinen Sie denn, dass wenn man mit – ich weiß nicht, hat man mit*
162 *Ihnen ordentlich darüber geredet was man dann mit Ihnen macht?*

163

164 Nein, hat man nicht.

165

166 *Meinen Sie, dass das vielleicht das Problem gelöst hätte?*

167

168 Dann wäre das Problem gelöst gewesen. Dann hätten wir keinen Ärger

169 miteinander bekommen. Aber man hat mich mehr oder weniger wie ein
170 Kleinkind behandelt – oder wie ein fratziges Kind so könnte man es
171 sagen. Das war nichts mehr wie Behandlung eines erwachsenen
172 Patienten, der in Not hier hinkommt. Das hatte damit nichts zu tun.

173

174 *OK. Wie haben Sie sich gefühlt.*

175

176 Hm, ich war stocksauer – ist doch klar.

177

178 *Und war das ein anderes Gefühl, also Sie waren wütend und*
179 *stocksauer, das hört sich so an, als wenn Sie die ganze Zeit eher*
180 *wütend und stocksauer waren. Haben Sie sich anders gefühlt als Sie*
181 *denn da festgebunden waren noch ?*

182 Ja natürlich. Wenn sie der Freiheit beraubt werden, ohne dass eine
183 wirkliche Gefahr für irgend jemanden ausgeht äh.....dann ist das.....äh
184 ich würde das als Freiheitsberaubung bezeichnen. Weil ich ja freiwillig
185 gekommen war.

186 *Während Sie dort festgebunden waren – sagen wir einfach mal – hat*
187 *man sich dann noch weiter um Sie gekümmert.*

188

189 Ich kann nicht feststellen, dass man sich irgendwie im angemessenen
190 Rahmen um nicht gekümmert hätte.....nein, hat man nicht. Ich wurde
191 geparkt und damit war gut. Und sie können dann ja auch nicht 'ne
192 Schwester oder so um Hilfe bitten –
193 wie denn ? Wenn die nicht dann.....eben nicht da sind.

194

195 *Hat man Ihnen was zu trinken angeboten?*

196

197 Ich kann mich nicht daran erinnern, außerdem wie will man mit einem
198 festgebundenen Arm was trinken.

199

200 *Können Sie sich erinnern ob Sie irgendwo einen Zugang hatten ?*

201

202 Einen Zugang? Da bin ich mir nicht mehr sicher ob ich den hatte.

203

204 *Hatten Sie den Durst?*

205

206 Ja natürlich hat man dann Durst.

207

208 *Ja, hatten Sie auch Hunger in der Situation ?*

209

210 Ne, Hunger hatte ich allerdings nicht, das war nicht das Problem.

211

212 *Und Sie hatten letztes Mal gesagt, sie rauchen.*

213

214 Ja richtig,

215

216 *Hätten Sie auch das Bedürfnis gehabt Rauchen zu gehen?*

217

218 Ja, ich hatte ja Zigaretten dabei. Nur rauchen gehen konnte ich ja nicht,

219 ich konnte nicht mal meinen Schnupftabak nehmen. Ich hab gesagt,

220 würden sie mir denn gestatten das ich wenigstens meinen

221 Schnupftabak nehmen darf.

222

223 *Hat man darauf reagiert?*

224

225 Ne.

226

227 *Hat man das ignoriert?*

228

229 Ja. Ich hab.....in dem Moment die Wand eintreten können. Ich hab mich

230 gefühlt wie jemand, der in keinster Weise ernst gefühlt.....ernst

231 genommen wird.

232 *OK. Wenn man jetzt nochmal die Situation hätte, wieder mit dem*

233 *Personal und mit der Stimmung sag ich einfach mal – was hätten Sie*

234 *sich gewünscht, was anders gelaufen wäre oder wie es gelaufen wäre*

235 *Anderes Personal und nicht diese Situation.*

236

237 *Ja, aber das Personal wäre da – aber was hätte das Personal machen*
238 *können.*

239 Ja ganz einfach, die Höflichkeitsformen einhalten und das haben die
240 nicht gemacht und sie haben mich wie nicht zurechnungsfähig
241 behandelt und deswegen bin ich auch so böse geworden.

242

243 *Und Sie sagen.....*

244

245die haben nicht angemessen reagiert wie zwei erwachsene
246 Menschen sich unterhalten. Sondern mehr oder weniger so
247 gesagt.....na ja.....im Moment sind Sie stark alkoholisiert und da bleibt
248 uns nichts anderes übrig als sie zu fixieren.....ich sag, wo von mir doch
249 keine Gewalt ausgeht, ich sag, dass ich schimpfe wenn sie so mit mir
250 umgehen, das ist ja wohl klar.

251 *Und wenn man jetzt das gleiche Personal hätte*

252

253 Dann würde ich sofort wieder gehen. Das würde ich nicht nochmal
254 mitmachen.

255 *Was könnte das Personal machen damit sie bleiben?*

256

257 Sag ich ja, eine angemessene Behandlung.

258

259 *Wie sieht die aus – jetzt so ganz banal.*

260

261 Ja, man redet mit einem erwachsenen Mann nicht wie mit einem
262 Kind.....äh.....man wird nicht unfreundlich und kommt auf solche Ideen
263 mit dem Fixieren.

264 *Alles klar.*

265 *Dann Danke erst mal für das Interview.*

266 **ENDE**

VI. Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder auch dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Margot Dietz-Wittstock